

Disfunções do assoalho pélvico em primíparas até 6 meses após o parto: estudo de coorte

Pelvic floor dysfunction in primiparous women up to 6 months after delivery: cohort study
Disfunción del suelo pélvico en primíparas hasta 6 meses después del parto: estudio de cohorte

Sheyla Guimarães Oliveira^I

ORCID: 0000-0002-2180-6981

Adriana Caroci-Becker^{II}

ORCID: 0000-0003-3112-8480

Edilaine de Paula Batista Mendes^{III}

ORCID: 0000-0002-8541-3490

Maria Luiza Gonzalez Riesco^{III}

ORCID: 0000-0001-9036-5641

Robson da Costa Oliveira^{IV}

ORCID: 0000-0001-6532-2893

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira^I

ORCID: 0000-0002-8007-2092

^IHospital Municipal Dr Moysés Deutsh. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Hospital Santa Barbara d'Oeste. Limeira, São Paulo, Brasil.

^{IV}Universidade Ibirapuera. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira SG, Caroci-Becker A, Mendes EPB, Riesco MLG, Oliveira RC, Oliveira SMJV. Pelvic floor muscle strength after birth in primiparous women: a cohort study. Rev Bras Enferm. 2021;74(5):e20200607. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0607>

Autor Correspondente:

Sheyla Guimarães Oliveira
E-mail: sheylaenf@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 17-09-2020

Aprovação: 20-01-2021

RESUMO

Objetivo: Analisar a força muscular do assoalho pélvico (FMAP), a incontinência urinária (IU) e anal (IA) e a dispareunia em primíparas até 6 meses após o parto normal ou cesariana. **Métodos:** Coorte prospectiva com 169 mulheres (128 parto normal, 41 cesariana), acompanhadas entre 50-70 e 170-190 dias pós-parto, quando foi mensurada a FMAP, mediante a perineometria, e avaliadas a IU e IA e a dispareunia, mediante entrevista. **Resultados:** A FMAP, a IU e a dispareunia foram similares entre os tipos de parto. A diferença foi significativa apenas para o tempo decorrido, com melhora no período estudado (2 e 6 meses pós-parto). Em relação à IA, houve diferença significativa entre 2 e 6 meses pós-parto, com interação entre tipo de parto e tempo ($p=0,022$). **Conclusão:** O tipo de parto não mostrou influência nas disfunções do assoalho pélvico, exceto na IA. Para todos os desfechos, houve melhora no período estudado. **Descritores:** Período Pós-Parto; Assoalho Pélvico; Força Muscular; Incontinência Urinária; Dispareunia.

ABSTRACT

Objective: To analyze pelvic floor muscular strength (PFMS), urinary (UI) and anal (AI) incontinence and dyspareunia in primiparous women up to 6 months after normal or cesarean delivery. **Methods:** this is a prospective cohort with 169 women (128 normal births, 41 cesarean sections), followed between 50-70 and 170-190 days postpartum, when PFMS was measured using perineometry, and UI and AI and dyspareunia, through interview. **Results:** PFMS, UI and dyspareunia were similar between types of delivery. The difference was significant only for the time elapsed, with improvement in the studied period (2 and 6 months postpartum). Regarding AI, there was a significant difference between 2 and 6 months postpartum, with an interaction between type of delivery and time ($p=0.022$). **Conclusion:** the type of delivery did not show any influence on pelvic floor dysfunctions, except for AI. For all outcomes, there was an improvement in the period studied. **Descriptors:** After Childbirth Period; Pelvic Floor; Muscle Strength; Urinary Incontinence; Dyspareunia.

RESUMEN

Objetivo: Analizar fuerza muscular del suelo pélvico (FMSP), incontinencia urinaria (IU) y anal (IA) y dispareunia en mujeres primíparas hasta 6 meses después del parto normal o por cesárea. **Métodos:** Cohorte prospectiva con 169 mujeres (128 partos normales y 41 cesáreas), seguidas entre 50-70 y 170-190 días posparto, cuando se midió la FMSP mediante perineometría, y se evaluó la IU, IA y dispareunia, mediante entrevista. **Resultados:** FMSP, IU y dispareunia fueron similares entre los tipos de parto. La diferencia fue significativa solo para el tiempo transcurrido, con mejoría en el período estudiado, con mejoría en el período estudiado (2 y 6 meses posparto). Em cuanto a la IA, hubo una diferencia significativa entre los 2 y 6 meses posparto, con una interacción entre el tipo de parto y el tiempo ($p=0,022$). **Conclusión:** El tipo de parto no mostro influencia em las disfunciones del suelo pélvico, excepto em la IA. Para todos los resultados, hubo una mejora em el período estudiado. **Descriptorios:** Período Posparto; Suelo Pélvico; Fuerza Muscular; Incontinencia Urinaria; Dispareunia.

INTRODUÇÃO

O parto vaginal está relacionado a alterações no assoalho pélvico, levando à diminuição da força muscular do assoalho pélvico (FMAP)⁽¹⁻³⁾. Estudo que analisou o efeito dos diferentes tipos de parto em primíparas, com 6 e 8 semanas pós-parto, concluiu que o parto vaginal é um fator de risco independente para danos na musculatura do assoalho pélvico⁽³⁾. Além disso, a diminuição da FMAP pode desencadear disfunções no assoalho pélvico (DAP), como incontinência urinária (IU) e anal (IA), dispareunia e outras morbidades, afetando aspectos psicológicos, físicos, sociais, pessoais e relacionamentos sexuais^(1,4-5). A Sociedade Internacional de Incontinência (*International Continence Society-ICS*) define a IU como queixa de qualquer perda involuntária de urina e IA como perda involuntária de fezes e/ou de flatos⁽⁶⁾.

As DAP geralmente apresentam o seu primeiro episódio na gravidez ou no pós-parto⁽⁷⁾. A frequência desses sintomas no período pós-parto é relevante, porém, muitas vezes, é subestimada. Estudo de coorte prospectivo com 976 mulheres apresentou a prevalência de sintomas de IU em aproximadamente 50% dos casos, um ano após o primeiro parto. O estudo mostrou ainda que o tipo de parto influenciou o aumento da IU, pois o parto vaginal e o parto instrumental aumentaram de três a quatro vezes o risco de IU, comparados à cesariana⁽⁸⁾.

Frequências elevadas de IU (21,6%) e IA (16,3%) foram constatadas no estudo prospectivo multicêntrico aos 3 meses pós-parto⁽⁴⁾. Outro estudo constatou que a lesão do esfíncter anal no parto vaginal foi um fator de risco para IA, porém, não foi identificado risco aumentado de IA em mulheres nulíparas, com cesariana ou parto normal sem lesões de esfíncter anal⁽⁹⁾.

Por sua vez, a IA parece estar associada à diminuição da FMAP e ao prolapso de órgãos pélvicos⁽¹⁰⁻¹²⁾. Pesquisa que avaliou a relação entre as DAP e a FMAP concluiu que a FMAP foi significativamente menor entre as mulheres que tiveram parto vaginal operatório^(3,12).

Existem poucas evidências científicas sobre a presença de dispareunia na gravidez e no pós-parto e sobre a função dos músculos do assoalho pélvico. No entanto, a prevalência de dispareunia é relativamente elevada, visto que uma pesquisa de coorte verificou que 85,7% das mulheres referiram essa queixa na primeira relação sexual depois do parto – 44,7%, 43,7% e 22,6% permaneceram com dor aos 3, 6 e 18 meses após o parto, respectivamente⁽¹³⁾. Coorte que analisou 300 nulíparas não constatou relação entre as variações da FMAP e a dispareunia⁽¹⁴⁾.

A avaliação da FMAP pode ser efetuada pelo exame ginecológico, empregando-se os métodos de palpação digital vaginal, perineometria, ultrassonografia, eletromiografia, manometria, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ecografia endoanal, eletromiografia de superfície e cones vaginais, sendo mais utilizadas a perineometria e a palpação vaginal digital⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. A avaliação correta da FMAP pode ajudar no diagnóstico e tratamento das DAP, uma vez que essas morbidades, geralmente, são causadas pela diminuição da FMAP^(1,11,16). Alguns autores, no entanto, defendem que, embora sejam diferentes, esses métodos estão correlacionados positivamente⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico é estratégia reconhecida para a prevenção e redução de morbidades no trato geniturinário e anal, que podem surgir no parto e continuar no período pós-parto^(5,10). Nesse sentido, conhecer as DAP após o

parto e traçar um perfil da FMAP é importante para aprimorar esses programas de treinamento durante a gestação e após o parto, implementar cuidados de enfermagem com base em evidências científicas e promover a saúde da mulher.

OBJETIVO

Analisar a FMAP, a IU, a IA e a dispareunia em mulheres primíparas até 6 meses após o parto normal ou cesariana.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde da Autarquia de Saúde de Itapeperica da Serra e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. A participação das mulheres foi voluntária, garantindo-se o anonimato.

Desenho, Período e Local do Estudo

Este estudo de coorte prospectiva foi nortado pela ferramenta STROBE, realizado no período de janeiro de 2014 a fevereiro de 2016, no Centro do Parto Normal (CPN) do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (PSMMZED), que atende gestantes de risco habitual, e em unidades básicas de saúde (UBS) do município de Itapeperica da Serra, região metropolitana da grande São Paulo, Brasil.

População e Amostra

A população foi constituída por mulheres que tiveram o parto no PSMMZED, de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: primípara, com parto normal ou cesariana a termo; RN único, vivo; sem cirurgia abdominal ou urogenital prévia; sem doenças ou condições físicas que interfiram na FMAP; sem dificuldade com o idioma português ou na comunicação.

O cálculo do tamanho amostral foi o mesmo empregado em estudo prévio, considerando a comparação da FMAP entre mulheres com parto normal e cesariana, no qual foi observado um tamanho de efeito de Cohen igual a 0,669 para erro tipo I igual a 5% e poder de teste de 90%⁽¹⁸⁾.

Tomando como base os partos ocorridos no PSMMZED em 2011 e 2012, com a proporção de três partos normais para cada cesariana, seriam necessárias 96 mulheres (72 com parto normal e 24 com cesariana). O cálculo da amostra foi feito com o programa G*Power 3.1.9.2 e seguiu a metodologia descrita por Chow et al. (2002)⁽¹⁹⁾.

Considerando a possibilidade de perdas de seguimento, optou-se por ampliar em pelo menos 30% o recrutamento das puérperas para obter a amostra estimada. A inclusão das mulheres na coorte foi por conveniência e a amostra final calculada de pelo menos 96 participantes foi obtida.

Protocolo do Estudo

As participantes foram recrutadas durante a internação pós-parto no alojamento conjunto. Nesse momento, foram esclarecidas

sobre a pesquisa e assinaram o TCLE. O seguimento após a alta hospitalar foi realizado no consultório do PSMMZED ou nas UBS, conforme preferência da mulher, até 6 meses após o parto.

Os dados foram coletados por duas pesquisadoras treinadas, em três etapas. A etapa 1 foi realizada durante a internação pós-parto, com a inclusão da participante no estudo e a obtenção de dados de caracterização sociodemográficas e condições clínicas e obstétricas: idade, cor da pele autorreferida, escolaridade, ocupação, situação conjugal, condição perineal no parto normal (íntegro e laceração perineal de primeiro grau ou episiotomia e laceração perineal de segundo grau ou acima), IU prévia (antes ou durante a gestação), mediante entrevista e consulta ao prontuário, com a utilização de um formulário com questões fechadas, elaborado exclusivamente para o estudo e preenchido pelas pesquisadoras. Nas etapas 2 e 3, entre 50-70 e 170-190 dias após o parto, respectivamente, foram avaliados FMAP, IU, IA e dispareunia. O índice de massa corpórea (IMC) foi avaliado com a finalidade de controle de confundimento para variação da FMAP. Perguntou-se ainda se a mulher havia retomado as relações sexuais.

Ao final das etapas 1 e 2, a mulher foi convidada a participar da etapa seguinte. Entre 7 e 2 dias anteriores à próxima etapa, as pesquisadoras fizeram contato com a participante, por telefone, a fim de lembrá-la do retorno. Em caso de não comparecimento à consulta, foi realizado outro contato telefônico para marcar novo retorno.

Foram considerados como exposição o tipo de parto normal ou cesariana. Como desfechos, foram considerados: FMAP, IU, IA e dispareunia. A FMAP foi avaliada com o perineômetro eletrônico de pressão modelo Peritron-9300[®] (Laborie, Canadá), que registra a FMAP a partir de 0,1cm de água (cmH₂O) até 300 cmH₂O. O aparelho possui uma sonda vaginal revestida com silicone de 8 cm de comprimento e 3 cm de diâmetro. As medições foram feitas com a mulher em posição ginecológica, sendo considerado o maior valor da perineometria, registrado em três medições consecutivas, com intervalo de 15 segundos.

A IU, IA e dispareunia foram avaliadas por entrevista. Foi considerada IU a perda involuntária de urina em qualquer frequência, quantidade e situação. IA refere-se a qualquer perda involuntária de flatos ou fezes. A dispareunia foi avaliada como dor durante a relação sexual. Para esses desfechos, foram consideradas as últimas 4 semanas anteriores à entrevista.

As etapas do estudo estão apresentadas na Figura 1.

Análise dos Resultados e Estatística

Os dados foram registrados em formulário elaborado especificamente para a pesquisa, armazenados no aplicativo Excel e analisados pelo programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e a média e o desvio-padrão (d.p.) das variáveis quantitativas. Na análise bivariada, foram utilizados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney, exato de Fisher e qui-quadrado. Para medidas repetidas, foi adotado um modelo de efeitos mistos para variáveis quantitativas e um modelo de efeitos mistos generalizado com penalidade de Firth para as variáveis categóricas.

Todos os testes foram feitos na forma bicaudal, admitindo-se a probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie de 5% (valor-p=0,05).

RESULTADOS

Na etapa 1 foram recrutadas 251 mulheres. Destas, 169 participantes foram seguidas na etapa 2 e 99 foram seguidas na etapa 3. Os motivos da perda de seguimento foram a mudança de endereço e a inexistência do telefone informado, impossibilitando o contato para confirmar o retorno.

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas, clínicas e obstétricas coletadas no período de internação pós-parto. Os dados referem-se às 169 mulheres, das quais 128 (75,7%) tiveram parto normal e 41 (24,3%) tiveram cesariana. Entre as mulheres com parto normal, a média de idade foi significativamente menor (p=0,022), porém, na análise por faixa etária, essa diferença deixou de ser significativa. Vale mencionar que nenhuma mulher da amostra apresentou lacerações de terceiro ou quarto grau. Não houve diferença significativa em relação a cor da pele, escolaridade, ocupação, situação conjugal e IU prévia segundo o tipo de parto.

Como é esperado, todas as mulheres submetidas à cesariana apresentaram períneo íntegro. No parto normal, as mulheres com lacerações perineais de primeiro grau foram agrupadas com as que tiveram períneo íntegro (n=59; 46,5%), enquanto aquelas com lacerações perineais de segundo grau foram agrupadas com as que tiveram episiotomia (n=68; 53,5%) (dados não mostrados em tabela).

Nas Tabelas 2 e 3, são apresentadas as variáveis avaliadas aos 2 e aos 6 meses pós-parto. Houve redução do IMC no decorrer do período estudado, em especial entre as mulheres que tiveram parto normal. A diferença foi significativa tanto para o tipo de parto (p=0,002) como para o tempo decorrido (p=0,039), sem interação entre parto e tempo.

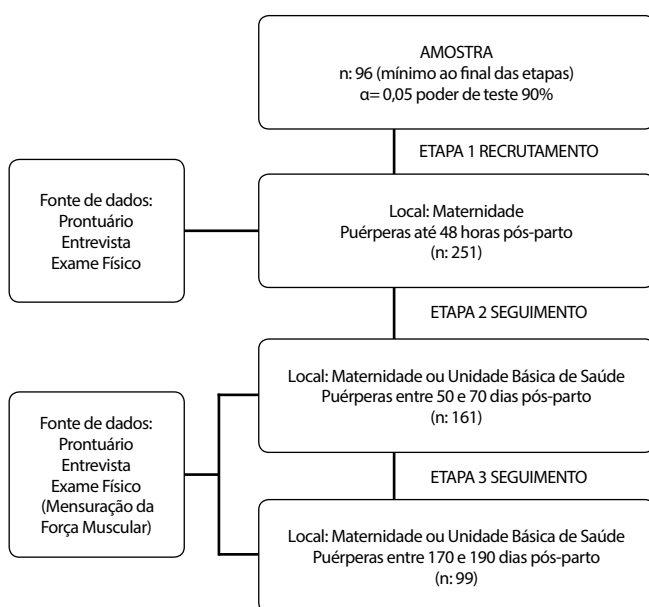


Figura 1 - Fluxograma da amostra e das etapas do estudo, Itapeperica da Serra, São Paulo, Brasil, 2017

Tabela 1 – Características das mulheres, segundo o tipo de parto e valor de *p*, Itapeperica da Serra, São Paulo, Brasil, 2014-2016

Variável	Tipo de parto				Valor de <i>p</i>
	Normal		Cesariana		
	n/ média	%/d.p.	n/ média	%/d.p.	
Idade (anos) n=169	21,3	4,9	23,1	5,1	0,022*
< 20	59	46,2	11	26,8	
20 f 25	42	32,8	16	39,0	
25 f 30	18	14,1	10	24,4	0,166†
30 f 35	6	4,7	3	7,3	
35 f 40	3	2,3	1	2,4	
Cor da pele (n=169)					
Branca	73	57,0	28	68,2	
Parda	43	33,6	9	22,0	0,525†
Preta	11	8,6	4	9,8	
Amarela	1	0,8	-	-	
Escolaridade (anos) (n=169)					
< 9	3	2,3	1	2,4	
9 f 12	36	28,1	12	29,3	1,000†
≥ 12	89	69,6	28	68,3	
Ocupação (n=169)					
Remunerada	42	32,8	11	27,2	
Não remunerada	86	67,2	30	72,8	0,474‡
Situação conjugal (n=150)					
Com parceiro	102	87,2	28	84,8	
Sem parceiro	15	12,8	5	15,2	0,729‡
Incontinência urinária prévia (n=169)					
Sim	20	15,6	11	26,8	
Não	108	84,4	30	73,2	0,108‡

*Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney; †Teste exato de Fisher; ‡ Teste qui-quadrado.

Tabela 2 – Índice de massa corpórea e força muscular do assoalho pélvico aos 2 e 6 meses após o parto, segundo o tipo de parto e valor de *p*– Itapeperica da Serra, São Paulo, Brasil, 2014-2016

Variável	Tipo de parto				Valor de <i>p</i> *		
	n	Normal Média(d.p.)	n	Cesariana Média(d.p.)	Parto	Tempo	Parto x tempo
Índice de massa corpórea							
2 meses pós-parto	128	24,4 (3,6)	41	26,4 (4,2)	0,002	0,039	0,368
6 meses pós-parto	74	23,9 (3,6)	25	26,1 (4,9)			
Força muscular do assoalho pélvico							
2 meses pós-parto	128	23,5 (15,5)	41	23,3 (14,1)	0,682	0,002	0,457
6 meses pós-parto	74	26,8 (13,7)	25	24,4 (12,4)			

*Modelo de efeitos mistos.

Tabela 3 – Incontinência urinária e anal, dispareunia e retomada das relações sexuais 2 e 6 meses após o parto, segundo o tipo de parto e valor de *p*, Itapeperica da Serra, São Paulo, Brasil, 2014-2016

Variável	Tipo de parto				Valor de <i>p</i> *		
	n	Normal %	n	Cesariana %	Parto	Tempo	Parto x tempo
Incontinência urinária							
2 meses pós-parto	10	7,8	4	9,8	0,997	0,005	0,613
6 meses pós-parto	3	4,1	-	-			
Incontinência anal							
2 meses pós-parto	6	4,7	-	-	0,078	0,044	0,022
6 meses pós-parto	1	1,4	-	-			
Dispareunia							
2 meses pós-parto	45	44,5	14	43,7	0,167	0,005	0,172
6 meses pós-parto	10	14,1	-	-			
Retomada das relações sexuais							
2 meses pós-parto	97	75,8	32	78,1	0,451	<0,001	0,503
6 meses pós-parto	71	95,9	24	96,0			

*Modelo de efeitos mistos generalizado com penalidade de Firth.

Um dos desfechos de interesse no estudo foi a avaliação da FMAP, a qual foi similar entre as mulheres com parto normal e cesariana, tanto aos 2 meses como aos 6 meses pós-parto. Porém, os resultados indicaram pequeno aumento aos 6 meses em ambos os grupos ($p=0,002$), sem interação entre tipo de parto e tempo decorrido (Tabela 2).

Adotando o ponto de corte da FMAP em 30 cmH_2O , mais de dois terços das mulheres apresentaram valores abaixo desse ponto aos 2 e aos 6 meses pós-parto, respectivamente: $<30 \text{ cmH}_2\text{O} = 71,4\%$ e $67,7\%$; $\geq 30 \text{ cmH}_2\text{O} = 28,6\%$ e $32,3\%$ (dados não mostrados em tabela).

Em relação aos desfechos IU, IA e dispareunia, houve diferença significativa entre os 2 e 6 meses pós-parto (IU: $p=0,005$, IA: $p=0,044$ e dispareunia: $p=0,005$), com interação entre tipo de parto e tempo apenas para a IA ($p=0,022$). Vale destacar que houve apenas queixa de perda de flatos, apesar de nenhuma mulher referir perda de fezes. Para todos os desfechos, houve melhora aos 6 meses pós-parto. Por sua vez, na comparação entre o tipo de parto, nenhum desfecho mostrou diferença significativa (Tabela 3).

Quanto à retomada das relações sexuais, igualmente, não houve diferença em relação ao tipo de parto, mas foi verificado aumento significativo na proporção de mulheres que haviam retomado as relações sexuais aos 6 meses pós-parto, em ambos os grupos ($p<0,001$), conforme já esperado para esse período de pós-parto (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Existem pesquisas indicando relação entre o tipo de parto e as DAP^(2,20-22). Estudo transversal observou que a média da FMAP foi 8,92 cmH₂O menor em mulheres submetidas à cesariana, comparadas àquelas com parto vaginal⁽²⁰⁾. Outros autores não encontraram diferença significativa entre o tipo de parto e a diminuição da FMAP^(16,23). No presente estudo, os resultados revelaram que as médias da FMAP das mulheres no pós-parto foram discretamente inferiores entre aquelas submetidas à cesariana, comparadas às de parto normal, porém, sem diferença estatística. Ao comparar as médias da FMAP aos 2 e aos 6 meses pós-parto, constatou-se aumento da FMAP com o passar do tempo, independentemente do tipo de parto. Embora as médias se mantenham abaixo de 30 cmH₂O, a proporção de mulheres com FMAP \geq 30 cmH₂O mais que duplicou em ambos os grupos. Reforçando esses achados, uma pesquisa apresentou valores da FMAP de 54,1 cmH₂O aos 98 dias e 59,9 cmH₂O com um ano após o parto, sem relação com o tipo de parto⁽²⁴⁾.

Ainda que a literatura aponte que o IMC pode influenciar a escolha do tipo de parto e estar associado a morbidades^(8,25-28), no presente estudo, a diferença significativa observada no IMC não deve ser considerada um fator de confusão em relação à FMAP, dado que sua variação teve comportamento semelhante ao longo do tempo, independentemente do tipo de parto. Vários estudos mostram que o tipo de parto pode ser um fator de risco para a diminuição da FMAP e o conseqüente surgimento de IU e IA, porém, referem que tais alterações podem ser evitadas ou reduzidas com exercícios perineais para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico^(5,10,29-31).

Quanto à IU, o tempo transcorrido no pós-parto foi a única associação significativa, pois a IU diminuiu significativamente tanto entre as mulheres com parto normal como entre aquelas com cesariana. Os dados mostraram ainda que houve redução do número de mulheres com essa queixa não apenas no período pós-parto, mas também em relação à IU prévia, ou seja, a prevalência de IU antes ou durante a gestação (15,6% e 26,8% entre mulheres com parto normal e cesariana, respectivamente) foi maior que aos 2 (7,8% e 9,8% entre mulheres com parto normal e cesariana, respectivamente) e 6 meses após o parto (4,1% apenas entre mulheres com parto normal).

Estudo transversal verificou que a probabilidade de ocorrer IU no pós-parto aumentou 20 vezes entre as mulheres que manifestaram IU na gestação⁽²⁰⁾. Do mesmo modo, outros estudos verificaram que IU prévia e a multiparidade são fatores de risco para a IU após o parto mais importantes que o tipo de parto, isoladamente⁽³²⁻³³⁾. Além disso, os autores enfatizam a necessidade da prevenção desde o início da gestação até o pós-parto, mediante a realização de exercícios perineais^(5,26,32).

A literatura científica mostra ampla variação na prevalência de IU (14,1 a 68,8%)⁽³³⁻³⁴⁾, embora prevalência semelhante à deste estudo aos 6 meses pós-parto seja observada em outras pesquisas^(20,35). A IU pode também se mostrar persistente, pois estudo de coorte que avaliou primíparas no pós-parto encontrou prevalência de 47% após 12 meses⁽¹⁴⁾. Essas variações justificam-se, de certo modo, por diferenças nos métodos e nas populações estudadas, com características clínicas e obstétricas específicas em cada casuística^(20,29,34).

No estudo atual, houve baixa frequência de IA aos 2 meses pós-parto normal (4,7%), com remissão total aos 6 meses, e nenhum caso de IA pós-cesariana. Contudo, vale mencionar que a perda foi apenas de flatos, e não de fezes. Destaca-se que mais da metade das mulheres com parto normal teve episiotomia ou laceração perineal de segundo grau.

Prevalência maior de IA foi encontrada aos 6 meses de pós-parto em estudo brasileiro, mas com mulheres de paridades variadas (5,5%)⁽²⁰⁾. Em contrapartida, taxas mais elevadas que as do presente estudo foram constatadas em nulíparas, com valores de 16,3% e 17%, aos 3 e 12 meses depois do parto, respectivamente^(4,14). A justificativa provável deve-se ao emprego de definições não padronizadas, à falta de questionamento dos profissionais de saúde e, também, por constrangimento das próprias mulheres, que podem não ter relatado a queixa aos profissionais⁽³⁶⁾.

O presente estudo aponta que a maioria das mulheres havia retornado as relações sexuais 2 meses após o parto e praticamente a totalidade delas aos 6 meses pós-parto. Assim, o retorno à relação sexual não esteve associado ao tipo do parto e sim ao tempo de pós-parto. Esses achados são similares aos de outro estudo, que encontrou diminuição da ocorrência de relação sexual com 12 semanas, tanto após o parto normal, como após a cesariana, sem diferença significativa⁽³⁷⁾. Outro estudo também não encontrou associação entre o retorno das relações sexuais e o tipo de parto⁽³⁸⁾.

Quase a metade das mulheres referiu dispareunia 2 meses após o parto, independentemente do tipo de parto, sendo esse sintoma reduzido para 14,1% aos 6 meses de pós-parto normal e a zero após a cesariana. Estudo de coorte prospectiva concluiu que quase todas as mulheres experimentaram algum tipo de dor durante a relação sexual após o parto. A dispareunia foi relatada por 44,7% das mulheres que retomaram as relações sexuais aos 3 meses pós-parto (431/964), 43,4% das mulheres aos 6 meses pós-parto (496/1144), 33,3/1184 (28,1%) mulheres aos 12 meses pós-parto e 289/1236 (23,4%) mulheres aos 18 meses pós-parto. Das 496 mulheres que relataram dispareunia 6 meses após o parto, um terço (162/496, 32,7%) relatou dispareunia persistente 18 meses após o parto⁽³⁹⁾. Por sua vez, a melhora da dispareunia no decorrer do período pós-parto foi identificada em diferentes estudos^(13,27).

Na literatura, foram encontrados poucos estudos que associam a dispareunia com a FMAP, porém, o conhecimento sobre a dispareunia e seu papel sobre o assoalho pélvico é ainda limitado⁽¹⁴⁾. Alguns autores trazem dados semelhantes aos do presente estudo^(1,13-14,39). Observou-se uma correlação entre a FMAP e a satisfação sexual e a lubrificação, constatando-se que as mulheres que apresentaram maior FMAP possuem melhor função sexual⁽⁴⁰⁾.

Em estudo de coorte prospectiva com 554 mulheres primíparas, concluiu que é comum o comprometimento sexual entre primíparas após o parto vaginal. Aos doze meses pós-parto, mais da metade das mulheres com lacerações de terceiro e quarto grau (174) apresentou queixas de dispareunia, enquanto aquelas sem laceração ou com lacerações de primeiro grau (191) relataram melhores desfechos. Ainda que os problemas sexuais sejam comuns no período puerperal, é importante atentar para essas questões durante a assistência e a avaliação pré e pós-parto, pois a prevenção de lacerações perineais e a identificação precoce das disfunções

sexuais, como a dispareunia, podem minimizar seus efeitos e evitar que as disfunções perdurem além do período puerperal⁽⁴¹⁾.

Vale destacar que, além do IMC, outra a variável de caracterização com diferença significativa entre as mulheres com parto normal e cesariana foi a idade. Porém, dado que não houve diferença significativa para os desfechos FMAP, IU e dispareunia segundo o tipo de parto, a possibilidade de confundimento atribuída a essas variáveis deve ser minimizada.

Limitações do estudo

Consideram-se como limitações a perda de seguimento de muitas mulheres dos 2 aos 6 meses pós-parto e a não utilização de questionários validados, como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)*⁽⁴²⁾ e o *Female Sexual Function Index (FSFI)*⁽⁴³⁾, para investigação das DAP. Outra possível limitação refere-se à falta de informação sobre IA, dispareunia e atividade sexual prévias ao parto. Tais variáveis não fizeram parte no instrumento de coleta de dados do estudo e não puderam ser analisadas na caracterização das mulheres segundo o tipo de parto.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública.

Os resultados deste estudo colaboram com a identificação dos desfechos perineais que podem estar associados com o tipo de parto, com a construção de um perfil da FMAP, bem como fornecem dados para a elaboração de um programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico, buscando a prevenção e a redução de morbidades no trato genitourinário, em especial a IU, a IA e a dispareunia. Favorece aos profissionais atuantes na assistência do ciclo gravídico-puerperal a conscientização de que precisam identificar as mulheres que possuem ou aquelas com predisposição para desenvolver IU, IA e dispareunia, de modo a contribuir com a prevenção ou implementar o tratamento.

CONCLUSÃO

Independentemente do tipo de parto, houve melhora da FMAP, IU e dispareunia, entre 2 e 6 meses após o parto. A IA ocorreu apenas em mulheres com parto normal, com melhora também entre 2 e 6 meses.

REFERÊNCIAS

1. Juliato CRT. Impact of Vaginal Delivery on Pelvic Floor. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2020;42(2):65-6. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709184>
2. Myer ENB, Roem JL, Lovejoy DA, Abernethy MG, Blomquist JL, Handa MD. Longitudinal changes in pelvic floor muscle strength among parous women. Am J Obstet Gynecol. 2018;219(5):482.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.06.003>
3. Zhao Y, Zou L, Xiao M, Tang W, Niu HY, Qiao FY. Effect of different delivery modes on the short-term strength of the pelvic floor muscle in Chinese primipara. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):275. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1918-7>
4. Torrisi G, Minini G, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, et al. A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012;160(1):110-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.10.010>
5. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Geirsson RT, Halldorsson TI, Aspelund T, Bø K. Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence? an assessor-blinded randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(3):247.e1-247.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.011>
6. Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. Sixth International Consultation on Incontinence. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. Neurourol Urodyn. 2018;37(7):2271-2. <https://doi.org/10.1002/nau.23551>
7. Brown S, Gartland D, Perlen S, McDonald E, MacArthur C. Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: a cohort study. BJOG. 2015;122(7):954-62. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12963>
8. Johannessen HH, Stafne SN, Falk RS. Prevalence and predictors of double incontinence 1 year after first delivery. Int Urogynecol J. 2018;29:1529-35. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3577-7>
9. Schei B, Johannessen HH, Rydning A, Sultan A, Mørkved S. Anal incontinence after vaginal delivery or cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;98(1):51-60. <https://doi.org/10.1111/aogs.13463>
10. Dumoulin C, Hay-Smith EJC, Mac Habée-Séguin G, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane Systematic reviews with meta-analysis. Neurourol Urodyn. 2015;34(4):300-8. <https://doi.org/10.1002/nau.22700>
11. Brincat C, Crosby E, McLeod A, Fenner DE. Experiences during the first four years of a postpartum perineal clinic in the USA. Int J Gynaecol Obstet. 2015;128(1):68-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.07.026>
12. Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. JAMA. 2018;320(23):2438-47. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.18315>
13. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post partum: a cohort study. Midwifery. 2016;34:15-20. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.012>
14. Tennfjord MK, Hilde G, Stær-Jensen J, Engh ME, Bø K. Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and after childbirth. Inter Urogynecol J. 2014;25(9):1227-35. <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2373-2>

15. Petricelli CD, Resende APM, Elito Jr J, Araujo Jr E, Alexandre SM, Zanetti MRD, et al. Distensibility and strength of the pelvic floor muscles of women in the third trimester of pregnancy. *BioMed Res Int*. 2014;(3):437867. <https://doi.org/10.1155/2014/437867>
16. Riesco MLG, Costa ASC, Oliveira SMJV, Lopes MHBM. Perineal Muscle Strength During Pregnancy and Postpartum: the Correlation Between Perineometry and Digital Vaginal Palpation. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18:1138-44. <https://doi.org/10.1590/S0104-1169201000600014>
17. Brazález BN, Lacombe MT, Villa P, Sánchez Sánchez B, Prieto Gómez V, Asúnsolo del Barco A, et al. The evaluation of pelvic floor muscle strength in women with pelvic floor dysfunction: a reliability and correlation study. *Neurourol Urodyn*. 2018;37(1):269-77. <https://doi.org/10.1002/nau.23287>
18. Mendes EPB, Oliveira SMJV, Caroci AS, Francisco AA, Oliveira SG, Silva RL. Pelvic floor muscle strength in primiparous women according to the delivery type: cross-sectional study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2758. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0926.2758>
19. Chow SC, Shao J, Wang H. A note on sample size calculation for mean comparisons based on noncentral t-statistics. *J Biopharm Stat*. 2002;12(4):441-56. <https://doi.org/10.1081/BIP-120016229>
20. Zizzi PT, Trevisan KF, Leister N, Cruz CS, Riesco MLG. Women's pelvic floor muscle strength and urinary and anal incontinence after childbirth: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03214. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016209903214>
21. Muraca GM, Liu S, Sabr Y, Lisonkova S, Skoll A, Brant R, et al. Episiotomy use among vaginal deliveries and the association with anal sphincter injury: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ*. 2019;191(42):E1149-58. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190366>
22. D'Souza JC, Monga A, Tincello DG. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries at vaginal birth after caesarean: a retrospective cohort study. *Int Urogynecol J*. 2019;30(2):1747-53. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03978-x>
23. Li H, Wu RF, Qi F, Xiao AM, Ma Z, Hu Y, et al. Postpartum pelvic floor function performance after two different modes of delivery. *Genet Mol Res*. 2015;14(2):2994-3001. <https://doi.org/10.4238/2015.April.10.9>
24. Elenskaia K, Thakar R, Sultan AH, Scheer I, Beggs A. The effect of pregnancy and childbirth on pelvic floor muscle function. *Int Urogynecol J*. 2011;22(11):1421. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1501-5>
25. Riesco MLG, Fernandes-Trevisan K, Leister N, Cruz CDS, Caroci AS, Zanetti MRD. Urinary incontinence related to perineal muscle strength in the first trimester of pregnancy: cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp):32-8. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000600005>
26. Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Hay-Smith EJC. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;12(12):CD007471. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub3>
27. Waqiah N, Lotisna D, Abdullah N. Risk factors for stress urinary incontinence following vaginal and caesarean delivery. *Indones J Obstet Gynecol*. 2019;7(1):49-52. <https://doi.org/10.32771/inajog.v7i1.830>
28. Urbankova I, Grohregin K, Hanacek J, Krcmar M, Feyereisl J, Deprest J, et al. The effect of the first vaginal birth on pelvic floor anatomy and dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2019;30:1689-96. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04044-2>
29. Ludviksdottir I, Hardardottir H, Sigurdardottir T, Ulfarsson GF. Comparison of pelvic floor muscle strength in competition-level athletes and untrained women. *Laeknabladid*. 2018;104(3):133-8. <https://doi.org/10.17992/lbl.2018.03.177>
30. Franco EM, Negre JLL, Parés D, Cerro CR, Tardiu LA, Cuadras D, et al. Anatomic and functional evaluation of the levator ani muscle after an obstetric anal sphincter injury. *Arch of Gynecol Obstet*. 2019;299(4):1001-6. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05070-7>
31. Ulfah M, Novitasari D, Murniati M. Combination of pelvic floor and abdominal muscle exercises to reduce perineum pain in postpartum mothers. *Medisains J*. 2019;17(2):33-7. <https://doi.org/10.30595/medisains.v17i2.5150>
32. Rocha J, Brandão P, Melo A, Torres S, Mota L, Costa F. Assessment of urinary incontinence in pregnancy and postpartum: observational study. *Acta Med Port*. 2017;30(7-8):568-72. <https://doi.org/10.20344/amp.7371>
33. Leroy LS, Lúcio A, Lopes MHBM. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(2):200-7. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000200004>
34. Freitas LM, Bø K, Fernandes ACNL, Uechi N, Duarte TB, Ferreira CHJ. Pelvic floor muscle knowledge and relationship with muscle strength in Brazilian women: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J*. 2019;30(11):1903-9. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3824-y>
35. Valetton CT, Amaral VF. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. *Int Urogynecol J*. 2011;22(7):813-18. <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1365-8>
36. Caroci AS, Riesco MLG, Rocha BMC, Ventura LJ, Oliveira SG. Evaluation of perineal muscle strength in the first trimester of pregnancy. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(6):893-901. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3600.2492>
37. Eid MA, Sayed AM, Abdel-Rehim ZS, Mostafa T. Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *Int J Impot Res*. 2015;27(3):118-20. <https://doi.org/10.1038/ijir.2015.2>
38. Pereira TRC, Dottori EH, Mendonça FMAF, Beleza ACS. Assessment of female sexual function in remote postpartum period: a cross-sectional study. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2018;18(2):289-94. <https://doi.org/10.1591/1806-93042018000200003>
39. McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. *BJOG*. 2015;122(5):672-9. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13263>

40. Martinez CS, Ferreira FV, Castro AA, Gomide LB. Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93(5):497-502. <https://doi.org/10.1111/aogs.12379>
 41. Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2019;16;9(12):e032368. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032368>
 42. Tamanini JTN, Dambros M, D'Ancora CAL, Palma PCR, Netto Jr NR. Validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire: short form (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(3):438-44. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300015>
 43. Pacagnella RC, Vieira EM, Rodrigues Jr OM, Souza C. [Cross-cultural adaptation of the Female Sexual function index]. *Cad Saúde Pública [Internet].* 2008 [cited 2019 Dec 15];24(2):416-26. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/20.pdf>. Portuguese
-