

Fisioter Bras 2016;17(6):577-84

RELATO DE CASO

Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em profissionais do sexo na cidade de Fortaleza/CE

Assessment of muscle strength of pelvic floor in sex workers in the city of Fortaleza/CE

Maria Mercês Miranda Barbosa de Souza, Ft.*; Thiago Brasileiro de Vasconcelos**, Juliana Lerche Vieira Rocha Pires***, Raimunda Hermelinda Maia Macena****, Vasco Pinheiro Diógenes Bastos*****

*Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza/CE, **Mestrando em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE, ***Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza/CE, ****Enfermeira, Docente da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE, *****Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza/CE

Recebido em 15 de novembro de 2016; aceito em 7 de dezembro de 2016.

Endereço para correspondência: Vasco Pinheiro Diógenes Bastos, Rua Monsenhor Catão, 1200/502, 60175-000 Fortaleza CE, E-mail: vascodiogenes@yahoo.com.br, Maria Mercês Miranda Barbosa de Souza: mamercesdesouza@yahoo.com.br; Thiago Brasileiro de Vasconcelos: thiagobvasconcelos@hotmail.com; Juliana Lerche Vieira Rocha Pires:jharmonia@gmail.com; Raimunda Hermelinda Maia Macena: lindamacena@gmail.com

Resumo

Este estudo teve como objetivo geral avaliar a força muscular do assoalho pélvico nas profissionais do sexo na cidade de Fortaleza/CE. O presente estudo foi realizado no Laboratório de Diagnóstico e Tratamento do Centro Universitário Estácio do Ceará. A amostra foi selecionada a partir das profissionais do sexo cadastradas na Associação das Prostitutas do Ceará, sem fixação de idade e que de forma voluntária aceitaram participar da pesquisa. A amostra constituiu-se de 6 mulheres com média de idade de 33,83 ($\pm 3,03$) anos. Evidenciamos que 100% das profissionais do estudo contraíam a musculatura vaginal de forma simétrica. Durante a avaliação da palpação bidigital 50% da amostra apresentou grau 5 com um tempo médio de contração de 12 ($\pm 2,86$) segundos. Na avaliação utilizando o perineômetro, os valores médios foram: 29,16 \pm 4,16 cm H₂O na contração de repouso; 36 \pm 5,37 cm H₂O contração das fibras tipo I e 45 \pm 6,70 cm H₂O fibras tipo II. Ao se verificar o tempo de contração com o perineômetro, constatou-se que 33% contraíam entre 20 e 30 segundos e 33% \leq a 10 segundos, com média de contração de 19 ($\pm 5,27$) segundos. Concluímos que as profissionais do sexo pesquisadas possuem boa força de contração e sustentação muscular do assoalho pélvico, e isto foi evidenciado tanto pela palpação bidigital como pelo uso do perineômetro, em que a maioria das pesquisadas apresentaram valores condizentes com o padrão de normalidade.

Palavras-chave: diafragma pélvico, avaliação em saúde, profissionais do sexo.

Abstract

This study aimed to assess the muscle strength of the pelvic floor in sex workers at the city of Fortaleza/CE. This study was conducted at the Laboratory for Diagnosis and Treatment Center, University Center Estácio of Ceará. The sample was selected among sex workers registered with the Association of Prostitutes of Ceará, without fixing age and who voluntarily agreed to participate. The sample consisted of 6 women, with a mean of age of 33.83 (± 3.03) years old. It was evidenced that 100% of the professionals contracted the vaginal muscles in a symmetrical way. During assessment by bidigital palpation 50% showed degree 5 and mean time of contraction of 12 (± 2.86) seconds. In the assessment using the perineometer the mean values were 29.16 \pm 4.16 cm H₂O in rest contraction, 36 \pm 5.37 cm H₂O contraction of type I fibers and 45 \pm 6.70 cm H₂O type II fibers. While determining the contraction with the perineometer, we found that: 33% contracted between 20 and 30 seconds and 33% \leq 10 seconds, with a mean contraction of 19 (± 5.27) seconds. We concluded that the sex workers surveyed have adequate force of contraction and support of the pelvic floor muscles, and this was evidenced both by bidigital palpation and perineometer, where majority presented values consistent with the normal pattern.

Key-words: pelvic floor, health evaluation, sex workers.

Introdução

O prazer sexual depende basicamente do atrito entre o pênis e o canal vaginal, gerado pela pressão da musculatura do assoalho pélvico (MAP) sobre o pênis, o que diminui com o passar dos anos. Com essa musculatura enfraquecida, ocorre a diminuição desse atrito, reduzindo, assim, o prazer sexual, tanto da mulher quanto do parceiro [1].

A MAP tem por objetivo realizar a sustentação e suporte dos órgãos internos, principalmente o útero, a bexiga e o reto e proporcionar ação esfinteriana para a uretra, a vagina e o reto, controlando a saída de urina, fezes e gases, além da função sexual, na contração durante o ato, aumentando as sensações vaginais, e permitir a passagem do feto, por ocasião do parto [1-3].

Segundo alguns autores [4-6] aproximadamente 40% das mulheres não executam corretamente a contração do assoalho pélvico, além disso, cerca de 50% das mulheres não procuram auxílio médico, mascarando um problema constrangedor, com perdas involuntárias de urina, gases ou fezes de diversos graus, momentâneas ou não [7-8]. Além da diminuição significativa e progressiva do prazer sexual da mulher, como no caso das profissionais do sexo.

As profissionais do sexo têm como o principal instrumento de trabalho o assoalho pélvico, sendo assim, sofrem um grande risco, pois se tornam expostas a adquirir as doenças sexualmente transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e violência sexual, além de outras patologias tais como: infecções frequentes do trato urinário, corrimento vaginal e retal ocasionados pelo enfraquecimento da MAP [9-10].

A necessidade desse trabalho surgiu no interesse de verificar a força da musculatura do assoalho pélvico em um grupo de profissionais que possui a mesma como instrumento de trabalho. A partir deste estudo as profissionais do sexo poderão conhecer a relação entre atividade sexual e a musculatura do assoalho pélvico, tendo como premissa o favorecimento da conscientização e informação para as mesmas, fase essencial da reeducação perineal.

Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar a força muscular do assoalho pélvico nas profissionais do sexo na cidade de Fortaleza/CE e relacionar a atividade sexual ou prazer ao grau de força da musculatura do assoalho pélvico do grupo de estudo.

Material e métodos

A metodologia do trabalho consistiu em um estudo de casos, de caráter descritivo, exploratório e transversal com estratégia de análise quantitativa dos resultados.

O presente estudo foi realizado na Unidade de Reabilitação dos Distúrbios do Assoalho Pélvico (UREDAPE), projeto de responsabilidade social do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza/CE, durante o período de fevereiro a abril de 2008 conforme aprovação pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Universitário Estácio do Ceará (Protocolo nº: 121/07).

Foram incluídas as profissionais do sexo com capacidade mental absoluta (compreendiam as perguntas, não apresentaram déficit de memória e não estavam sob efeitos de substâncias psicoativas), sem fixação de idade, raça, escolaridade ou status socioeconômico, as quais apresentaram situação conjugal solteira, cadastradas na Associação das Prostitutas do Ceará (APROCE) e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídas as profissionais do sexo apresentando situação conjugal casada, que tiveram filhos e que não aceitaram participar da pesquisa mediante a recusa da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Além disso, não fizeram parte do estudo as profissionais portadoras de sequelas neurológicas, diabetes, hipertensão, doença do colágeno, fibromialgia, patologias inflamatórias, infecção ginecológica ou urinária, lesões irritativas, escoriações, eritemas ou qualquer ocorrência que interfira direta ou indiretamente na pesquisa.

Inicialmente foi realizada uma visita à APROCE onde foi feita uma escolha aleatória das profissionais do sexo cadastradas nesta associação que se enquadravam nos critérios de inclusão. Em seguida, foi obtido o contato com a população em estudo para fins de esclarecimento dos objetivos da pesquisa e convidá-las a participar da mesma, de forma voluntária, e após terem aprovado sua participação, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi utilizada uma ficha de avaliação que continha espaço para o registro dos dados pessoais, um questionário estruturado com perguntas relacionadas ao assunto desta pesquisa (média de parceiros por dia; presença de prazer sexual durante as relações e orgasmos;

apresenta perda urinária, fecal, flatos; já adquiriu algum tipo de DST; utiliza preservativo para prevenção de DST) e orientação para o exame físico que foi realizado na UREDAPE.

A variável de estudo foi avaliada por meio de exame físico, de inspeção e mensuração da contração dos MAP e da avaliação funcional do assoalho pélvico (AFA) a partir do toque bidigital [11] utilizando a tabela de Oxford (1- esboço de contração muscular não sustentada; 2 - contração muscular de pequena intensidade com sustentação; 3 - presença de contração com pequena elevação da parede vaginal posterior; 4 - contração satisfatória; 5 - contração forte) 1,11 e perineômetro (PERI) de pressão [12-14] marca Peritron™ (Austrália), que avalia a pressão da contração muscular do Assoalho Pélvico (AP) em cmH₂O (0 – não há indicação numérica; 1 – contração leve, com indicação numérica nos intervalos de 1,6 a 16,0 cm H₂O; 2 – contração moderada, não sustentada por seis segundos, nos intervalos de 17,6 a 32,0 cmH₂O e 3 – contração normal sustentada por seis segundos, no intervalo de 33,6 a 46,4 cm H₂O).

A aferição da força muscular do assoalho pélvico foi realizada em salas individuais, na posição ginecológica adaptada para o teste, obedecendo à padronização (decúbito dorsal, quadris abduzidos, joelhos fletidos e pés apoiados). A examinadora introduziu os dedos indicador e maior na genitália da paciente, solicitando que contraísse e relaxasse e, após um breve repouso, mantivesse a contração da vagina ao redor dos dedos da examinadora, evitando contrair a musculatura glútea, abdominal e anal, até seis segundos [15,16].

Para coleta dos dados quantitativos foi seguido o protocolo de Beuttenmüller *et al.* [3]: Decorridos cinco minutos, foram colhidos os dados relacionados ao tônus e à pressão da contração muscular do AP através de um perineômetro, introduzindo-se uma sonda intracavitária vaginal recoberta por preservativo não lubrificado. Inicialmente, o aparelho registrava pressão aproximada de 10 cmH₂O para mensurar tônus de repouso; em seguida, a pressão foi zerada, e aumentada a superfície de contato do MAP, com intuito de melhor reproduzir a variação entre o estado de repouso e a contração. Após este procedimento o aparelho foi zerado, estando apto para o início do teste. Foram avaliadas tanto as fibras de contração rápida (Fibras II) quanto a lenta (Fibras I) para ambos os testes.

Os dados foram submetidos à estatística inferencial através do programa SigmaPlot versão 11.0.

Resultados

A amostra foi constituída por seis mulheres, estado civil solteira, sendo 50% (n = 3) de cor branca e 50% (n = 3) de cor morena. As mulheres pertenciam a uma variação da idade de 25 a 43 anos obtendo uma média de 33,83 (\pm 3,32) anos, exercendo exclusivamente a atividade de profissional do sexo.

Quando questionadas sobre o tempo de profissão foi evidenciado que o tempo médio de trabalho foi de 13,33 (\pm 2,82) anos de serviço. Em relação à presença de DST's, todas as profissionais que compuseram a amostra afirmaram que nunca haviam sido acometidas por estas intercorrências. Quanto à utilização de preservativo masculino 67% (n = 4) das mulheres questionadas responderam que sempre utilizavam o mesmo desde que houvesse o consentimento do parceiro, enquanto que 33% (n = 2) disseram que às vezes utilizam.

Ao serem interrogadas sobre a presença de orgasmo durante as relações sexuais encontramos que 83% (n = 5) afirmaram sentir orgasmo, em relação ao prazer sexual durante as relações 50% (n = 3) da amostra afirmaram que sentiam prazer e 50% (n = 3) sentiam prazer às vezes.

Em relação à perda urinária, fecal e flatos intestinal/vaginal um percentual de 33% (n = 2) afirmaram que possuem, sendo apenas perda de flatos vaginal em determinadas posições sexuais e 67% (n = 4) destacaram que não havia nenhum outro tipo de perda.

Durante a entrevista foram feitas algumas considerações pelas profissionais nas quais se destacou que todas as entrevistadas realizam acompanhamento ginecológico, 33% (n = 2) afirmaram sentir prazer com parceiro carinhoso, a mesma proporção afirmou que sentiam prazer com o primeiro cliente (Tabela I).

Tabela I - Distribuição dos dados de acordo com as considerações realizadas pela amostra.

Considerações realizadas pela amostra	N	F
Prazer com parceiro carinhoso	2	33%
Prazer com o 1º cliente	2	33%
Acompanhamento ginecológico	6	100%
Libido alta	1	17%
Prazer quando atraída	1	17%

N = Número de sujeitos e F = Frequência relativa.

Durante o exame de inspeção no grupo em estudo foi evidenciado que 100% (n = 6) da amostra não apresentaram alterações como aderência, sensibilidade, cicatrizes internas, dores na região e distopias na vagina. Ao serem examinadas em relação à contração voluntária, 100% (n = 6) das profissionais do estudo contraíam a musculatura vaginal de forma simétrica.

Durante a avaliação da palpação bidigital 50% (n = 3) da amostra apresentou grau 5, enquanto que 33% (n = 2) grau 3 e 17% (n = 1) realizou contração classificada como grau 2.

Quanto ao tempo de contração na palpação bidigital foi bem diversificado sendo agrupado em intervalos de tempo: ≥ 20 segundos, entre 11 e 19 segundos e ≤ 10 segundos, obtendo-se um tempo médio de contração de 11,66 ($\pm 3,13$) segundos (Tabela II).

Tabela II - Distribuição dos dados de acordo com o tempo de contração na palpação bidigital.

Tempo de contração	N	F
≥ 20 seg	1	17%
11 a 19 seg	2	33%
≤ 10 seg	3	50%

Seg = segundos, N = Número de sujeitos e F = Frequência relativa.

Na tabela III estão relacionados os dados mensurados com o perineômetro na contração de repouso e nas contrações das fibras Tipo I e II. Os parâmetros foram divididos em: ≥ 40 cmH₂O, entre 31 e 39 cmH₂O e ≤ 30 cmH₂O. Os valores médios de contração foram: 29,16 \pm 4,16 cmH₂O no repouso; 36 \pm 5,37 cmH₂O fibras tipo I e 45 \pm 6,70 cmH₂O fibras tipo II. A comparação entre os grupos não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Tabela III - Distribuição dos dados de acordo com o nível de contração de repouso, fibras tipo I e II através do uso do aparelho perineômetro.

Força de contração	Repouso N(F)	Tipo I N(F)	Tipo II N(F)
≥ 40 cm H ₂ O	1 (17%)	3 (50%)	4 (67%)
31–39 cm H ₂ O	3 (50%)	1 (17%)	-
≤ 30 cm H ₂ O	2 (33%)	2 (33%)	2 (33%)

N = Número de sujeitos e F = Frequência relativa.

Ao se verificar o tempo de contração com o perineômetro, dividimos os intervalos em: contração sustentada ≥ 30 a segundos; entre 20 e 30 segundos; entre 10 e 20 segundos e ≤ 10 segundos; obtendo-se um tempo médio de contração de 19 ($\pm 5,76$) segundos (Tabela IV).

Tabela IV - Distribuição dos dados de acordo com o tempo de contração utilizando o aparelho perineômetro.

Tempo de contração	N	F
≥ 30 seg	2	33%
20 – 29 seg	1	17%
11 – 19 seg	1	17%
≤ 10 seg	2	33%

Seg = segundos, N = Número de sujeitos e F = Frequência relativa.

Relacionado à verificação de contração sinérgica, evidenciou-se sua ausência em 67% (n = 4) da população de estudo, 17% (n = 1) utilizaram a musculatura abdominal adicionado com apneia no momento da contração e 17% (n = 1) fez uso da musculatura abdominal com auxílio de adutores, glúteos e apresentou apneia.

Quanto ao questionamento da compreensão dos exercícios perineais 33% (n = 2) das profissionais apresentaram uma classificação boa e 67% (n = 4) uma classificação ótima de compreensão.

Discussão

A população estudada foi classificada como sendo adultas jovens, que exercem exclusivamente a atividade de profissional do sexo, com diversidade no número de parceiros por dia, estando, portanto, sujeitas diariamente a disfunções sexuais pela quantidade elevada de parceiros, no entanto, não foram observadas alterações na força de contração dos MAP nas voluntárias pesquisadas.

Apesar de o presente estudo ter sido de extrema importância para as profissionais do sexo, houve muita dificuldade quanto à aceitação das mesmas, principalmente pelo motivo da falta de conhecimento sobre o assunto em estudo, já que a musculatura do assoalho pélvico é o seu principal instrumento de trabalho. Ao realizarem o exame físico, passariam a ter uma noção básica sobre anatomia e funcionalidade do corpo humano, além de prevenir o surgimento de patologias futuras e melhora do desempenho sexual.

Outro ponto importante não abordado no presente estudo foi relação entre idade, paridade, tipos de via de parto, biótipo e sedentarismo, pois são alguns fatores que podem influenciar a contração muscular do assoalho pélvico [2].

É importante destacar que as mulheres pesquisadas nunca possuíram DST, porém, em relação à utilização de preservativo masculino, 67% das mulheres questionadas responderam que sempre utilizavam o mesmo desde que houvesse o consentimento do parceiro. Os dados apresentados por Oliveira *et al.* [17] vêm ao encontro do presente estudo, pois o preservativo masculino é utilizado como um método de prevenção de DST/Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e proteção anticoncepcional, no entanto, os autores destacam que existe uma limitação desse método para as mulheres nas quais muitas encontram-se na dependência do uso pelo parceiro, afetando o direito de livre escolha quando o mesmo não aceita utilizá-lo.

Oltamari e Camargo [9] acrescentam que a incidência do HIV está aumentando no sexo feminino e que as profissionais do sexo apresentam características próprias que necessitam de maiores cuidados, devido a falta de acesso à rede de atendimento social, bem como pela exclusão na qual as mesmas se encontram.

Nesse contexto Benzaken *et al.* [18], que realizaram um estudo com as profissionais do sexo no município de Manacapuru/AM, afirmaram que a prevalência de DST é elevada (42,9%) nessa população, entretanto, esse achado pode ser explicado pela idade precoce da sua população, pois ocorreu uma variação de 12 a 54 anos, sendo assim, é sabido que as adolescentes são mais vulneráveis para adquirir DST em comparação com as mulheres mais maduras.

Em relação à sensação de orgasmo, a grande maioria das profissionais do sexo pesquisadas afirmou que sentem orgasmo durante as relações sexuais, já em relação ao prazer sexual, essa afirmação ficou dividida, metade afirmou que normalmente sente e a outra metade afirmou que somente às vezes sente prazer, e que o parceiro muitas vezes influencia na sensação de prazer. Fato esse destacado por Menezes e Brito [19] quando afirmam que a experiência do prazer sexual é muito variada no universo feminino podendo vir ou não

acompanhada pelo orgasmo, ou seja, a mulher para ter sensações privadas de prazer sexual não necessariamente deverá experimentar um orgasmo durante a relação sexual.

Todavia, Moreno [20] afirma que o orgasmo é um clímax, um estado de graça, o qual pode ser atingido após momentos de trocas afetivo-sexuais. Tem início no cérebro e, para consegui-lo, a mulher precisa de uma forte excitação e também de um desejo de se entregar a essas sensações e ao parceiro. Para Medeiros, Braz e Brongholi [21], as mulheres possuem sexualidade mais difusa, uma vivência mais espiritual e sensualidade maior que a genitalidade, entretanto, os homens possuem sexualidade mais focalizada na genital e uma vivência mais objetiva.

Uma pequena parcela da amostra estudada afirmou perceber flatos vaginais em determinadas posições sexuais, indo ao encontro dos dados apresentados por Frade *et al.* [22], quando os mesmos destacam que os flatos vaginais são gases que saem da vagina durante uma relação sexual e, dependendo da posição do casal, há uma entrada maior de ar ocorrendo na penetração um barulho parecido com o de ar comprimido. Isso acontece apenas em um número reduzido de mulheres que apresenta maior tendência a produzir os sons.

Na avaliação funcional do assoalho pélvico, todas as pesquisadas contraíam a musculatura vaginal de forma simétrica com um tempo médio de contração de aproximadamente 12 segundos, e apenas uma das profissionais apresentou a contração classificada como sendo de grau 2.

Medeiros *et al.* [21] e Baracho [1] destacam que para que um estímulo efetivo, que pode ser tátil, visual, olfativo ou psíquico, seja realmente adequado para a resposta sexual, a pessoa deve percebê-lo como sendo bom e positivo e, havendo condições adequadas, a mesma decorrerá desse estímulo.

Frade *et al.* [22] acrescentam que a palpação bidigital é um método simples e barato, tendo por função em primeiro momento uma observação das paredes vaginais e a integridade dos músculos do assoalho pélvico onde é verificado a simetria, presença de cicatrizes, áreas atroficas ou lacerações, além de avaliar a força e a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico que dependem da contração muscular voluntária e da cooperação da paciente, sendo necessário um conhecimento do terapeuta.

Em relação à contração avaliada através do perineômetro, foi constatado nas profissionais que existe uma maior predominância de força muscular das fibras tipo II, entretanto, não foi observada diferenças estatísticas na força de contração muscular entre os grupos repouso, fibras tipo I e tipo II.

Oliveira [23] e Baracho [1] afirmam que o trabalho com as fibras musculares tipo I consiste na manutenção das contrações. Essas fibras caracterizam-se por tônicas, resistentes e de pouca fatigabilidade, possibilitando a medição da resistência, sendo realizada uma contração mantida durante 10 a 20 segundos, com um tempo de repouso de mesma duração. Baracho [1] acrescenta que o trabalho das fibras musculares tipo II é realizado através de contrações isoladas, pois são fibras potentes, mas que realizam contrações breves, possuindo pouca resistência e grande fatigabilidade podendo-se quantificar o valor dessas contrações utilizando contrações musculares rápidas e breves de 2 a 3 segundos, com um tempo de repouso duas vezes maior do que o tempo de trabalho.

Bianco e Braz [24] destacam que a força perineal mensurada através do cone, perineômetro e do toque bidigital são equivalentes, e ainda acrescentam que são métodos complementares eficazes como instrumentos de avaliação.

Segundo Arruda *et al.* [25], o biofeedback de pressão, ou seja, o perineômetro é um aparelho utilizado para medir a intensidade das contrações da musculatura do assoalho pélvico, fazendo com que a paciente possa observar com precisão e evolução a sua capacidade de contração de acordo com os parâmetros normais ou não. Possui a funcionalidade de exercitar a musculatura vaginal além de outros benefícios para o assoalho pélvico.

Corroborando os dados do presente estudo, Bianco e Braz [24] afirmam que existe uma correlação entre um bom desenvolvimento muscular e a intensidade orgásmica. Mulheres com uma pressão vaginal menor que 30 mmHg podem apresentar disfunção sexual, o que não foi observado nas profissionais do sexo avaliadas no presente estudo. Os mesmos autores destacam que a questão sexual desempenha um papel fundamental na saúde e qualidade de vida tanto para o sexo feminino como para o masculino.

A especialidade Fisioterapia Urogineco-Funcional tem como premissa a prevenção, detecção e tratamento das disfunções dos MAP [26]. Diversos estudos [3,14,27-30] comprovam a eficácia do treinamento funcional dos MAP, na promoção da percepção e consciência corporal da região pélvica, tonicidade e força muscular, prevenindo, portanto, os

problemas que surgem com o enfraquecimento destes músculos, tendo influência direta na melhora da qualidade de vida.

É necessária a avaliação, detecção precoce e tratamento das disfunções sexuais, pois elas interferem diretamente na qualidade de vida, prazer sexual e socialização. Apesar de serem bastante conhecidas, muitas disfunções deixam de ser diagnosticadas, ou por inibição da paciente, que se sente constrangida e não apresenta a queixa, ou pelo profissional que não as investiga [31].

Sugere-se a elaboração de estudos com número maior de sujeitos, delineamento longitudinal como forma de aprofundar as investigações acerca da influência da profissão na musculatura do assoalho pélvico.

Conclusão

O estudo demonstrou que as profissionais do sexo pesquisadas possuem boa força de contração e sustentação muscular do assoalho pélvico, e isto foi evidenciado tanto pela palpção bidigital como pelo uso do perineômetro, apresentando, a maioria das pesquisadas, valores condizentes com o padrão de normalidade.

Referências

1. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
2. Andreazza EI, Serra E. A influência do método Pilates no fortalecimento do assoalho pélvico [Monografia]. Cascavel: Faculdade Assis Gurgacz; 2008. 19 p.
3. Beuttenmüller L, Cader AS, Macena RHM, Araujo NS, Nunes ÉFC, Dantas EHM. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioter Pesqui* 2011;18(3):210-16.
4. Sherburn M, Bird M, Carey M, Bø K, Galea MP. Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2011;30:317-24.
5. Koch LH. Help-seeking behaviours of women with urinary incontinence: An integrative literature review. *J Midwifery Womens Health* 2006;51:39-44.
6. Oldham J, Herbert J, McBride K. Evaluation of a new disposable "tampon like" electrostimulation technology (Pelviva®) for the treatment of urinary incontinence in women: a 12-week single blind randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn* 2013;32(5):460-6.
7. Moreira ECH. Valor da avaliação propedêutica objetiva e subjetiva no diagnóstico da incontinência urinária feminina: correlação com a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000;22(9):597.
8. Bezerra LRPS, Oliveira E, Bortolini MAT, Hamerski MG, Baracat EC, Sartori MGF et al. Comparação entre as terminologias padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o prolapso pélvico feminino. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004;26(6):441-7.
9. Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. *Estud Psicol* 2004;9(2):317-23.
10. Girão MJBC, Bortolini MAT, Castro RA. In: Moreno AL, ed. *Fisioterapia em uroginecologia*. São Paulo: Manole; 2004.
11. Oliveira IM, Carvalho VCP. Pelvic organ prolapse: etiology, diagnosing and conservative treatment, a bibliographic survey. *Femina* 2006;35(5):285-94.
12. Neumann PB, Grimmer KA, Deenadayalan Y. Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. *BMC Womens Health* 2006;6:11.
13. Rett MT. Incontinência urinária de esforço no mecnome: tratamento com exercícios do assoalho pélvico associados ao biofeedback eletromiográfico [Dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas; 2004.

14. Diniz MF, Vasconcelos TB, Pires JLVR, Nogueira MM, Arcanjo GN. Assessment of the strength of the pelvic floor musculature in women who practice Mat Pilates. *MTP & Rehab Journal* 2014;12:406-20.
15. Baracho ELL, Dias RC, Saleme CS, Geo MS, Laranjeira CLS, Lima RSBC. Impacto sobre a quantidade de urina perdida de uma intervenção fisioterapêutica em idosas com incontinência urinária. *Fisioter Pesqui* 2006;13(1):23-9.
16. Diniz MF. Avaliação da força da musculatura do assoalho pélvico em mulheres praticantes de Mat Pilates [Monografia]. Fortaleza: Faculdade Estácio do Ceará; 2011.
17. Oliveira NS, Moura ERF, Guedes TG, Almeida PC. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. *Saude Soc* 2008;17(1):107-16.
18. Benzaken AS, Garcia EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Baixa prevalência de DST em profissionais do sexo no município de Manacapuru – interior do Estado do Amazonas, Brasil. *DST – J Bras Doenças Sex Transm* 2002;14(4):9-12.
19. Menezes ABC, Brito RCS. Reflexão sobre a homossexualidade como subproduto da evolução do prazer. *Psicol Estud* 2007;12(1):133-39.
20. Moreno AL. Fisioterapia em uroginecologia. São Paulo: Manole; 2004.
21. Medeiros MW, Braz MM, Brongholi K. Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina. *Fisioter Bras* 2004;5(3):188-93.
22. Frade AB, Auge APF, Macéa JR, Frade CL, Lunardelli JL, Lemos NLBM et al. Estudo urodinâmico da pressão de perda ao esforço, nas posições ortostática e sentada, em mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007;29(2):91-5.
23. Oliveira C. Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
24. Bianco G, Braz MM. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina [Monografia]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2004.
25. Arruda RM, Sousa GO, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Girão MJBC. Hiperatividade do detrusor: comparação entre oxibutinina, eletroestimulação funcional do assoalho pélvico e exercícios perineais. Estudo randomizado. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007;29(9):452-8.
26. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Reconhece a Fisioterapia Urogineco-Funcional como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Resolução COFFITO nº: 365, Brasília, Diário Oficial da União, nº: 112, Seção 1, página 42, 2009.
27. Ramos AL, Oliveira AAC. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. *Revista Hórus* 2010;4(2):264-75.
28. Tajiri K, Huo M, Maruyama H. Effects of co-contraction of both transverse abdominal muscle and pelvic floor muscle exercises for stress urinary incontinence: A randomized controlled trial. *J Phys Ther Sci* 2014;26(8):1161-3.
29. Pauls RN, Crisp CC, Novicki K, Fellner AN, Kleeman SD. Impact of Physical Therapy on quality of life and function after vaginal reconstructive surgery. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2013;19(5):271-7.
30. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. *Rev Bras Fisioter* 2006;10(4):387-92.
31. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clín* 2006;33(3):162-7.