

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO

Angélica Santana Zaurisio

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Letícia de Souza Barcelos

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Sharon Sthephane Araújo Martins

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Paulo Roberto Buzo Junior

Fisioterapeuta – FUNEC; Tecnólogo em Radiologia – UNIP; Especialista em Radiologia Industrial – CETB-RJ; Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O assoalho pélvico tem a função de suporte aos órgãos internos da cavidade pélvica. Existem vários fatores contribuintes para a disfunção do assoalho pélvico, tais como a gravidez, o parto, envelhecimento e menopausa. É possível se notar grandes melhoras com a prática dos exercícios mencionados tanto para prevenção como em disfunções já instaladas. Para a realização deste trabalho, foram usados meios de pesquisas, como SCIELO, GOOGLE SCHOLAR e livros disponibilizados pelas Faculdades Integradas de Três Lagoas – AEMS. O objetivo deste trabalho é conscientizar e apresentar exercícios a serem realizados para o fortalecimento do assoalho pélvico, visando mostrar qual o motivo de não haver hábitos de trabalhar o fortalecimento desses músculos, pois se não há fortalecimento do mesmo, pode gerar situações de sobrecarga e ocasionar múltiplos problemas, tais como incontinência urinária, dor e disfunção sexual.

Palavra Chave: assoalho pélvico; disfunção sexual; fortalecimento assoalho pélvico.

INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico (AP) forma o suporte inferior da cavidade abdômino-pélvica. Suas funções são: auxílio no aumento da pressão intra-abdominal, suporte aos órgãos abdominais e pélvicos, manutenção da continência urinária e fecal, funciona em atividades reprodutivas (KISNER; COLBY, 2005).

As disfunções do assoalho pélvico são incontinência urinária, disfunção sexual, prolapso, dor. Estas disfunções podem ser causadas por vários fatores como envelhecimento, gravidez, o parto, aumento do peso, menopausa (FRANCESCHET et al., 2009).

Para a avaliação da força muscular do assoalho pélvico realizam-se testes específicos, como palpação, cones vaginais e eletromiografia. Dentre estes, a palpação é classificada como um dos recursos mais utilizados, sendo fácil de usar e de baixo custo benefício. Os procedimentos fisioterapêuticos podem auxiliar no tratamento de tais disfunções por fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e prevenção de futuros problemas. Utilizam-se recursos como cinesioterapia e *biofeedback* para fortalecer esses músculos (FRANCESCHET, 2009).

A cinesioterapia é a terapia realizada através de todo e qualquer movimento com objetivo de ganho ou aumento de força da região afetada. O *biofeedback* é um recurso utilizado com cones vaginais, com o objetivo de fortalecer e identificar qual o cone adequado entre o ativo e passivo a ser utilizado pelo paciente. (LOPES; AVEZUM, 2007).

2 METODOLOGIA

O fortalecimento do assoalho pélvico é de grande importância para a prevenção e tratamento das disfunções instaladas. A fisioterapia tem sido cada vez mais requisitada para fazer tais intervenções. Foi realizado um estudo bibliográfico abordando a importância do fortalecimento da musculatura pélvica e as disfunções que acometem mulheres. A metodologia consistiu uma pesquisa de artigos científicos, realizada no período de março a maio de 2016, utilizando as palavras-chave: assoalho pélvico; disfunção; fortalecimento. Foram usados meios de pesquisas como SCIELO, GOOGLE SCHOLAR e livros.

3 MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO (AP)

O assoalho pélvico é o conjunto das partes moles da sua composição músculo esquelética, cuja função é dar sustentabilidade aos órgãos pélvicos, sendo que a única musculatura transversal é capaz de sustentar carga (DALLEY; AGUR, 2006).

Dentre os músculos presentes no AP, incluem-se o obturador interno, o piriforme e o levantador do ânus.

O obturador interno gira a coxa lateralmente e ajuda a manter a cabeça do fêmur no acetábulo. O piriforme gira a coxa lateralmente abduz a coxa, ajuda a

manter a cabeça do fêmur no acetábulo. O levantador do ânus (pubococcígeo, poboretal, iliococcígeo) e o coccígeo formam o diafragma da pelve, ajudam a suportar as vísceras pélvicas e resistem aos aumentos na pressão intra-abdominal (DALLEY; AGUR, 2006).

Na musculatura do períneo, o diafragma urogenital é encontrado profundamente nos genitais externos e é formado pelos músculos transverso profundo do períneo e esfíncter externo da uretra enquanto o diafragma da pelve se encontra nas vísceras internas. Juntos, esses músculos proporcionam sustentabilidade das vísceras e auxiliam na defecação. Inferior ao diafragma localizam-se os músculos do períneo, dentre ele consiste os músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso e transverso superficial do períneo. Estes músculos possuem diferenças em ambos os gêneros, nas mulheres estes músculos estão separados óstio da vagina que eles constroem quando se contraem. O músculo isquiocavernoso se insere no arco púbico e ramos do clitóris, e auxilia a ereção do clitóris durante a excitação sexual (VAN DE GRAFF, 2003).

3.1 Características da Pelve Feminina

Estrutura geral - Fina e leve; Pelve maior – Rasa; Pelve menor - Larga e rasa; Abertura superior da pelve - Oval e arredondada; Abertura inferior da pelve - Comparativamente grande; Arco púbico e ângulo subpúbico – Amplo; Forame obturado – Oval; Acetábulo – Pequeno (DALLEY; AGUR, 2006).

3.2 Artérias da Pelve Feminina

Ovárica, retal superior, sacral mediana, ilíaca interna, umbilical, vesical superior, obturatória, uterina, vaginal, pudenda interna, retal media, glútea inferior, iliolumbar, sacral lateral, glútea superior (DALLEY; AGUR, 2006).

3.3 Assoalho Pélvico

O assoalho pélvico é formado pela porção da cavidade abdominopélvica, sua força refere-se ao grau de contração máxima, com o maior número de fibras.

A tuboterina e o ovário normalmente se situam contra a parede lateral da pelve. O útero é inclinado sobre si mesmo na junção do corpo e colo; o colo, abrindo-se na parede anterior da vagina, possui um lado anterior, curto, arredondado, e um lado posterior, fino e longo. A uretra, a vagina e o reto são paralelos entre si e à

margem pélvica da abertura superior da pelve; o útero esta aproximadamente em ângulos retos com essas estruturas quando a bexiga está vazia (DALLEY; AGUR, 2006, 224).

3.3.1 Funções do Assoalho Pélvico

Suporte aos órgãos pélvicos; Ajuda a controlar o esfíncter do intestino e da bexiga; Auxilia no suporte da pressão intra-abdominal; Auxilia nas atividades sexuais e reprodutivas; (KISNER; COLBY, 2005).

4 DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO – FATORES CONTRIBUINTES

Sabe se que as queixas da disfunção do assoalho pélvico são mais frequentes durante toda a vida da mulher, como gravidez, o parto, menopausa, aumento de peso, envelhecimento, alguns casos psicológicos e o mais apontado que seria a idade (FRANCESCHET et al., 2009).

4.1 Causas

O não fortalecimento do assoalho pélvico pode gerar em situações de sobrecarga a diminuição da capacidade de contrações musculares satisfatória, problemas de incontinência urinária e disfunção sexual (KISNER; COLBY, 2005).

4.2 Classificação Geral

Prolapso é a descoordenação que ocorre na estrutura, devido aos déficits musculares e ligamentares e o aumento da pressão abdominal (KISNER; COLBY, 2005).

5 INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A incontinência urinária é conceituada como toda condição na qual ocorra perda involuntária de urina e que cause problema social ou higiênico a mulher (SOUZA et al., 2009).

5.1 Incontinência Urinaria e suas Classificações

Incontinência urinária de urgência (IUU): Perda involuntária de urina, acompanhada ou precedida de urgência miccional;

Incontinência urinaria de esforço (IUE): Quando há uma força excessiva do fechamento uretral;

Incontinência urinaria mista (IUN): Quando ocorre a junção dos sintomas acima; (SOUZA et al., 2009).

5.2 Dor/Hipertonía

Pode estar relacionada ao atraso da regeneração das lacerações perineais, às aderências do tecido cicatricial ou ao espasmo generalizado através dos tecidos do assoalho pélvico. As limitações funcionais incluem dispareunia (dor durante as relações sexuais) e dificuldades com a defecação (KISNER; COLBY, 2005).

5.3 Disfunção Sexual

Mulheres que são diagnosticadas com disfunção sexual possuem transtorno de desejo, excitação, orgástico e dispareunia (PIASSAROLLI et al., 2010)

6 A IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÕES

A reabilitação fisioterápica tem importante potencial no tratamento, com o objetivo de fortalecer os músculos do assoalho pélvico, prevenindo o surgimento de futura incontinência, ou outros problemas relacionados à disfunção do assoalho pélvico (PIASSOROLLI et al., 2010).

6.1 A Importância do Fortalecimento dos Músculos do Assoalho Pélvico

O fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, tem como ganho o aumento da força do músculo que se insere no corpo cavernoso do clitóris, auxiliando assim na excitação, orgasmo e na lubrificação vaginal. Além disso, há melhoras significativas na prevenção e tratamento da incontinência urinária, também auxiliando na hora do parto (PIASSOROLLI et al., 2010).

6.2 Testes Realizados para Avaliação de Força do Assoalho Pélvico

Os testes para avaliação da força e resistência da musculatura do assoalho pélvico são parte integrante do exame físico, e de extrema importância, visto que não é fácil contrair o assoalho pélvico. Estima-se que de 30-50% das mulheres são incapazes de contrair corretamente esse grupo muscular. Dentre os testes adotados

para avaliar a musculatura do assoalho pélvico destaca-se a eletromiografia, o estudo histomorfológico por biópsia muscular ou avaliação clínica e da palpação bidigital vaginal, perineômetro e cones vaginais. A exploração vaginal por meio da palpação bidigital é o método simples, que não requer instrumentação e pode fornecer dados quantitativos acerca de força e da resistência muscular apresentada pela paciente durante a contração da musculatura do assoalho pélvico (SOUZA et al., 2009).

O teste manual da musculatura é um dos mais realizados para avaliar a contração do músculo do assoalho pélvico (SOUZA et al., 2009).

6.3 Exercícios para Fortalecimento do Assoalho Pélvico

A cinesioterapia é a terapia realizada através de todo e qualquer movimento com objetivo de ganho ou aumento de força da região afetada.

Posição do paciente e procedimento; o posicionamento assistido pela gravidade (quadril mais altos que o coração como em uma ponte com suporte ou apoiada nos cotovelos, barras e joelhos) pode ser indicado inicialmente a algumas mulheres com extrema fraqueza e déficits proprioceptivos. As mudanças de posição são introduzidas a medida que a força e a percepção melhora (decúbito dorsal, lateral, quadrupeda, sentado, em pé). Não é provável que ocorram ganhos significativos e força durante a gravidez (ANDERSON; BURKE; PEARL, 1996).

Deite-se e eleve o assoalho pélvico aproximando na direção do umbigo e concentre-se na contração do esfíncter em volta da vagina e da uretra. Segure por 2-3 segundos, relaxe e volte a posição de descanso. Faça 2-3 vezes e depois descanse alguns minutos. Quando se sentar para urinar, interrompa várias vezes o fluxo da urina. Conforme for fazendo esse exercício e melhorar cada vez mais seu controle desse músculo, só deixe passar quantidades gradualmente menores de urina. Você está fortalecendo os músculos que sustentam o esfíncter da bexiga e com isso diminui a incontinência pós-paro e o risco de infecções da bexiga.

Pratique contrair e soltar o esfíncter anal. Ao fortalecer os músculos em volta do reto você terá maior controle dos seus intestinos e estará tonificando os músculos do assoalho pélvico inteiro (ANDERSON; BURKE; PEARL, 1996).

O *biofeedback* é um recurso utilizado com cones vaginais, com o objetivo de fortalecer e identificar qual o cone adequado entre o ativo e passivo a ser utilizado pelo paciente. O cone passivo leva a contração involuntária, as fibras musculares

são contraídas de forma lenta com o objetivo de manter o cone na vagina em sua posição original. Um exercício bastante eficaz é o cone ativo, nele o paciente saberá distinguir facilmente na hora de contrair os músculos do assoalho pélvico de forma voluntária (LOPES; AVEZUM, 2007).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um estudo realizado com 153 mulheres com idades entre 58 e 87 anos, foi observado que 69 mulheres elas continentes e 84 incontinentes. Segundos eles a idade é um dos fatores mais importantes, a idade representa o envelhecimento natural das fibras musculares, com isso o assoalho pélvico fica mais propício a disfunções (SOUZA et al., 2009).

De acordo com Franceschet et al. (2009), em pesquisas realizadas com gestantes no segundo e terceiro trimestre de gestação, se observou que mulheres do terceiro trimestre apresentaram contração moderada, e as do segundo trimestre apresentaram contrações moderada a forte, concluindo que as gestantes do segundo trimestre apresentaram melhor função sexual, porém a força de MAP foram iguais.

Segundo Piassaroli et al. (2010), em estudo realizado com mulheres que apresentavam disfunções sexuais como (transtorno de desejo, orgástico, dispareunia e excitação), mostrou a eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico, para o tratamento de tais disfunções. O estudo foi feito com 26 mulheres, onde estas passaram por um treinamento dos músculos do assoalho pélvico em dez sessões de fisioterapia. Ao final do tratamento, do total de mulheres que realizaram, 69% não apresentavam mais queixa de disfunções.

Em outro estudo realizado com 22 idosas que foram diagnosticadas com incontinência urinária de esforço. Elas foram submetidas a um tratamento cinesioterapêutico, sendo realizados por 30 minutos, duas vezes por semana, totalizando 12 sessões. Verificou-se ao final do tratamento, uma melhora na qualidade de vida dessas mulheres (SOUZA et al., 2011).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos a importância e os benefícios que o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico pode nos proporcionar, e que muitos não o pratica por

falta de conhecimento sobre o assunto ou até mesmo desconhecimento sobre a existências desses músculos. São múltiplos os exercícios aplicados para o fortalecimento dos MAP de acordo com a necessidade de cada paciente. O não fortalecimento desses músculos pode acarretar há diversas complicações, por isso devem ser dadas orientações para os pacientes com o intuito de mostrar a importância não só do tratamento, mas também a prevenção.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Bob; BURKE, Ed; PEARL, Bill. Entrando Em Forma. Summus, 1996.

DALLEY, Arthur F; AGUR, Anne M. R. Grant - Atlas de anatomia. Guanabara Koogan, 2006.

FITZ, Fátima Faní; COSTA, Thaís Fonseca; FEITOSA, Suellen Maurin; YUASO, Denise Rodrigues; ALVES, Gabriel Andrade; SARTORI, Marair Gracio Ferreira;

FRANCESCHET, Joseli; SACOMORI, Cinara; CARDOSO, Fernando L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes, 2009.

GIRÃO, Manoel João Batista Castello; CASTRO, Rodrigo Aquino. Qual o índice de massa corporal de mulheres com disfunções dos músculos do assoalho pélvico que procuram tratamento fisioterapêutico?, 2012.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. Exercícios Terapêuticos, Fundamentos e técnicas, 2005.

LOPES, Antonio C; AVEZUM, Alvaro. Diagnóstico e Tratamento - Vol 3. Manole, 2007.

PEREIRA, Vanessa S.; ESCOBAR, Adriana C.; DRIUSSO, Patrícia. Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas com incontinência urinária: uma revisão sistemática. Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 16, n. 6, p. 463-8, nov./dez. 2012.

PIASSAROLLI, Virginia Pianessole; HARDY, Ellen; ANDRADE, Nilva Ferreira; FERREIRA, Neville de Oliveira; Osis, Maria José Duarte. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas, 2010.

RETT, Mariana Tirolli; SIMÕES, José Antonio; HERRMANN, Viviane; MARQUES, Andréa de Andrade; MORAIS, Sirlei Siani. Existe diferença na contratilidade da musculatura do assoalho pélvico feminino em diversas posições?. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(1): 20-3

SOUSA, Juliana Gonçalves; FERREIRA, Vanessa Ribeiro; OLIVEIRA, Ricardo Jacó; CESTARI, Cláudia Elaine. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária, 2011.

SOUZA, Cláudia E. C; LIMA, Ricardo M.; BEZERRA, Lídia M. A.; PEREIRA, Rinaldo W.; MOURA, Talice K.; OLIVEIRA, Ricardo J. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentes e incontinentes na pós menopausa, Rev Bras Fisioter. 2009.

VAN DE GRAFF. Anatomia Humana. Manoele, 2003.