



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FCS/ESS

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA

PROJECTO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

**PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E MÉTODOS DE REABILITAÇÃO DA
DISPAREUNIA DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA.**

Sílvia Filipa Ferreira Moreira

Estudante de Fisioterapia

Escola Superior de Saúde – UFP

24217@ufp.edu.pt

Fátima Santos

Professora Auxiliar

ESS - UFP

fatimas@ufp.edu.pt

Porto, Janeiro de 2019.

Resumo

Introdução: A investigação existente acerca da prevalência e incidência da dispareunia na gravidez e no pós-parto é ainda insuficiente, levando assim a uma inconsistência no tratamento a seguir nestas fases. **Objectivo:** Analisar a incidência e prevalência da dispareunia na gravidez e pós-parto e identificar os métodos de tratamento mais utilizados na sua reabilitação. **Metodologia:** Foi feita uma pesquisa computadorizada nas bases de dados PubMed, PEDro e Web of Science com o objectivo de encontrar estudos que analisassem a incidência e prevalência da dispareunia na gravidez e pós-parto e identificar os métodos de tratamento mais utilizados na sua reabilitação. **Resultados:** Foram seleccionados oito artigos (quatro estudos de coorte, três estudos observacionais longitudinais e um estudo randomizado controlado) nas bases de dados PubMed, PEDro e Web of Science. **Conclusão:** A prevalência e incidência da dispareunia variam entre os autores, não existindo igualmente consenso sobre o tratamento a ser efectuado na gravidez e pós-parto devido à escassez de estudos nesta área. **Palavras-Chave:** dispareunia, reabilitação, gravidez, pós-parto.

Abstract

Introduction: Existing research on the prevalence and incidence of dyspareunia in pregnancy and postpartum is still insufficient, leading to an inconsistency in the treatment to follow in these phases. **Objective:** To analyze the incidence and prevalence of dyspareunia in pregnancy and postpartum women and to identify the treatment methods most used in its rehabilitation. **Methods:** A computerized study was conducted in the PubMed, PEDro and Web of Science databases to find studies that analyzed the incidence and prevalence of dyspareunia in pregnancy and postpartum and to identify the treatment methods most used in its rehabilitation. **Results:** Eight articles (four cohort studies, three longitudinal observational studies and one randomized controlled study) were selected from the PubMed, PEDro and Web of Science databases. **Conclusion:** The incidence of dyspareunia varies among the authors, and there is no consensus on the treatment to be performed during pregnancy and postpartum due to the lack of studies in this area. **Key words:** dyspareunia, rehabilitation, pregnancy, postpartum.

I. Introdução

A gravidez, sendo a etapa da vida de uma mulher em idade fértil que permite a criação de um novo ser, é tida como sendo um momento marcante e pleno de profundas mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sociais (Coutinho et al., 2014 e Castro et al.2009), sendo que todas estas transformações irão permanentemente redefinir a sua própria identidade e consciência do *self*, levando a que esta tenha de se adaptar a uma nova realidade e função ao longo da sua existência (Hernandez e Hutz, 2008).

Desde o momento da fecundação até ao momento do nascimento, o corpo da mulher passará por diversas alterações nos vários sistemas orgânicos, tais como nos sistemas nervoso, esquelético, muscular, endócrino e reprodutor, alterações estas que em certas mulheres se poderão prolongar até cerca de seis meses pós-parto, causando então diferente sintomatologia durante todo este período (Castro et al., 2009; Xing et al., 2017).

Durante a gestação, o centro de massa da mulher sofre alterações devido ao crescimento do feto, deslocando-o assim para a frente e para baixo devido ao aumento de peso do compartimento uterino, causando modificações na distribuição do peso da gestante que não só a levará a importantes mudanças posturais, como também aumentará a pressão exercida nas estruturas pélvicas (Kouhkan et al, 2015). O ganho de peso materno nesta fase é igualmente marcante, sendo que a mulher poderá chegar a ganhar 12,5 kg no final das 40 semanas de gestação, cerca de 20% do seu peso corporal normal (Lima, 2011). Também as alterações hormonais exercem uma grande influência ao longo do processo da gravidez através do aumento da concentração de hormonas tais como o estrogénio, a progesterona e a relaxina que levam a transformações físicas e emocionais na gestante, tais como o aumento da percentagem de gordura corporal, a presença de edema nas extremidades, a distensão abdominal, a laxidez ligamentar, a fadiga e o aumento das mamas (Lima, 2011).

Todas estas transformações físicas poderão desencadear a ocorrência de distúrbios a nível do pavimento pélvico durante a gravidez e no pós-parto (período este que pode ir desde as primeiras seis horas até aos próximos seis meses após o parto), tais como a incontinência urinária e/ou fecal, a dor pélvica e a dispareunia (Leroy et al., 2015 e Schreiner et al., 2017).

A dispareunia consiste na existência de dor e/ou desconforto superficial ou profundo sentido pela mulher durante a penetração ou tentativa de penetração vaginal durante o

acto sexual (Battut e Nizard, 2015; Pandochi et al., 2018). Esta condição apresenta um impacto bastante negativo na vida de uma mulher, reduzindo a sua qualidade de vida (Silva et al, 2016), podendo mesmo levar à criação de tensão emocional entre o casal e perda de auto-estima na mulher (Pourkhiz et al., 2017).

No entanto, a investigação existente acerca da presença de dispareunia na gravidez e no pós-parto é ainda insuficiente e precária devido ao tabu que ainda representa na nossa sociedade e à escassez de queixas por parte das grávidas acerca deste assunto. É estimado que cerca de 17% a 36% das mulheres apresentem dispareunia seis meses pós-parto (Percoco, Kjerulff e Repke, 2016), tendo tendência a diminuir a sua incidência após este período (Tennfjord et al, 2014). Os factores de risco que actualmente têm vindo a ser mais associados à presença de dispareunia na gravidez são a presença de transformações morfológicas e hormonais que alteram a estrutura do pavimento pélvico (Tennfjord et al., 2014), enquanto que no pós-parto o tipo de parto (Tennfjord e tal., 2014), a amamentação (Tennfjord e tal., 2014; Percoco, Kjerulff e Repke, 2016), a redução do tónus perineal (Tennfjord e tal., 2014; Caroci et al, 2010), o trauma perineal e genital e a episiotomia (Percoco, Kjerulff e Repke, 2016) são os factores que mais têm vindo a ser associados à presença de dispareunia.

Uma vez que a dispareunia engloba componentes biológicos, psicosexuais e contextuais (Tennfjord et al., 2014), a sua origem mostra-se multifactorial e, assim sendo, a sua intervenção deverá ser encarada de um ponto de vista multidisciplinar contando com a actuação de áreas como da psicologia, sexologia e uroginecologia. No entanto, tendo em conta que a etiologia da dispareunia poderá estar relacionada com disfunções a nível do pavimento pélvico, a actuação da fisioterapia poderá mostrar-se aqui fundamental na reabilitação do pavimento pélvico e tratamento da dispareunia (Dumoulin et al., 2004).

Assim sendo, o fisioterapeuta mostra-se aqui como um profissional de saúde dotado de todo o conhecimento e capacidades para acompanhar a mulher com dispareunia de uma forma segura e eficaz (Bio e tal., 2006).

O objectivo deste estudo será analisar a incidência e prevalência da dispareunia na gravidez e pós-parto e identificar os métodos de tratamento mais utilizados na reabilitação da dispareunia neste período.

I. Metodologia

Foi feita uma pesquisa computadorizada realizada nas bases de dados PubMed, PEDro e Web of Science com o objectivo de encontrar estudos de coorte que analisassem a incidência e prevalência da dispareunia na gravidez e pós-parto e identificar os métodos de tratamento mais utilizados na reabilitação da dispareunia neste período.

A pesquisa foi realizada com a combinação das palavras-chave “dyspareunia” AND “treatment OR rehabilitation” AND “pregnancy OR delivery OR postpartum” e “prevalence” OR “incidence” AND “dyspareunia”.

Os critérios de inclusão desta revisão foram: estudos de coorte, estudos com datas de publicação dos últimos 10 anos, estudos em mulheres grávidas e/ou em período pós-parto com dispareunia e estudos experimentais que avaliassem um programa de tratamento de fisioterapia na dispareunia.

Os critérios de exclusão desta revisão foram: estudos que analisaram somente factores de risco da dispareunia e estudos que não apresentaram dados relativos ao antes e após tratamento para os estudos experimentais.

III. Resultados

Quadro 1 – Resumo dos artigos analisados na revisão.

Autor, data	Amostra (n; grupos)	Objectivo do Estudo	Intervenção	Instrumentos de Avaliação	Principais Resultados
McDonald, Gartland, Small e Brown (2016). <i>Cohort Study</i>	N= 1507 Idades: ≥ 18 anos	Descrever a frequência, severidade e persistência da dispareunia em primíparas nos primeiros 18 meses pós-parto. Investigar a associação entre tipo de parto e intensidade da dispareunia.	Duração: 2 anos e 8 meses. Recrutamento em seis hospitais de mulheres em período de gestação ≤ 24 semanas. Questionários acerca da saúde física e psicológica materna, preenchidos no momento do recrutamento, no 3º, no 6º, no 12º e no 18º mês pós-parto. Questões acerca da dispareunia incluídas em todos os questionários pós-natais (ex: “Já teve relações sexuais vaginais desde o parto?”; “Qual o grau de dor/desconforto que sentiu?”).	“ <i>McGill Pain Intensity Scale</i> ” – grau de dor. “ <i>Brief Pain Inventory</i> ”- tipo de dor.	85,7% das mulheres experienciaram dor na primeira relação sexual vaginal pós-parto. 78% retomaram a actividade sexual aos 3 meses pós-parto, 94,0% aos 6 meses e 97,0% aos 12 meses. A maioria declarou nunca ter sentido dor durante o acto sexual antes da gravidez (>50%). A proporção de mulheres com dispareunia reduziu ao longo do tempo (44,7% aos 3 meses pós-parto, 43,4% aos 6 meses, 28,1% aos 12 meses e 22,6% aos 18 meses). 10% das mulheres descreveram a dor como “horrível”, “angustiante” ou “excruciante” a cada avaliação. As mulheres que apresentaram dispareunia mais intensa aos 6 meses pós-parto recorreram à cesariana (57,4%) ou apresentavam sintomas de depressão (60%). As mulheres com idade >35 anos apresentaram menos probabilidade de apresentar dispareunia mais intensa (38,9%).
Kainu, Halmesmäki, Korttila e Sarvela, (2016). <i>Prospective Cohort Study</i>	N= 1554 (1052 parto vaginal; 502 parto cesariana). Idades = Média: 31(18-47) → parto vaginal; 33(18-52) → parto cesariana.	Determinar se a maior incidência de dor persistente pós-parto provém do parto por cesariana ou do parto vaginal. Avaliação da intensidade e características da dor persistente e sua associação com dores	Duração: 1 ano; Dois questionários: o primeiro no 2º dia pós-parto e o segundo após um ano: - Primeiro questionário relacionado com a saúde materna, historial obstétrico, existência de dor e detalhes do parto; - Segundo questionário relacionado com a existência de sintomatologia no canal de parto (se sim era considerado existir dor persistente pós-parto).	Escala Visual Analógica (0-10) – graduação da dor. Escala Verbal para a Dor (leve, moderada, severa, insuportável) – graduação da dor.	A incidência de dor persistente após 1 ano foi maior nos partos por cesariana (22%) do que nos partos vaginais (8%). Não foram encontradas condições pré-existentes que permitam prever a dor persistente um ano pós-parto. A dor moderada a severa foi mais comum entre mulheres com parto por cesariana, no entanto a maioria das mulheres com dor > 1 ano declarou tratar-se de uma dor leve (69%: parto cesariana; 57%: parto vaginal).

Legenda: VAS= *Visual Analogue Scale*; GE= grupo experimental; GC= grupo de controlo, PP: pavimento pélvico, AVD's: actividades de vida diárias, TMPP: treino dos músculos do pavimento pélvico.

		precedentes e outros factores obstétricos.			A dispareunia foi mais comum em mulheres com parto vaginal (41%) entre pacientes com dor persistente > 1 ano.
Kennedy, Turcea e Bradley (2009). <i>Prospective, Longitudinal Study.</i>	N = 225: - GE: 103 mulheres grávidas; - GC: 122 mulheres não grávidas. Idades: - GE: Média= 28.4; - GC: Média= 30.1.	Identificar a prevalência de sintomas vulvares e vaginais durante a gravidez e aos 3 meses pós-parto.	Duração: 4 meses. Recrutamento de mulheres com 6-14 semanas de gestação da <i>Obstetrics Clinics at the University of Iowa</i> . Aplicação de um questionário auto-administrado acerca de sintomatologia vulvar e vaginal a cada trimestre da gravidez e ao 3º mês pós-parto.	-	A presença de sintomas vulvares e vaginais (ex: ardor, dor, prurido, etc.) revelou-se mais frequente durante a gravidez, tendo (à excepção da dispareunia) tendência a decrescer no pós-parto. A dispareunia aumentou ao longo da gravidez tendo obtido uma menor incidência no 1º trimestre (P= 0.03), no entanto manteve-se constante no pós-parto (P<0.01). Mulheres com parto vaginal apresentaram > probabilidade em possuir sintomatologia vulvar do tipo “ardor” (P<0.01) e dispareunia (P<0.01).
Neels et al. (2016). <i>Observational Longitudinal Study</i>	N=233 (Primíparas:148; Multíparas:85). Idades= Média= 30.3.	Avaliar se a contracção dos músculos do PP é dolorosa no pós-parto imediato e após 9 semanas.	Duração: 9 semanas. Inquérito 1º-6º dia pós-parto: - Presença de incontinência urinária antes ou durante a gravidez; - Dor ao urinar/defecar; - Uso de laxantes/analgésicos; - Local exacto da dor perineal; - Avaliação física por um fisioterapeuta especializado: execução de actividades passíveis de causar dor (levantar, sentar, tossir, etc.), da manobra de Valsava, da avaliação dos dermatomos L1-S5 e de 3 contracções perineais consecutivas (VAS); - Prescrição de um programa de exercícios domiciliário: 20 contracções do PP; 2x/dia. Questionário telefónico à 9ª semana pós-parto: - Existência de dor perineal (VAS, localização);	Escala Visual Analógica (VAS; 0-10) – graduação da dor.	A prevalência e intensidade da dor perineal no pós-parto imediato é > durante a execução das AVD's (73%; VAS: 4.9±2.3), micção (47%; VAS: 3.4±1.7) e defecação (19%; VAS: 3.6±2.2) do que durante as contracções do PP (8%; VAS: 2.2±0.9). À 9ª semana pós-parto 30% das mulheres experienciaram dor perineal durante a actividade sexual (VAS: 4.6±2.3) e 18% durante a defecação (VAS: 4.7±2.3), porém nenhuma sentiu dor durante as contracções do PP. No caso de ocorrência de dor durante as contracções do PP a dor foi considerada leve (VAS: 2). A maioria das mulheres cumpriu o plano de exercícios do PP entre a 1ª e a 2ª avaliação (n = 178; 84%).

Legenda: VAS= *Visual Analogue Scale*; GE= grupo experimental; GC= grupo de controlo, PP: pavimento pélvico, AVD's: actividades de vida diárias, TMPP: treino dos músculos do pavimento pélvico.

			<p>- Dor durante a micção, defecação, actividade sexual, AVD's ou manobra de Valsava;</p> <p>- Verificação do cumprimento do plano de exercícios do PP.</p>		
<p>Travino-Juárez et al. (2017).</p> <p><i>Prospective, Longitudinal, Observational Study.</i></p>	<p>N=552</p> <p>Idades = 18-45 (Média= 32.18).</p> <p>-Parto vaginal: 188;</p> <p>-Parto Instrumental: 208 (fórceps: 176; vácuo: 32);</p> <p>-Parto cesariana: 156.</p>	<p>Avaliar a associação entre tipo de parto e factores como a retoma e o declínio da actividade sexual e a dispareunia na 6ª semana e no 6º mês pós-parto.</p>	<p>Duração: 1 ano e 2 meses.</p> <p>Entrevista antes da alta médica composta por questões relativas a dados pessoais, estado sócio-económico, tipo de parto e amamentação.</p> <p>Duas entrevistas telefónicas, uma à 6ª semana e uma ao 6º mês pós-parto, sendo abordados assuntos como a amamentação, problemas de saúde maternos, incontinência urinária/fecal, qualidade da actividade sexual e depressão.</p>	<p>“<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>” – medição da severidade da depressão pós-natal.</p>	<p>24.40% das mulheres retomaram a actividade sexual à 6ª semana pós-parto e 92.40% ao 6º mês pós-parto.</p> <p>O parto instrumental (p= 0.010) e a episiotomia com laceração perineal (p=0.018) foram os factores mais associados à não retoma da actividade sexual às 6 semanas pós-parto, enquanto que a amamentação foi associada à maior probabilidade de existência de dispareunia (p= 0.021).</p> <p>Aos 6 meses pós-parto o declínio da actividade sexual relacionou-se com a depressão (p= 0.031) e com a amamentação (p= <0.001), enquanto que a dispareunia relacionou-se com a amamentação (p= <0.001).</p>
<p>Caroci et al. (2010).</p> <p><i>Prospective Cohort Study.</i></p>	<p>N=226</p> <p>Idades = Média= 21.4</p> <p>-Parto vaginal: 73;</p> <p>-Parto cesariana = 37.</p>	<p>Comparar o nível de força dos músculos do PP durante a gravidez e pós-parto, tendo em conta factores como a idade materna, raça, estado nutricional, estado civil, tipo de parto, peso do feto, condições do períneo, características das fezes e dispareunia.</p>	<p>Duração: 1 ano e 6 meses.</p> <p>As participantes foram avaliadas em 4 etapas:</p> <p>- 1ª Etapa: à 12ª semana de gestação;</p> <p>- 2ª Etapa: entre a 36ª e 40ª semana de gestação;</p> <p>- 3ª Etapa: 48h pós-parto;</p> <p>- 4ª Etapa: 42-60 dias pós-parto.</p> <p>Em todas as etapas as mulheres foram submetidas a uma consulta ginecológica, a uma entrevista, a uma avaliação física e a uma avaliação da força dos músculos do PP (a última com excepção na 3ª etapa).</p> <p>Após a recolha de informação foram dadas instruções e exemplos de</p>	<p>“<i>Oxford Classification Scale</i>” – avaliação do nível de contracção (0-5).</p> <p>Avaliação da força dos músculos do PP através de perineometria (Quark, modelo Perina 996-2) e palpação vaginal digital (de acordo com <i>Oxford Classification Scale</i>“).</p>	<p>Não foram encontradas variações significativas a nível da força dos músculos do PP durante a gravidez e pós-parto (p = 0.78).</p> <p>Uma força de baixa intensidade dos músculos do PP prevaleceu durante as 3 etapas de avaliação: 1ª etapa: 15.9 mmHg; 2ª etapa: 15.2mmHg; 4ª etapa: 14.7mmHg.</p> <p>Factores como a idade materna (p = 0.12), raça (p = 0.88), estado conjugal (p = 0.37), dispareunia (p = 0.07) e características das fezes (p = 0.68) não afectaram o nível de força dos músculos do PP durante a gravidez e pós-parto.</p> <p>Apenas o estado nutricional materno e o peso do feto pareceram afectar os valores da perineometria (p = 0.04).</p>

Legenda: VAS= *Visual Analogue Scale*; GE= grupo experimental; GC= grupo de controlo, PP: pavimento pélvico, AVD's: actividades de vida diárias, TMPP: treino dos músculos do pavimento pélvico.

			exercícios de fortalecimento do PP.	Monitorização do relaxamento dos músculos abdominais durante a medição da força dos músculos do PP através da electromiografia.	
Dionisi e Senatori (2011). <i>Prospective Cohort Study.</i>	N = 45 Idades = 27-37 (Média=32.6); - Primíparas: 65%.	Avaliar a segurança e eficácia da Neuroestimulação Eléctrica Transcutânea (TENS) intravaginal no tratamento da dispareunia no pós-parto relacionada com o trauma perineal causado pela episiotomia.	Duração: 2 anos. Consulta ginecológica composta por avaliação da cicatriz, de zonas de hiperestesia (“cotton swab test”), zonas de laceração muscular, palpação do elevador do ânus, electromiografia intravaginal e determinação do pH vaginal. Aplicação do protocolo TENS (Phenix USB): sessão semanal de 30 minutos, pulsos bifásicos com 0/ 10-50 Hz de frequência, 300/100/3000 microsegundos de duração de pulso e intensidade variável de acordo com a percepção de cada mulher (10-100 mA). Programa de exercícios diário domiciliário: - Contrair-relaxar durante 15 minutos de manhã; - Contrair-relaxar durante 10 minutos à noite.	“Marinoff Dyspareunia Scale”(0-3) – medição da função sexual. Escala Visual Analógica (0-10) – graduação da dor. “Goetsch Scale” (0-4) – avaliação da sensibilidade/dor vaginal (“cotton swab test”).	Todas as mulheres reportaram dispareunia na primeira relação sexual pós-parto. 84,5% das mulheres obteve redução da dispareunia após cinco aplicações de TENS intravaginal: - “Goetsch Scale”: 3/4 → 0/1 (P < 0.05); - “Marinoff Dyspareunia Scale”: 2/3 → 0 (P < 0.05); - Escala Visual Analógica: redução em 5 pontos (P = 0.0009;). A hipertonicidade do PP levou igualmente a uma melhoria estética da cicatriz da episiotomia devido à redução da tensão da sutura, tendo reduzido a sua altura e comprimento, permitindo assim uma maior disposição para a intimidade sexual. A remissão total dos sintomas ocorreu em 95% das pacientes no final do protocolo (10 sessões). 8 meses após a conclusão do tratamento todas as mulheres se encontravam sem dor.
Tennfjord et al. (2015). <i>Secondary Analysis of a Randomised Trial.</i>	N= 175 (c/ défices no elevador do ânus: 55; s/ défices no elevador do ânus: 120). GE= 87;	Avaliação do efeito do TMPP na sintomatologia vaginal, disfunções sexuais e dispareunia em	Duração: 16 semanas. 139 mulheres foram recrutadas de um estudo de coorte que seguia mulheres grávidas nulíparas desde a 21ª semana gestacional até 1 ano pós-parto. 36 mulheres foram recrutadas às 6	“International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire— Vaginal symptoms questionnaire	Não foram apresentadas diferenças a nível de sintomatologia vaginal, disfunções sexuais, dispareunia ou incontinência coital entre os grupos aos 6 meses pós-parto, com excepção do sintoma “sore vagina” em que o grupo de controlo apresentou 41,7% e o grupo experimental 23,3%.

Legenda: VAS= Visual Analogue Scale; GE= grupo experimental; GC= grupo de controlo, PP: pavimento pélvico, AVD's: actividades de vida diárias, TMPP: treino dos músculos do pavimento pélvico.

	<p>GC= 88.</p> <p>Idades: GE= Média = 29.5; GC= Média = 30.1.</p>	<p>mulheres primíparas estratificadas por défices “<i>major</i>” ou “<i>minor</i>” no elevador do ânus.</p> <p>Verificar se o TMPP está associado à alteração na pressão de repouso vaginal e na força e resistência destes músculos.</p>	<p>semanas pós-parto de um hospital público.</p> <p>As mulheres foram estratificadas por portadoras ou não de défices “<i>major</i>” ou “<i>minor</i>” no músculo elevador do ânus, tendo sido aleatoriamente distribuídas em grupos experimentais ou de controlo de 10 elementos.</p> <p>As participantes responderam a um questionário electrónico e foram avaliadas através de ultrasonografia e manometria à 6ª semana e ao 6º mês pós-parto. Antes da alta médica todas as participantes receberam um panfleto informativo acerca da importância do TMPP. Ambos os grupos foram instruídos por um fisioterapeuta em como contrair correctamente os músculos do PP.</p> <p>GE: classe semanal de TMPP com acompanhamento de um fisioterapeuta durante 4 meses a partir da 6ª semana pós-parto; execução diária de 3 séries de 8-12 contracções máximas dos músculos do PP.</p> <p>GC: este grupo apenas foi instruído em como contrair correctamente os músculos do PP e recebeu a informação contida no panfleto fornecido antes da alta médica</p>	<p>(<i>ICIQ-VS</i>) – (“Sim” ou “Não”; 0-10).</p> <p>A pressão vaginal, a força e a resistência dos músculos do PP foram avaliadas através de um cateter balão vaginal.</p>	<p>Cerca de 88% das mulheres retomaram a actividade sexual, não existindo diferenças significativas entre os grupos.</p> <p>No subgrupo com défices no elevador do ânus as mulheres no grupo experimental apresentaram 45% menos risco de possuírem sintomatologia como “<i>vagina feels loose or lax</i>” em comparação com o grupo de controlo.</p>
--	---	---	--	---	---

Legenda: VAS= *Visual Analogue Scale*; GE= grupo experimental; GC= grupo de controlo, PP: pavimento pélvico, AVD’s: actividades de vida diárias, TMPP: treino dos músculos do pavimento pélvico.

IV. Discussão

Esta revisão tem como principal objectivo analisar a incidência e prevalência da dispareunia na gravidez e no pós-parto e identificar os métodos de tratamento mais utilizados na reabilitação da dispareunia neste período, tendo desta forma tentado incluir estudos relevantes na investigação desta área que se demonstra actualmente escassa e insuficiente.

Apesar de na comunidade científica não existir actualmente um consenso acerca da prevalência e etiologia concreta da dispareunia na gravidez e no pós-parto, autores como Travino-Juárez et al. (2017), através de duas entrevistas às 6 semanas e aos 6 meses pós-parto que abordaram temas como a amamentação, problemas de saúde maternos, incontinência urinária/fecal, qualidade da actividade sexual e depressão, concluíram que a amamentação parece estar associada à maior probabilidade de existência de dispareunia 6 semanas pós-parto devido à diminuição de lubrificação vaginal. Esta conclusão está de acordo com vários outros autores (Tennfjord e tal., 2014; Percoco, Kjerulff e Repke, 2016) sendo uma das teorias actualmente mais aceites para a dispareunia no pós-parto. Segundo Leeman e Rogers (2012), devido à descida dos níveis de androgénio, estrogénio e progesterona que ocorre durante a amamentação, a lubrificação vaginal sofre uma redução tornando a penetração difícil e dolorosa e diminuindo então o desejo sexual da mulher. Posto isto, seria pertinente que durante a gravidez as mulheres fossem encorajadas a considerar o uso de um lubrificante para reduzir o ressecamento vaginal próprio desta fase. No entanto, esta descida de desejo sexual pode, segundo os mesmos autores, igualmente derivar da fadiga e privação de sono próprios da fase da gravidez. Travino-Juárez et al. (2017) concluíram igualmente que aos 6 meses pós-parto, além da amamentação, é a depressão pós-parto que possui um papel fulcral na diminuição da função e desejo sexual e, assim, no despoletar da dispareunia. Tendo em conta este achado, mostra-se então indispensável que a dispareunia seja alvo de uma abordagem multidisciplinar para que a mulher seja avaliada não só de um ponto de vista físico, mas também de um ponto de vista psicológico e emocional nesta fase marcada de uma especial sensibilidade.

McDonald, Gartland, Small e Brown (2016) recrutaram mulheres em período de gestação \leq 24 semanas e aplicaram cinco questionários acerca da saúde física e psicológica materna, preenchidos no momento do recrutamento, no 3º, no 6º, no 12º e no 18º mês pós-parto. As questões acerca da dispareunia foram aplicadas apenas nos questionários pós-parto e, segundo o seu estudo, a proporção total de mulheres que apresentaram dispareunia reduziu espontaneamente a quase metade após os primeiros 3 meses pós-parto, o que vai de acordo

com a bibliografia existente que defende que a dispareunia tem tendência a diminuir a sua incidência cerca de 6 meses pós-parto (Tennfjord et al, 2014). O mesmo estudo concluiu que cerca de 85,7% das mulheres sentem dor na primeira relação sexual vaginal, mostrando assim a dispareunia como uma condição limitativa ao bem-estar emocional e físico da mulher.

De acordo com McDonald, Gartland, Small e Brown (2016) o tipo de parto que predispõe à dispareunia mais intensa é a cesariana, no entanto de acordo com Kainu, Halmesmäki, Korttila e Sarvela (2016), através da aplicação de dois questionários acerca da saúde materna, detalhes do parto e persistência de dor no canal de parto (um no 2º dia pós-parto e o segundo após um ano), estes concluíram que apesar da dor vaginal persistente ser mais comum nas mulheres com parto por cesariana, a dispareunia parece ser mais comum em mulheres que passam por um parto vaginal, não existindo então um consenso entre a comunidade científica. Através da aplicação de um questionário auto-administrado acerca de sintomatologia vulvar e vaginal na gravidez a cada trimestre e ao 3º mês pós-parto Kennedy, Turcea e Bradley (2009) concluíram que a presença de sintomas vulvares e vaginais pareceu ser mais frequente durante a fase da gestação e ter tendência a decrescer no pós-parto, com exceção da dispareunia que teve tendência a aumentar ao longo da gestação e a manteve-se constante ao longo do pós-parto ao contrário dos outros sintomas. Segundo os autores, a dispareunia parece ser antecipada pelas mulheres que recorrem ao parto vaginal devido ao trauma atribuído a esta manobra e ao possível recurso à episiotomia, no entanto a existência de dispareunia ocorre igualmente em mulheres com parto por cesariana (Kainu, Halmesmäki, Korttila e Sarvela, 2016). Assim sendo, a dilatação e o trauma vaginal nem sempre são necessariamente factores causais da dispareunia pós-parto.

Caroci et al. (2010) avaliou a força dos músculos do pavimento pélvico em 4 etapas: a 1ª à 12ª semana de gestação, a 2ª entre a 36ª e a 40ª semana de gestação, a 3ª 48h pós-parto e a 4ª 42 a 60 dias pós-parto. A força foi medida através de perineometria e palpação vaginal digital e após a conclusão de cada avaliação foram dados às mulheres exemplos de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico. Os resultados obtidos mostraram que a presença de dispareunia na gravidez e no pós-parto não parece influenciar o nível de força dos músculos do pavimento pélvico, pois não foram registadas diferenças significativas. No entanto, de acordo com FitzGerald e Kotarinos (2003), a dispareunia poderá ser despoletada pela existência de encurtamentos nos músculos do pavimento pélvico, causando assim dor, sensibilidade e fraqueza destes músculos, levando a que a maioria das pacientes com défices no pavimento pélvico recorra à abstinência sexual parcial ou total. Assim sendo, a força do

pavimento pélvico poderá não ser o único parâmetro relevante a avaliar, sendo necessário identificar também encurtamentos e sensibilidade destes músculos.

No estudo de Nells et al. (2016) o exame físico, a consciencialização dos músculos do pavimento pélvico, o ensino da sua correcta contracção e a prescrição de um programa de exercícios domiciliários para o pavimento pélvico foram efectuados por um fisioterapeuta especializado, que após o preenchimento do inquérito inicial pelas mulheres, realizou uma avaliação física do pavimento pélvico e prescreveu um programa de exercícios domiciliários formado por 20 contracções do pavimento pélvico 2x/dia. Durante 9 semanas cerca de 84% das participantes cumpriu o plano de exercícios, tendo os autores concluído que a dor perineal é mais intensa durante certas actividades de vida diária como a micção e a defecação do que durante uma sessão de contracções do pavimento pélvico. No entanto, uma percentagem de 30% das mulheres à 9ª semana pós-parto experienciou ainda dor perineal durante a actividade sexual. Assim, o treino dos músculos do pavimento pélvico poderá então ser uma abordagem terapêutica a considerar no tratamento da dispareunia junto não só das grávidas, mas também de todas as mulheres com dispareunia pós-parto por não ser aparentemente uma abordagem dolorosa.

A abordagem terapêutica de Dionisi e Senatori (2011) foi aquela que mais ganhos obteve na diminuição da dispareunia na sua amostra, uma vez que oito meses após a conclusão do tratamento composto por uma sessão semanal de TENS intravaginal e por um programa de exercícios diário para o pavimento pélvico composto por exercícios de contrair-relaxar durante 15 e 10 minutos de manhã e à noite, respectivamente, todas as mulheres declararam não sentir dor. No entanto, estes autores apenas abrangeram 45 participantes no seu estudo e incluíram TENS intravaginal no seu programa, enquanto que autores como Tennfjord et al. (2015) incluíram 175 participantes onde o programa incidiu apenas a nível de exercícios do pavimento pélvico, não podendo assim ser feitas ilações através da comparação entre estes dois estudos. Tennfjord et al. (2015) no seu estudo avaliaram o efeito do treino dos músculos do pavimento pélvico tendo dividido as mulheres em portadoras ou não de défices no elevador do ânus e aleatoriamente as distribuído em grupos experimentais ou de controlo. O grupo de intervenção foi submetido a uma classe semanal de treino dos músculos do pavimento pélvico com o acompanhamento de um fisioterapeuta especializado durante 4 meses a partir da 6ª semana pós-parto. O mesmo foi igualmente instruído para diariamente executar três séries de 8-12 contracções máximas dos músculos do pavimento pélvico. O grupo de controlo não recebeu qualquer outra intervenção além da informação contida no panfleto fornecido antes da alta médica. No entanto, os autores não encontraram diferenças

significativas entre os grupos de intervenção e os grupos de controlo na existência de sintomatologia vaginal ou sexual. Foi apenas possível constatar que as mulheres do grupo de intervenção com défices no elevador do ânus obtiveram uma diminuição na sintomatologia “*vagina feels loose or lax*”. Tal como estes autores, também Dionisi e Senatori (2011) implementaram um programa domiciliário de exercícios diário, no entanto a sua intervenção durou cerca de 2 anos, sendo que a intervenção de Tennfjord et al. (2015) durou apenas cerca de 16 semanas, tendo sido então uma intervenção mais curta e não sendo assim possível comparar ambas as intervenções neste âmbito. No estudo de Dionisi e Senatori (2011) a média de idades das participantes foi 32.3, enquanto que no estudo de Tennfjord et al. (2015) a média de idades foi de 29.5 no grupo experimental e 30.1 no grupo de controlo, podendo então ser concluído que as mulheres de ambas as amostras se encontravam dentro da mesma faixa etária.

Posto isto, e tendo em conta os resultados dos estudos, não é possível concluir acerca de qual a melhor abordagem terapêutica devido à inconsistência e diferenças das amostras e intervenção. No entanto, tendo em conta os resultados positivos de Dionisi e Senatori (2011), a abordagem do TENS intravaginal em conjunto com um programa de exercícios de contracção do pavimento pélvico no tratamento da dispareunia deverá quicá requerer uma investigação mais rigorosa da parte da comunidade científica devido aos resultados promissores neste âmbito. Estudos experimentais com amostras mais abrangentes deveriam ser igualmente considerados.

Após a análise e interpretação dos estudos aqui representados podemos concluir que, apesar da prevalência significativa de dispareunia que existe na gravidez e no pós-parto, não existem ainda estudos suficientes acerca da sua etiologia e de qual o melhor tratamento a seguir na dispareunia na gravidez, sendo esta uma limitação à execução deste trabalho devido ao tabu que esta área ainda representa.

Foi possível observar que, apesar de existirem vários estudos acerca de diversas abordagens terapêuticas à dispareunia, não existe ainda actualmente um consenso científico acerca de quais serão as técnicas de reabilitação mais seguras e eficazes a implementar durante a gravidez e pós-parto, sendo estas fases demarcadas por uma especial sensibilidade da mulher. No entanto, as técnicas de reabilitação que têm vindo a ser mais utilizadas no tratamento da dispareunia são a massagem perineal, o ensino da consciencialização dos músculos do pavimento pélvico e o seu treino, técnicas de relaxamento e alongamento dos adutores da anca (Pandochi et al., 2018). Estudos acerca da utilização destas técnicas no tratamento da

dispareunia durante a fase da gravidez e pós-parto deveriam ser conduzidos de forma a alargar o campo de actuação nesta área.

Esta escassez de estudos poderá então ser explicada devido ao tabu que esta temática ainda representa na nossa sociedade, afectando não só a capacidade dos profissionais de saúde em orientar, educar e fornecer informações, como também a aptidão das pacientes em confidenciar estes problemas ao profissional de saúde. Assim sendo, é fundamental que os profissionais que trabalham com este grupo de mulheres proporcionem informação e educação acerca do assunto.

A actuação da fisioterapia na dispareunia é igualmente ainda incerta, uma vez que esta temática está ainda envolta em várias incertezas e devido à fragilidade que representa o período da gravidez e pós-parto, no entanto em certos estudos foi possível observar que, independentemente da etiologia, prevalência ou intensidade da dispareunia, a fisioterapia pareceu apresentar um papel relevante no acompanhamento destas mulheres, desde a sua avaliação ao tratamento individual e/ou em classes, tendo ainda capacidade para a prescrição de exercícios e para o ensino da tomada de consciencialização das mulheres para o seu pavimento pélvico.

Diante dos resultados obtidos existe ainda bastante campo para uma investigação mais aprofundada relativamente a esta temática devido à escassez de estudos que abordam a existência de dispareunia na gravidez e pós-parto. A investigação mais aprofundada desta área poderá levar não só a uma melhor compreensão acerca da etiologia desta condição, como posteriormente a uma intervenção mais rápida, segura e eficaz, reduzindo assim a prevalência de mulheres com dispareunia e aumentando a sua qualidade de vida.

Sugere-se, assim, a realização de estudos que aprofundem o tema, nomeadamente a intervenção terapêutica, especificamente na área da fisioterapia.

V. Conclusão

Após a análise dos oito artigos abordados nesta revisão bibliográfica é possível concluir que não existe entre os autores um consenso acerca da prevalência e incidência da dispareunia na gravidez e no pós-parto, assim como não existe igualmente unanimidade acerca dos métodos de reabilitação a seguir junto destas mulheres uma vez que são ainda escassos.

Os estudos acerca da dispareunia a incluir mulheres grávidas são ainda raros, sendo por isso crucial efectuar futuramente mais estudos experimentais com amostras e períodos de *follow-up* maiores que incluam mulheres grávidas e não só no período pós-parto, de forma a garantir a eficácia e segurança do tratamento para a mulher e feto.

Bibliografia

- Battut, A. E Nizard, J. (2015). Impact de la rééducation périnéale sur la prévention des douleurs et des dyspareunies en post-partum. *Progrès en Urologie*, 26, 237-243.
- Bio, E., Bittar, R. E. e Zugaib, M. (2006). Influence of maternal mobility on duration of the active phase of labor. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (11), 672-679.
- Caroci, A. S., Riesco, M. L. G., Sousa, W. S., Cotrim, A. C., Sena, E. M., Rocha, N. L. e Caroci, C. N. (2010). Analysis of pelvic floor musculature function during pregnancy and postpartum: a cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2424-2430.
- Castro, D. M. S., Ribeiro, A. M., Cordeiro, L. L., Cordeiro, L. L., Alves, A. T. (2009). Exercício físico e gravidez: prescrição, benefícios e contraindicações. *Universitas: Ciências da Saúde, Brasília*, 7 (1), 91-99.
- Coutinho, E. C., Silva, C. B., Chaves, C. M. B., Nelas, P. A. B., Parreira, V. B. C., Amaral, M. O. e Duarte, J. C. (2014). Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? *Revista de Enfermagem USP*, 17-24.
- Dionisi, B e Senatori, R. (2011). Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the postpartum dyspareunia treatment. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 37 (7), 750-753.
- Dumoulin, C., Lemieux, M. C., Bourbonnais, D., Gravel, D., Bravo, G. e Morin, M. (2004). Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104 (3), 504-508.
- FitzGerald, M. P. e Kotarinos, R. (2003). Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. 269-274.
- Hernandez, J. A. E. e Hutz, C. S. (2008). Gravidez do Primeiro Filho: Papéis Sexuais, Ajustamento Conjugal e Emocional. *Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 133-139.
- Kainu, J. P., Halmesmäki, E., Korttila, K. T. e Sarvela, P. J. (2016). Persistent Pain After Cesarean Delivery and Vaginal Delivery: A Prospective Cohort Study. *Anesthesia & Analgesia*, 123 (6), 1535-1542.
- Kennedy, C. M., Turcea, A. M., e Bradley, C. S. (2009). Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 105 (3), 2-5.
- Kouhkan, S., Rahimi, A., Ghasemi, M., Naimi, S. e Baghban A. A. (2015). Postural changes during first pregnancy. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 7 (9), 745-750.
- Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: Postpartum sexual function. *Obstetrics and Gynecology*, 119 (3), 647-653.
- Leroy, L. S., Lúcio, A. e Lopes, M. H. B. M. (2015). Factores de risco para incontinência urinária no puerpério. *Revista de Enfermagem USP*, 50 (2), 201-206.

- Lima, A. P. (2011). A importância do exercício físico durante o processo de gestação. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 5 (26), 123-129.
- McDonald, E. A., Gartland, D., Small, R. e Brown, S. J. (2016). Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: A cohort study. *Midwifery*, 34, 15-20.
- Neels, H., Wachter, S., Wyndaele, J. J., Wyndaele, M e Vermandel, A. (2016). Does pelvic floor muscle contraction early after delivery cause perineal pain in postpartum women? *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 208, 1-5.
- Pandochi, H. A. S., Ferreira, C. H. J., Kogure, G. S., Franceschini, A. B., Reis, R. M. e Lara, L. A. (2018). Effects of a physiotherapeutic intervention on coital pain. *Austin Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5 (4), 1-5.
- Percoco, N. A., Kjerulff, K. H. e Repke, J. T. (2016). Risk factors for dyspareunia after first childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 128 (3), 1-6.
- Pourkhiz, Z., Charandabi, S. M. A., Mirghafourvand, M., Ebrahimi, H. e Ghaderi, F. (2017). Effect of pelvic floor muscle training on female sexual function during pregnancy and postpartum: a randomized controlled trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 1-7.
- Schreiner, L., Crivelatti, I., Oliveira, J. M., Nygaard, C. C. e Santos, T. G. (2017). Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 143, 10- 17.
- Tennfjord, A. B., Hilde, G., Jensen, J. S., Engh, M. E. e Bø, K. (2014). Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and after childbirth. *Urogynecology Journal*, 25, 1227-1234.
- Tennfjord, A. B., Kolberg, M., Hilde, G., Jensen, J. S., Siafarikas, F., Engh, M. E. e Bø, K. (2016). Effect of postpartum pelvic floor muscle training on vaginal symptoms and sexual dysfunction— secondary analysis of a randomised trial. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. 634-541.
- Trivino-Juárez, J. M., Romero-Ayuso, D., Nieto-Pereda, B., Forjaz, M. J., Oliver-Barrecheguren, C., Mellizo-Díaz, S., Avilés-Gámez, B., Arruti-Sevilla, B., Álvarez, J. J., Lúcia, C. e Plá-Mestre, R. (2018). Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. 637-648.
- Xing, W., Zhang, Y., Gu, C. e Lizarondo, L. (2017). Pelvic floor muscle training for the prevention of urinary incontinence in antenatal and postnatal women: a best practice implementation project. 567-569.