

# IMPACTO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO NA SEXUALIDADE FEMININA

Anita Schertel Cassiano

Sofia Bezerra

Sara Kvitko de Moura

Lucas Schreiner

Thaís Guimarães dos Santos

## UNITERMOS

SEXUALIDADE; MULHERES; INCONTINÊNCIA URINÁRIA; INCONTINÊNCIA FECAL; PROLAPSO GENITAL.

## KEYWORDS

SEXUALITY; WOMEN; URINARY INCONTINENCE; FECAL INCONTINENCE; GENITAL PROLAPSE.

## SUMÁRIO

As disfunções do assoalho pélvico são prevalentes e apresentam íntima relação com a sexualidade feminina. É fundamental a avaliação conjunta destes sistemas, a fim de reduzir morbidade e agregar qualidade de vida e bem estar sexual a estas mulheres.

## SUMMARY

*Pelvic floor dysfunctions are prevalent and have a narrow relation with female sexuality. It's fundamental to have a joint assessment of both systems, in order to decrease morbidity and improve quality of life and sexual well being of these women.*

## INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspecto importante da saúde da mulher, e pode sofrer interferência de problemas físicos, mentais e sociais. Alterações funcionais e anatômicas das estruturas do assoalho pélvico são fontes subdiagnosticadas de morbidade e decréscimo da qualidade de vida e que podem interferir no bem-estar sexual das mulheres<sup>1</sup>.

O assoalho pélvico feminino é constituído pelos tecidos conjuntivo, ósseo e muscular, que atuam em conjunto para promover e manter a função fisiológica normal de reto, vagina, uretra e bexiga<sup>2</sup>.

As disfunções do assoalho pélvico acometem aproximadamente um terço da população feminina adulta ao longo da vida<sup>2</sup>. Destas, as mais freqüentes são incontinência urinária (IU) em 16% das mulheres, incontinência fecal (IF) em 9% e o prolapso genital (PG) em 3%. Muitas vezes estas alterações estão associadas, e sua prevalência aumenta com a idade, paridade e obesidade<sup>1</sup>.

As disfunções sexuais podem ser categorizadas em: disfunções de desejo, disfunções de excitação, disfunções de orgasmo ou disfunções dolorosas<sup>3</sup>. Estima-se uma prevalência de 33% a 43% de queixas sexuais entre mulheres em idade reprodutiva<sup>2,4</sup>. Uma vez que existe relação estreita entre assoalho pélvico e sexualidade, é muito importante que ambos os sistemas sejam avaliados em conjunto para mulheres que apresentem disfunção do assoalho pélvico ou queixa sexual. Alguns questionários vêm sendo elaborados com este objetivo - avaliação global do assoalho pélvico incluindo aspectos relacionados à sexualidade, como o Female Sexual Function Index (FSFI) e o Pelvic Organ Prolapse (POP)/UI Sexual Questionnaire (PISQ)<sup>4</sup>.

## **INCONTINÊNCIA URINÁRIA E SEXUALIDADE**

A IU consiste na presença de qualquer perda involuntária de urina. Sua severidade pode ser estimada pela quantidade de perdas, pela freqüência do problema e pelo impacto que ela causa na qualidade de vida<sup>5</sup>.

Ela é classificada em (1) incontinência urinária aos esforços (IUE), quando a perda de urina se dá por um aumento na pressão intra-abdominal (tosse, espirros, esforço físico, etc.); (2) incontinência urinária de urgência (IUU), quando a perda está relacionada ao desejo súbito de urinar que não pode ser postergado; e (3) incontinência urinária mista (IUM), quando a perda está relacionada a sintomas de esforço e de urgência<sup>5</sup>.

Estudos mostram maior prevalência do componente de esforço nos casos de IU, especialmente em mulheres adultas jovens<sup>6</sup>. Os fatores de risco para IUE são a idade, parto vaginal, obesidade, constipação, tabagismo, doença respiratória crônica, uso de alfa-bloqueadores e cirurgia pélvica<sup>5</sup>.

A IU diminui a qualidade de vida das pacientes, interferindo, progressivamente, na sua confiança e autoestima. Muitas delas evitam a relação sexual devido à redução da libido, dispareunia e ausência de orgasmo, o que, frequentemente, está relacionado à perda urinária durante o coito<sup>6</sup>.

Em estudo realizado por Hilton et al., 23% das mulheres com IUE experimentavam incontinência coital<sup>7</sup>. Destas, 18% apresentavam sintomas durante a penetração e 5% no momento do orgasmo<sup>6</sup>. Morgan et al., relatam que 11% das pacientes que buscam atendimento uroginecológico apresentam sintomas de incontinência coital, sendo 70% na penetração, 20% ao orgasmo e 11% em ambos<sup>7</sup>. Em suas análises retrospectivas, Handa et al., demonstraram associação entre IU e redução da libido, ressecamento vaginal e dispareunia<sup>2</sup>.

O tratamento para IU é inicialmente conservador, incluindo perda de peso (em mulheres obesas e com sobrepeso), retreinamento vesical e exercícios de Kegel. A cirurgia poderá ser indicada para pacientes que apresentem incontinência aos esforços após falha ao tratamento conservador<sup>8</sup>.

Os principais procedimentos cirúrgicos para IUE são a colposuspensão retropúbica (Burch) e a cirurgia de sling. Poucos estudos controlados avaliam a modificação da função sexual após correção cirúrgica da incontinência urinária. Ela pode melhorar, permanecer inalterada ou, ainda piorar<sup>6,7,9</sup>. Um estudo multicêntrico medindo a função sexual antes e após cirurgia não demonstrou melhora da satisfação sexual, apesar de haver melhora da incontinência nos seis meses de seguimento<sup>8</sup>. Todavia, Thakar et al., e Rogers et al., demonstraram melhora da performance sexual nos primeiros meses do pós-operatório<sup>9</sup>. Logo, o impacto do reparo cirúrgico para IU na satisfação sexual ainda não está completamente esclarecido.

### **INCONTINÊNCIA FECAL (IF) E SEXUALIDADE**

A IF é definida pela perda da habilidade em controlar a saída de flatos, líquidos ou sólidos pelo ânus. Sua fisiopatologia consiste na perda da integridade sensorial e ação muscular, causados pela diminuição da sensibilidade, capacidade e/ou complacência retal, lesão anatômica muscular ou denervação do assoalho pélvico<sup>1</sup>.

Pacientes portadoras de IF evitam relações sexuais devido aos sintomas e emoções negativas associadas à atividade sexual. Elas temem por dispareunia e perda de fezes durante o ato sexual<sup>1,10</sup>.

O tratamento conservador para IF compreende exercícios de Kegel, eletroestimulação e biofeedback. O reparo cirúrgico pode ser realizado através das técnicas de sobreposição de bordas ou plicatura muscular, sendo que ambas técnicas apresentam significativa frequência de incontinência após a cirurgia. Trowbridge et al., relatam que apenas 25% das pacientes permanecem continentemente após a esfínteroplastia<sup>10,11</sup>.

Para a escolha da técnica cirúrgica, o risco de dispareunia pós-operatória deve ser levado em consideração. Pacientes submetidas à esfínteroplastia por sobreposição de bordas estão seis vezes mais sujeitas a queixas de dor no ato sexual<sup>11</sup>, o que pode ser explicado pelo aumento de massa no períneo, fonte de sensibilidade e dificuldade para mobilização do músculo esfíncter anal externo. Trowbridge et al., acreditam ainda que essas pacientes modificam seus valores, conceitos de qualidade de vida e comportamento sexual para lidar com a IF e manter satisfatória sua vida sexual<sup>11</sup>.

## **PROLAPSO GENITAL (PG) E SEXUALIDADE**

O PG corresponde ao deslocamento caudal dos órgãos pélvicos (uretra, bexiga, útero, alças intestinais ou reto) através da vagina, podendo ocorrer em diversos graus<sup>12</sup>.

A distopia é consequência do rompimento do equilíbrio do assoalho pélvico, determinado pelo enfraquecimento dos mecanismos de sustentação e suspensão das estruturas<sup>12</sup>.

O PG de parede anterior corresponde à descida da parede vaginal anterior relacionada a alterações na fáscia endopélvica e seus ligamentos. O PG de parede posterior, por sua vez, é o resultado do enfraquecimento da fáscia retovaginal e dos seus pontos de fixação às margens dos músculos elevadores do ânus. Os sinais e sintomas apresentados por ambos são a sensação de peso ou desconforto na região genital externa e referência a exteriorização de uma “bola” na vagina, sangramento por atrito, dispareunia, dificuldade evacuatória e disfunção sexual<sup>1</sup>.

De acordo com Rogers et al., pacientes com distopia genital e IU queixam-se frequentemente de dispareunia e ressecamento vaginal, além de apresentar *escore PISQ* significativamente reduzido e realizar menos atos sexuais quando comparadas a mulheres sem prolapso<sup>8</sup>.

Handa et al., acreditam que mulheres com prolapso graus III e IV possuem menor capacidade de atingir o orgasmo, e concluem que a função sexual é mais prejudicada em paciente com PG volumoso e sintomático<sup>3,13</sup>.

O tratamento das distopias genitais é geralmente cirúrgico. Tema de pouca informação na literatura, o reparo anterior parece não demonstrar associação a sequelas sexuais pós-operatórias. Por outro lado, a colporrafia posterior - quando associada à plicatura do elevador do ânus - é fortemente associada ao aumento de dispareunia e disfunção sexual<sup>13</sup>.

O prolapso apical está relacionado à falha na suspensão ligamentar do útero, ou cúpula vaginal (em pacientes histerectomizadas). A sacrocolpofixação e a fixação sacroespinhosa são as principais técnicas cirúrgicas para correção desta disfunção. A sacrocolpofixação está relacionada à maior satisfação sexual pós-operatória e por isso deve ser preferida para pacientes que tenham vida sexual ativa<sup>12</sup>.

As telas vaginais para o tratamento dos prolapso genitais tiveram recente redução da sua utilização devido aos efeitos adversos a elas relacionados. Muitas vezes elas podem interferir negativamente na satisfação sexual, uma vez que podem resultar em erosão para a vagina, redução da elasticidade e dor no ato sexual<sup>12</sup>.

## CONCLUSÃO

Os distúrbios do assoalho pélvico estão intimamente relacionados à disfunção sexual, mas poucos estudos associam a avaliação da sexualidade nestas pacientes.

A correção da disfunção do assoalho pélvico muitas vezes está associada à insatisfação sexual pós-operatória, portanto, é fundamental que as técnicas cirúrgicas levem em consideração o bem estar sexual das pacientes, e o desenvolvimento de técnicas que abordem este importante desfecho.

## REFERÊNCIAS

1. Mcnevin MS. Overview of pelvic floor disorders. *Surg Clin N Am*. 2010; 90: 195-205.
2. Handa VL et al. Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapsed. *AJ Obstet Gynecol*. 2004; 191:751-6.
3. Handa VL et al. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol*. 2008 May; 111(5):1045-52.
4. Dalpiaz O et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU international*. 2008; 101:717-21.
5. Haylen BT et al. Na internacional Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J Pelvic floor Dysfunction*. 2010 Jan; 21(1):5-26.
6. Barber MD, Dowsett SA, Mullen KJ, et al. The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women. *Cleve Clin J Med*. 2005 Mar; 72(3):225-32.
7. Achdari C, Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disorders. *Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology*. 2005; 19(6): 993-1008.
8. Rogers GR et al. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapsed? A multicenter prospective study. *AJ Obstet Gynecol*. 2006; 195, e1-e4.
9. Fashokun TOB et al. Sexual activity and function in women with and without pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J*. 2013; 24:91-7.
10. Pauls RN et al. Sexual function following anal sphincteroplasty for fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:618.e1-618.e6.
11. Trowbridge RS et al. Sexual function, quality of life and severity of anal incontinence after anal sphincteroplasty. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Dec; 195(6):1753-7.
12. Schreiner L, dos Santos TG. Prolapso Genital. *Manual de Ginecologia*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009. p. 155-63.
13. Barber MD et al. Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapsed. *Obstet Gynecol*. 2002 Feb; 99(2):281-9.