



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE FISIOTERAPIA

HELENA GOLDBACH REIS

**PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO
EM MULHERES QUE BUSCAM A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ**

ARARANGUÁ

2016

HELENA GOLDBACH REIS

**PREVALÊNCIA DAS DISFUNÇÕES DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO
EM MULHERES QUE BUSCAM A REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DE
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em
Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial da disciplina
de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientador: Janeisa Franck Virtuoso

ARARANGUÁ

2016

RESUMO

Introdução: As disfunções dos músculos do assoalho pélvico (MAP) ocorrem pela desarmonia de estruturas musculares da região pélvica. Portanto o objetivo desse estudo é analisar a prevalência de disfunções dos músculos do assoalho pélvico em mulheres que buscam a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero nas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá. **Materiais e Métodos:** A amostra foi composta por 65 mulheres que buscaram a realização do exame do preventivo de câncer de colo de útero nas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá durante o período de julho a outubro de 2016. **Resultados:** Evidenciou-se que a constipação intestinal (40,6%), a IU (39,1%) e a dispareunia (23,4%) foram as disfunções mais prevalentes nessa população. Quanto aos fatores de risco, observou-se que o uso de IECA (inibidores da enzima conversora de angiotensina) associou-se a dispareunia ($\chi^2= 4,059$; $p=0,04$). **Discussão:** a constipação intestinal no qual é dividida de acordo com a origem dos sintomas pode ter associação com as disfunções dos MAP. A IU é uma disfunção freqüente na vida das mulheres. A dispareunia pode ocorrer por alterações dos MAP, de acordo com os resultados foi visto uma forte influencia de uma classe de medicamentos com a presença da dispareunia. **Conclusão:** A constipação intestinal não demonstrou associação com os fatores de risco abordados, enquanto que a IU mostrou uma tendência de associação com a ingestão exacerbada de café. A dispareunia tem uma forte associação com os medicamentos IECA.

PALAVRAS-CHAVE: Assoalho pélvico, Constipação intestinal, Incontinência urinária, Dispareunia.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic floor muscle dysfunctions are due to the disharmony of pelvic muscle structures. **Materials and Methods:** The sample consisted of 65 women who sought to perform the cervical cancer preventive exam at the Basic Health Units of the city of Araranguá during the period from July to October 2016. **Results:** It was evidenced that intestinal constipation, UI and dyspareunia were the most prevalent dysfunctions in this population with their possible risk factors. **Discussion:** Intestinal constipation in which it is divided according to the origin of the symptoms may be associated with MAP dysfunctions. UI is a frequent dysfunction in the life of women, and in the present study a risk factor that has a tendency to associate with the dysfunction was evidenced. Dyspareunia can occur due to MAP alterations, according to the results a strong influence of a class of medications with the presence of dyspareunia was seen. **Conclusion:** Intestinal constipation did not show an association with the risk factors. The UI showed a tendency of association with the exacerbated intake of coffee. Dyspareunia has a strong association with ACE inhibitors.

KEY WORDS: Pelvic floor, Constipation, Urinary incontinence, Dyspareunia.

INTRODUÇÃO

A sustentação muscular da cavidade pélvica ocorre pela contração intencional dos músculos do assoalho pélvico (MAP) em que o levantador do ânus, com seus três feixes puborretal, pubococcígeo e ileococcígeo, realizam levantamento e compressão ao redor da uretra, vagina e ânus, oferecendo suporte estrutural horizontal aos órgãos pélvicos (1, 2, 3). Os MAP são encobertos por uma fáschia, conectados à fáschia endopélvica que envolve os órgãos pélvicos e auxiliam em seu suporte (1,3,4). Quando algumas dessas estruturas estão em desarmonia, causam as disfunções dos MAP.

A falta, atraso ou deficiência da co-contração dos MAP durante o aumento da pressão intrabdominal podem levar a alterações nas estruturas de sustentação dos MAP e disfunções como incontinência urinária (IU) e fecal (IF), prolapsos dos órgãos pélvicos, anormalidades do esvaziamento do trato urinário inferior, disfunções defecatórias, disfunções sexuais e síndromes de dor pélvica crônica (5,6). Esses sintomas podem existir isoladamente ou coexistirem na mesma mulher. Alguns fatores de risco estão relacionados com essas disfunções do MAP como, por exemplo, a idade, sobrepeso, multipariedade, parto vaginal, peso do recém nascido, a menopausa, procedimentos cirúrgicos ginecológicos, constipação intestinal, doenças crônicas, fatores hereditários, histórico familiar, uso de algumas drogas, consumo exacerbado do café, tabagismo e atividades físicas rigorosas (7,8,9).

Entre as disfunções dos MAP, a IU é o sintoma mais prevalente na população. Um estudo espanhol, com aproximadamente 16.000 pessoas acima de 15 anos, observou que a prevalência da IU feminina aumenta com a idade, sendo 12% com 45 a 64 anos, 26,6% com 65 a 74 anos e 41,8% com 75 anos ou mais (10). Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (11), o município de Araranguá gastou, em 2014, R\$ 31.606,67 em cirurgias de prolapso genital em mulheres adultas. Esse tipo de prolapso, que trata-se também de uma disfunção dos MAP, está comumente associado as queixas de IU e muitas vezes as cirurgias são realizadas em estágios leves, em que tratamento conservador por meio de fisioterapia e mudanças no estilo de vida seriam suficientes para melhorar os sintomas (12).

Embora as disfunções do MAP não apresentem alta mortalidade, causam importante morbidade, pois afetam intensamente a qualidade de vida das mulheres, gerando limitações físicas, sócias, ocupacionais e/ou sexuais (5). Além disso, os custos relacionados ao uso de absorventes, fraldas e medicamentos afetam a vida financeira da família (13).

Dessa forma, torna-se importante detectar precocemente essas disfunções enquanto os sintomas ainda não estão exacerbados. Durante consultas de rotina como o exame preventivo de câncer do colo do útero, é possível detectar algumas das disfunções dos MAP e a partir do relato dos sintomas, traçar um diagnóstico clínico e facilitar o tratamento conservador. Portanto, devido à ausência de estudos sobre esses sintomas no município de Araranguá e a necessidade de aprimorar as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, o presente estudo tem como objetivo analisar a prevalência de disfunções dos músculos do assoalho pélvico e seus fatores de risco em mulheres que buscam a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero nas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa observacional descritiva de caráter transversal, aprovada Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com o CAAE 53023716.0.0000.0121.

A amostra foi composta por 65 mulheres que buscaram a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero nas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá. Foram incluídas aquelas abordadas no período de julho a outubro de 2016.

Excluiu-se do estudo mulheres com idade inferior a 18 anos e gestantes. A amostra foi recrutada nas salas de esperas de diferentes Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá, SC, para atingir um maior número de mulheres, durante o dia de consultas ginecológicas.

A presença das disfunções dos músculos do assoalho pélvico foi identificada por meio do relato de sintomas. A incontinência urinária foi avaliada por meio da questão: "Durante o último ano, você perdeu urina (sem querer, na calcinha) pelo menos uma vez no mês?" (14). Quando a resposta foi positiva, caracterizou-se como presença de sintomas de IU. Se negativo, caracterizou-se como ausência de sintomatologia. A constipação foi por meio da questão: "Possui intestino preso (ir menos do que três vezes ao banheiro na semana?)". Quando a resposta foi positiva caracterizou a constipação, caso a resposta tenha sido negativa caracterizou a ausência da mesma. A incontinência fecal foi avaliada por meio da questão: "Possui sintomas de incontinência fecal?", se a resposta foi positiva, demonstrou a presença de sintomas da IF, se negativa a ausência de IF. O prolapso genital foi avaliado pela pergunta: "Você percebe um "caroço" ou "bola" descendo pela sua vagina?". Quando a resposta foi positiva, caracterizou-se como presença de sintomas de prolapso. Se negativo, caracterizou-se como ausência da sintomatologia. Por fim, a dispareunia foi reconhecida pela pergunta: "Você sente dor durante a relação sexual?", quando a resposta foi positiva, caracterizou-se como presença de dispareunia. Quando negativa, a ausência da mesma.

Os fatores associados a disfunção dos MAP foram avaliados por meio de uma ficha de identificação, aplicada em forma de entrevista. Os fatores de risco analisados foram classificados em: ginecológicos (tempo de menopausa), obstétricos (número de gestações e partos normais e realização de episiotomia,) clínicos (presença de hipertensão arterial e depressão e uso de anti hipertensivos), comportamentais (consumo de tabaco, consumo de

caféina, mudança de peso e nível de atividade física), hereditários (histórico familiar) e antropométricos (Circunferência da Cintura – CC) e Índice de Massa Corporal (IMC). Essa ficha de avaliação tomou como base os fatores de risco para IU conhecidos na literatura (24;21; 23).

A massa corporal e a altura foram autorrelatadas. O Índice de Massa Corporal foi calculado dividindo-se a massa corporal (em kg) pelo quadrado da altura (m²). Para identificação da circunferência da cintura, utilizou-se uma fita métrica e mensurou-se o ponto médio entre a última costela e da crista ilíaca (cm). Considerou-se sobrepeso aquelas mulheres com IMC acima de 25,0 kg/m² e circunferência da cintura aumentada aquelas com 80 cm ou mais nessa medida (15).

Dados sociodemográficos como, idade, estado civil, escolaridade, renda mensal em salários mínimos (SM) e ocupação também foram coletados para caracterizar a amostra.

Os dados foram armazenados e analisados no pacote estatístico SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versão 20.0). Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas). Na análise inferencial, utilizou-se os testes de Qui-Quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher para associação bivariada entre os fatores associados e a presença das principais disfunções dos músculos do assoalho pélvico dessa amostra.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 65 mulheres que realizaram, durante o período de coleta, o exame preventivo de câncer do colo do útero. A média de idade da amostra foi de 46,83 ($\pm 15,24$) anos, sendo que a maioria era casada (59,4%), tinham até o segundo grau completo (34,4%), 20,4% das mulheres que ainda trabalham, são do comércio do município e possuíam renda mensal de até 3 salários mínimos (48,4%).

Quanto a presença de disfunções dos músculos do assoalho pélvico, observa-se na Figura 1 que constipação intestinal (40,6%), incontinência urinária (39,1%) e a dispareunia (23,4%) foram as mais comuns.

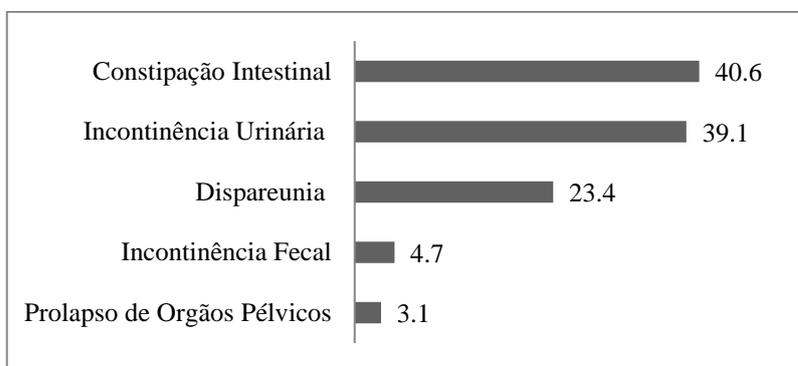


Figura 1. Ocorrência de disfunções do assoalho pélvico em mulheres adultas no município de Araranguá.

Com relação aos fatores associados, foram definidos como desfechos apenas as disfunções mais prevalentes, dessa forma, observa-se na Tabela 1 não foi observado nenhum fator associado a presença de constipação intestinal.

Tabela 1. Fatores associados à ausência e presença de constipação intestinal.

Fatores Associados	Ausência de constipação f (%)	Presença de constipação f (%)	Total f (%)	X ²	P
Menopausa					
Não	20 (52,6)	12 (46,2)	32 (50,0)	0,259	0,61
Sim	18 (47,4)	14 (53,8)	32 (50,0)		
Número de gestações					
Até duas gestações	25 (65,8)	12 (46,2)	38 (59,4)	2,440	0,11
Três ou mais gestações	13 (34,2)	14 (53,8)	26 (40,6)		
Partos normais					
Até dois partos	33 (86,8)	22 (84,6)	38 (59,4)	0,063	0,80
Três ou mais partos	5 (13,2)	4 (15,4)	26 (40,6)		
Episiotomia					
Não	24 (63,2)	17 (65,4)	41 (64,1)	0,033	0,85
Sim	14 (36,8)	9 (34,6)	23 (35,9)		
HAS					
Não	27 (71,1)	20 (23,1)	47 (73,4)	0,273	0,60
Sim	11 (28,9)	6 (23,1)	17 (26,6)		
Depressão					
Não	30 (78,9)	17 (65,4)	47 (73,4)	1,456	0,22
Sim	8 (21,1)	9 (34,6)	17 (26,6)		
IECA					
Não	28 (73,7)	19 (73,1)	47 (73,4)	0,003	0,95
Sim	10 (26,3)	7 (26,9)	17 (26,6)		
Fumo					
Não	29 (76,3)	25 (96,2)	54 (84,4)	4,608	0,03
Sim	9 (23,7)	1 (3,8)	10 (15,6)		
Café					
Não	14 (36,8)	13 (50,0)	27 (42,2)	1,096	0,29
Sim	24 (63,2)	13 (50,0)	37 (57,8)		
Mudança de peso					
Não	15 (39,5)	8 (30,8)	23 (35,9)	0,508	0,47
Sim	23 (60,5)	18 (69,2)	41 (64,1)		
Atividade Física					
Não	28 (73,7)	17 (65,4)	45 (70,3)	0,509	0,47
Sim	10 (26,3)	9 (34,6)	19 (29,7)		
IMC					
Normal	14 (36,8)	6 (23,1)	20 (31,3)	1,362	0,24
Sobrepeso	24 (63,2)	20 (31,3)	44 (68,8)		

Quanto a incontinência urinária, também observa-se na Tabela 2 ausência de fatores associados, embora note-se uma tendência a associação ($p= 0,06$) entre o consumo exacerbado de café e a ocorrência desses sintomas.

Tabela 2. Fatores associados à ausência e presença de IU.

Fatores Associados	Ausência de IU f (%)	Presença de IU f (%)	Total f (%)	X ²	P
Menopausa					
Não	18 (46,2)	14 (56,0)	32 (50,0)	0,591	0,44
Sim	21 (53,8)	11 (44,0)	32 (50,0)		
Número de gestações					
Até duas gestações	22 (56,4)	15 (60,0)	39 (60,9)	0,080	0,77
Três ou mais gestações	17 (43,6)	10 (40,0)	25 (39,1)		
Partos normais					
Até dois partos	34 (87,2)	21 (84,0)	39 (60,9)	0,127	0,72
Três ou mais partos	5 (12,8)	4 (16,0)	25 (39,1)		
Episiotomia					
Não	26 (66,7)	15 (60,0)	41 (64,1)	0,294	0,58
Sim	13 (33,3)	10 (40,0)	23 (35,9)		
HAS					
Não	31 (79,5)	16 (64,0)	47 (73,4)	1,873	0,17
Sim	8 (20,5)	9 (36,0)	17 (26,6)		
Depressão					
Não	30 (76,9)	17 (26,6)	47 (73,4)	0,622	0,43
Sim	9 (23,1)	8 (32,0)	17 (26,6)		
IECA					
Não	31 (79,5)	16 (64,0)	47 (73,4)	1,873	0,17
Sim	8 (20,5)	9 (36,0)	17 (26,6)		
Fumo					
Não	34 (87,2)	20 (80,0)	54 (84,4)	0,596	0,44
Sim	5 (12,8)	5 (20,0)	10 (15,6)		
Café					
Não	20 (51,3)	7 (28,0)	27 (42,4)	3,386	0,06
Sim	19 (48,7)	18 (72,0)	37 (57,8)		
Mudança de peso					
Não	12 (30,8)	11 (44,0)	23 (35,9)	1,158	0,28
Sim	27 (69,2)	14 (56,0)	41 (64,1)		
Intestino preso					
Não	25 (64,1)	15 (60,0)	40 (62,5)	0,109	0,74
Sim	14 (35,9)	10 (40,0)	24 (37,5)		
Atividade Física					
Não	25 (64,1)	20 (80,0)	45 (70,3)	1,844	0,17
Sim	14 (35,9)	5 (20,0)	19 (29,7)		
Histórico de IU					
Não	23 (59,0)	15 (60,0)	38 (40,6)	0,007	0,93
Sim	16 (41,0)	10 (40,0)	26 (40,6)		
IMC					
Normal	12 (30,8)	8 (32,0)	20 (31,3)	0,011	0,91
Sobrepeso	27 (69,2)	17 (68,0)	44 (68,8)		
Circunferência da cintura					
Sem risco	9 (23,1)	5 (20,0)	14 (21,9)	0,084	0,77
Com risco	30 (76,9)	20 (80,0)	50 (78,1)		

Na Tabela 3, observam-se os fatores associados a dispareunia. O uso de medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) mostrou-se associado a dor durante a

relação sexual ($p = 0,04$) de modo que 46,7% das mulheres que apresentam esse sintoma utilizam esse medicamento. Os demais fatores de risco não se associaram.

Tabela 3. Fatores associados à ausência e presença de dispneúria.

Fatores Associados	Ausência dedispareunia f (%)	Presença dedispareunia f (%)	Total f (%)	χ^2	P
Menopausa					
Não	25 (51,0)	7 (46,7)	32 (50,0)	0,087	0,76
Sim	24 (49,0)	8 (53,3)	32 (50,0)		
Número de gestações					
Até duas gestações	30 (61,2)	7 (46,7)	37 (57,8)	0,998	0,31
Três ou mais gestações	19 (38,8)	8 (53,3)	27 (42,2)		
Partos normais					
Até dois partos	43 (87,8)	12 (80,0)	49 (76,6)	0,572	0,45
Três ou mais partos	6 (12,2)	3 (20,0)	15 (23,4)		
Episiotomia					
Não	31 (63,3)	10 (66,7)	41 (64,1)	0,058	0,81
Sim	18 (36,7)	5 (33,3)	23 (35,9)		
HAS					
Não	38 (77,6)	9 (60,0)	47 (73,4)	1,814	0,17
Sim	11 (22,4)	6 (40,0)	17 (26,6)		
Depressão					
Não	37 (75,5)	10 (66,7)	47 (73,4)	0,460	0,49
Sim	12 (24,5)	5 (33,3)	17 (26,6)		
IECA					
Não	39 (79,6)	8 (53,3)	47 (73,4)	4,059	0,04*
Sim	10 (20,4)	7 (46,7)	17 (26,6)		
Fumo					
Não	43 (87,8)	11 (73,3)	54 (84,4)	1,812	0,17
Sim	6 (12,2)	4 (26,7)	10 (15,6)		
Café					
Não	22 (44,9)	5 (33,3)	27 (42,2)	0,630	0,42
Sim	27 (55,1)	10 (66,7)	37 (57,8)		
Mudança de peso					
Não	18 (36,7)	5 (33,3)	23 (35,9)	0,058	0,81
Sim	31 (63,3)	10 (66,7)	41 (64,1)		
Atividade Física					
Não	36 (73,5)	9 (60,0)	45 (70,3)	0,998	0,31
Sim	13 (26,5)	6 (40,0)	19 (29,7)		
IMC					
Normal	16 (32,7)	4 (26,7)	20 (31,3)	0,192	0,66
Sobrepeso	33 (67,3)	11 (73,3)	44 (68,8)		
Circunferência da cintura					
Sem risco				0,836	0,36
Com risco	12 (24,5)	2 (13,3)	14 (21,9)		
	37 (75,5)	13 (86,7)	50 (78,1)		

DISCUSSÃO

As disfunções prevalentes nesse presente estudo foram: a constipação intestinal, incontinência urinária e dispareunia. A constipação intestinal não demonstrou associação com os fatores de risco abordados, a incontinência urinária mostrou uma tendência de associação com a ingestão exacerbada de café e a dispareunia demonstrou ter uma forte associação com os medicamentos IECA. Embora o número amostral tenha sido reduzido, inexistem estudos que avaliem essas disfunções no município. Portanto, o estudo foi importante para identificar prevalência e fatores associados.

Com relação à disfunção dos músculos do assoalho pélvico, destacou-se os sintomas de constipação intestinal (CI) que caracteriza-se como uma síndrome em que a defecação é insatisfatória (16). Esses sintomas ocorrem devido a dificuldade na passagem das fezes ou fezes infrequentes, fezes duras ou sensação de evacuação incompleta, que pode ocorrer isolada ou secundariamente a uma doença subjacente (16), interferindo sobre as funções colônicas e anorretais (17). Ressalta-se ainda que a constipação intestinal possui tipos, de acordo com a origem dos sintomas.

Uma das origens da CI é a orgânica em que ocorre secundariamente a alguma doença como, por exemplo, neoplasias obstrutivas, hipotireoidismo, diabetes ou ainda alguma doença que impeça o trânsito intestinal (17). Outra classificação é a CI de origem funcional, relacionada a fatores como maus hábitos alimentares, sedentarismo e inibição do reflexo de evacuação (18,17). Há ainda a classificação comportamental que consiste em utilização de métodos laxativos, incluindo medicamento e chás e desconforto em evacuar fora de casa (17).

A CI também é considerada uma disfunção dos MAP já que ocorre uma contração paradoxal do músculo puborretal durante a evacuação (19). Assim, o perfil retoanal durante a força de expulsão leva a uma inadequada contração do esfíncter anal, dificultando a expulsão das fezes (19). Esse distúrbio é caracterizado como distúrbio funcional da defecação com trânsito normal (19). Acredita-se que a ausência de fatores associados a CI no presente estudo pode ser explicada pela origem multifatorial desses sintomas.

A segunda disfunção dos MAP mais frequente nas mulheres do estudo foi a IU que caracteriza-se pela queixa de qualquer perda involuntária de urina (20). Essa disfunção, responsável por prejuízos físicos, psicológicos e sociais, acometendo 20% a 50% da população feminina ao longo de suas vidas (21). Embora a minoria das mulheres do presente

estudo tenha relatado sintomas proctológicos, aproximadamente 20% das mulheres que apresentam IU, acabam apresentando comum associação de com a IF (21).

A literatura aponta alguns fatores associados que comumente estão presentes nas mulheres com sintomas da IU. Entre os fatores de risco mais estudado está a menopausa, com um índice de 46% a 64% de significativa associação com a perda urinária por conta das mudanças hormonais nos quais contribuem com o aumento da frequência, urgência e disúria (21). A pariedade também é vista como fator de risco pelo aumento da pressão intrabdominal e conseqüentemente o enfraquecimento dos MAP, favorecendo a perda urinária (2). O sobrepeso é um fator muito discutido em estudos, pois presume-se que a conseqüência da perda urinária se tem pela pressão intrabdominal causada na região da cintura-quadril, e assim o aumento da pressão intravesical, alterando o mecanismo do trato urinário (21). Embora esses fatores sejam estabelecidos na literatura, não observou-se essa associação no presente estudo. Com relação a IU, verificou-se apenas uma tendência a associação ($p=0,06$) entre ocorrência dos sintomas e consumo de café.

O consumo de cafeína tem uma ação diurética nos rins aumentando o volume urinário. A ingestão da cafeína em alta concentração pode causar instabilidade do músculo detrusor e, conseqüentemente, perda involuntária de urina. Outros estudos verificaram que a hiperatividade vesical apresentou associação estatisticamente significativa com o consumo de cafeína, idade e tabagismo (21,22), devido ao fato de ter efeito excitante sobre a musculatura lisa do detrusor. Na cistometria ocorre aumento de urgência e frequência da micção após a ingestão da cafeína. O aumento da pressão na bexiga cheia indica uma diminuição da capacidade vesical, provavelmente sendo a cafeína responsável por este sintoma, podendo não ser um efeito puramente diurético (21).

A dispareunia também foi uma disfunção frequente na amostra analisada (23,4%). Esses sintomas podem ocorrer por disfunção dos músculos do assoalho pélvico. Estudos mostram que a falta de força dos músculos perivaginais e perineais que constituem os MAP estão diretamente associados com a presença da disfunção (23,24). O desuso, a debilidade e a hipotonicidade dos MAP contribuem para a incapacidade orgástica, diminuem a resposta do reflexo sensorio-motor (contração involuntária dos MAP durante o orgasmo), gerando ausência de excitação e orgasmo. Com essa fraqueza muscular, ocorre diminuição do fluxo sanguíneo pélvico, da mobilidade pélvica e sensibilidade clitoriana, reduzindo a lubrificação vaginal (25). Dessa forma, qualquer alteração no tônus dos músculos que formam o assoalho pélvico pode determinar o surgimento de dispareunia e vagismo (23).

Além disso, a dispareunia pode existir devido a outras condições, como endometriose e cistite intersticial. A coexistência de mais de um transtorno doloroso crônico é comum, e corrobora a hipótese da sensibilização central como mecanismo etiopatológico (26).

Além da correlação da disfunção do MAP, existe uma forte relação com histórico de abusos sexuais e estupro em qualquer fase da vida prévia, relações sexuais traumáticas, ou relações insatisfatórias, dolorosa e/ou forçada. Incluem-se também lesões prévias sobre a vulva e a vagina, história de infecções repetidas causadoras de dores e irritações crônicas, ou seja, é a dispareunia evoluindo para o vaginismo. (21)

O fator que apresentou associação com a disfunção de dispareunia foi a utilização de medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs). Esses medicamentos são amplamente utilizados para redução da hipertensão arterial. O mecanismo de ação desses medicamentos é a vasodilatação por inibição da conversão de angiotensina I em angiotensina II (27). Porém estudos demonstram que a angiotensina II também é responsável pela resistência vascular. Dessa forma, com a diminuição da enzima, há uma queda da pressão arterial, diminuindo também o fluxo de sangue (27). Portanto, o presente estudo sugere que com essa diminuição do fluxo sanguíneo, a velocidade que o sangue chega aos MAP é menor, levando redução da irrigação local e produção de lubrificação.

CONCLUSÃO

A prevalência das consideráveis disfunções dos MAP nesse presente estudo é a CI, IU e dispareunia. A partir disso foi visto possíveis fatores de risco que podem levar as tais disfunções.

Porém em relação à CI, não houve associação dos fatores de risco analisados. Com isso vale ressaltar, que a causa da disfunção tenha outro motivo que não seja àqueles que tenham ação direta com os MAP, mas possíveis questões emocionais ou hábitos alimentares que tenham implicado na CI.

Sendo a menopausa, o número de gestações e sobrepeso fatores de risco importantes no desenvolvimento da incontinência urinária (IU), a presença desse sintoma na amostra total, composta por mulheres com faixa etária na quarta década de vida, foi diferente do que traz a literatura. Além disso, essa disfunção teve uma tendência de associação com o consumo exacerbado de café.

Em relação à dispareunia, houve um fator que teve associação com a presença da disfunção. As mulheres que fizeram o uso de medicamentos IECA tiveram grande relação com a dispareunia. Apesar de haver relação com a medicação, outros fatores podem ter forte ligação com o resultado, como questões psicoemocionais. Vale ressaltar, que após os resultados gerados, estudos deverão se aprofundar em outras pesquisas, por conta de escassez de informações, sobre o efeito desses medicamentos nas disfunções sexuais femininas.

A importância dessas informações para a fisioterapia se deve ao fato de serem fatores que podem ser alterados para a diminuição dos sintomas das presentes disfunções, saber a gravidade de acometimento desses fatores para com as disfunções dos MAP, e por fim saber que como muitos dos fatores não tiveram associação, novos fatores de risco devem ser estudados em projetos futuros.

REFERÊNCIAS

- 1) Resende APM, et. al. Prolapso genital e reabilitação do assoalho pélvico. 2. São Paulo (SP). FEMINA vol 38; 2010.
- 2) Delancey JOL, Ashton-Miller JA. Pathophysiology of Adult Urinary Incontinence. Michigan. GASTROENTEROLOGY Vol. 126, No. 1
- 3) Wei JT, Lancelley JOL. Functional Anatomy of the Pelvic Floor and Lower Urinary Tract. Michigan. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY v. 47, No 1,3-17; 2004.
- 4) Brandon CJ, et al. Anatomy of the perineal membrane as seen in magnetic resonance images of nulliparous women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 583.e1; 2009.
- 5) Camillato, ES, Barra AA, Silva AL. Incontonência urinária de esforço: fisioterapia *versus* tratamento cirúrgico. Belo Horizonte (MG). FEMINA, v.40; 2012.
- 6) Resende APM, et al. Eletromiografia de superfície para avaliação dos músculos do assoalho pélvico feminino: revisão de literatura. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.18, n3, p.292-7, jul/set.2011.
- 7) Almeida MBA, Barra AA, Figueiredo EM, Velloso FSB, Silva AL, Monteiro MVC, Rodrigues AM. Disfunções de músculo de assoalho pélvico em atletas. Belo Horizonte (MG). FEMINA, v.39; 2011.
- 8) Sapsford RR, et al. Pelvic Floor Muscle Activity in Different Sitting Postures in Continent and Incontinent Women. Arch Phys ed Rehabil v.89, Australia. September 2008.
- 9) Hove MS, et al. Pelvic floor muscle function in a general population of women with and without pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J (2010) 21:311 319.
- 10) Espuña-Pons M, et al. Prevalência de incontinência urinaria en Catalunya. Medicina Clinica, 133(18): 702–705, 2009.
- 11) DATASUS, 2014.
- 12) Grewar H, Mclean L. The integrated continence system: A manual therapy approach to the treatment of stress urinary incontinence. Manual Therapy, 13(1): 375–386, 2008.
- 13) Faria CA, Moraes JR, Monnerat BRD, Verediano KA, Hawerth, PAMM, Fonseca SC. Impacto do tipo de incontinência urinária sobre a qualidade de vida de usuária do

- Sistema Único de Saúde do Sudeste do Brasil. Niterói (RJ). Revista Ginecológica e Obstetrícia; 2015.
- 14) Huang, AJ, et al. Urinary incontinence in older community-dwelling women: the role of cognitive and physical function decline. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4): 909-16, 2007.
 - 15) Organização Mundial da Saúde (OMS); 2016.
 - 16) Schmidt FMQ, et.al. Prevalência de constipação intestinal autorreferida em adultos da população geral. São Paulo (SP). *Revista Esc. Enfermagem*; 2015.
 - 17) Braz CRS, Lessa NMV. Fatores de risco e prevalência de constipação intestinal em graduandos do curso de nutrição de um centro universitário de Minas Gerais. Unilestes (MG). *NUTRIR GERAIS*, v.5; 2011.
 - 18) Klaus HJ, Nardin VD, Paludo J, Scherer F, Bosco SMD. Prevalência e fatores associados à constipação em instituições de longa permanência. Rio de Janeiro (RJ). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; 2015
 - 19) Bharucha AE, Wald AM. Transtornos anorretais. Minnesota, EUA. *Arq Gastroenterol*, v.49; 2012.
 - 20) Haylen BT, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology And Urodynamics*, Australia, v. 1, n. 29, p.4-20, 2010.
 - 21) Moreira RLB. Vaginismo. Belo Horizonte (MG). *Revista Medicina Minas Gerais*; 2013.
 - 22) Tettamanti G, et al. Effects os coffee and tea consumption on urinary incontinence in female twins. *Internacional Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011.
 - 23) Higa R, Lopes MHBM, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Revista Esc Enfermagem USP*. Campinas (SP);2008
 - 24) Sperandia FF, Sacomori C, Porto IP, Cardoso FL. Prevalência de dispareunia na gravidez e fatores associados. Florianópolis (SC). *Revista Brasileira Saúde Materna*; 2016
 - 25) Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. Teresópolis (RJ). *Revista Neurociência*; 2010.
 - 26) Brasil, APA, Abdo CHN. Transtornos sexuais dolorosos femininos. São Paulo (SP). *Diagnóstico de Tratamento*; 2016.

27) Almeida EA, Ozaki MR, Souza ML. Inibidores da enzima de conversão da angiotensina e infarto agudo do miocárdio. Estudo experimental em ratos. Revista Brasileira de Medicina. Campinas (SP);2009

ANEXO A – Normas da revista

A Revista Fisioterapia em Movimento publica trimestralmente artigos científicos na área da Fisioterapia e saúde humana. Os artigos recebidos são encaminhados a dos revisores das áreas de conhecimento às quais pertence o estudo para a avaliação pelos pares. Os editores coordenam as informações entre os autores e revisores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos revisores. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a justificativa do editor. Todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. É obrigatório anexar uma declaração assinada por todos os autores quanto à exclusividade do artigo, na qual constará endereço completo, telefone, fax e e-mail. Na carta de pedido da publicação, é obrigatório transferir os direitos autorais para a Revista Fisioterapia em Movimento. Afirmarções, opiniões e conceitos expressados nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores. A Revista Fisioterapia em Movimento está alinhada com as normas de qualificação de manuscritos estabelecidos pela OMS e *Internacional Committee of Medical Journal*.

Os pacientes têm direito à privacidade, o qual não pode ser infringido sem consentimento esclarecido. Na utilização de imagens, as pessoas/pacientes não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão específica por escrito, permitindo seu uso e divulgação. O uso de máscaras oculares não é considerado proteção adequada para o anonimato.

É imprescindível o envio da declaração de responsabilidade de conflitos de interesse, manifestado a não existência de eventuais conflitos de interesse que possam interferir no resultado da pesquisa.

A revista adota o sistema Blackboard para identificação de plágio.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista Fisioterapia em Movimento recebe artigos das seguintes categorias:

Artigos Originais: oriundos de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O texto deve ser elaborado com, no máximo 6.000 palavras e conter até 5 ilustrações. Artigos de Revisão: oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).

Os trabalhos devem ser digitados em Word for Windows, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com espaçamento entre as linhas de 1,5. O número máximo permitido de autores por artigo é seis.

As ilustrações (figuras, gráficos, quadros e tabelas) devem ser limitadas ao número máximo de cinco, inseridas no corpo do texto. A arte final, figuras e gráficos devem estar em formato .tiff. Envio de ilustrações com baixa resolução (menos de 300 DPIs) pode acarretar atraso na aceitação e publicação do artigo.

Os trabalhos podem ser encaminhados em português ou inglês.

Abreviações oficiais poderão ser empregadas somente após uma primeira menção completa. Deve ser priorizada a linguagem científica para os manuscritos científicos.

Deverão constar, no final dos trabalhos, o endereço completo de todos os autores, afiliação, telefone, fax, e-mail (atualizar sempre que necessário) para encaminhamento de correspondência pela comissão eleitoral.

No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

Cabeçalho: título do artigo em português (inicial maiúscula, restante minúscula – exceto nomes próprios), negrito, fonte *Times New Roman*, tamanho 14, parágrafo centralizado, subtítulo em letras minúsculas.

Apresentação dos autores do trabalho: Nome completo, afiliação institucional, vínculo (se é docente, professor ou está vinculado a alguma linha de pesquisa), cidade, estado, país e e-mail.

Resumo estruturado: o resumo estruturado deve contemplar os tópicos apresentados na publicação. Exemplo: Introdução, Desenvolvimento, Materiais e Métodos, Discussão, Resultados, Considerações Finais. Deve conter no mínimo 100 e no máximo 250 palavras, em português/inglês, fonte *Times New Roman*, tamanho 11, espaçamento simples e parágrafo justificado. Na última linha deverão ser indicados os descritores (palavras chave/ *keywords*). Para padronizar os descritores, solicitamos utilizar os *Thesaurus* da área da Saúde (DECs). O número de descritores desejado é de no mínimo 3 e no máximo 5, os quais devem ser representativos do conteúdo do trabalho.

Corpo do texto: Introdução – deve apontar o propósito de estudo, de maneira concisa, e descrever quais os avanços com a pesquisa. A introdução não deve incluir dados ou conclusões do trabalho em questão. Materiais e Métodos - deve ofertar, de forma resumida e objetiva, informações que permitam ser o estudo replicado por outros pesquisadores. Referenciar as técnicas padronizadas. Resultados: devem oferecer uma descrição sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal. Discussão - interpretar os resultados e

relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados. Conclusão - devem limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-se o conhecimento já existente. Utilizar apenas citações indispensáveis para embasar o estudo. Agradecimento – sintéticos e concisos, quando houver. Referências – numeradas consecutivamente na ordem em que são primeiramente mencionadas no texto. Citações – devem ser apresentadas no texto por números arábicos entre parênteses.

