

Importância da propriocepção e consciência muscular no tratamento de disfunções pélvicas

Importance of proprioception and awareness muscle in the treatment of pelvic floor dysfunction

Patricia Rietjens,¹ Simone Leite Magalhães,¹ Maria Aparecida Araújo,¹ Luisa Braga Jorge,² Gustavo F. Sutter Latorre³

RESUMO

A fisioterapia pélvica é fundamental no tratamento adjuvante de disfunções urinárias, anorretais e sexuais de homens, mulheres e crianças. Uma das grandes dificuldades no início do tratamento é a autopercepção ou conhecimento da musculatura do assoalho pélvico. Desse modo, torna-se importante verificar na literatura as técnicas mais utilizadas para este fim, para que profissionais de saúde possam beneficiar os pacientes em tratamentos futuros. Esta revisão descreve as técnicas fisioterapêuticas mais utilizadas e eficazes no estímulo da propriocepção e percepção da musculatura pélvica: toque digital, biofeedback, instrução verbal, cones vaginais e treino propioceptivo. Há destaques para o toque digital, que foi o mais encontrado, e para o biofeedback, que se mostrou mais eficaz. Conclui-se que a fisioterapia pélvica é eficaz no treinamento da propriocepção e consciência muscular; todavia, mais estudos comparando a eficácia das técnicas, utilizadas individualmente ou associadas, serão necessários.

Palavras-chave:

Fisioterapia
Assoalho Pélvico
Percepção
Propriocepção

ABSTRACT

The pelvic physiotherapy is critical in the treatment of urinary, anorectal and sexual dysfunction in men, women and children. One of the great difficulties at the start of treatment is self-awareness or knowledge of the pelvic floor muscles. Thus, it is important to review and update the most widely used techniques for this purpose, so that health care professionals can benefit their patients in future treatments. This review describes the most used and effective physical therapy techniques in stimulating proprioception and perception of pelvic muscles: digital touch, biofeedback, verbal instruction, vaginal cones and proprioceptive training. Emphasis should be given on the digital touch that was the most frequent and biofeedback that was the most effective. It is concluded that pelvic physiotherapy is effective in training proprioception and muscle awareness; however more studies comparing the effectiveness of techniques, used individually or combined are necessary.

Keywords:

Physiotherapy
Pelvic floor
Perception
Proprioception

1. Fisioterapeuta - Universidade de Cuiabá – Cuiabá - Mato Grosso **2.** Fisioterapeuta Pélvica, mestranda em Gerontologia Biomédica - Faculdade PUCRS- Porto Alegre- Rio Grande do Sul. **3.** Fisioterapeuta Pélvico, mestre em Fisioterapia - Faculdade Inspirar - Curitiba – Paraná. **Endereço para correspondência:** Luisa Braga Jorge - Avenida Borges de Medeiros, 2381 - Gramado – RS/ **e-mail:** lbragajorge@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O assoalho pélvico (AP), composto por um conjunto de músculos, possui a função de sustentar órgãos e manter funções fisiológicas como urinar e defecar. Os elevadores do ânus formam o maior e mais forte componente muscular do assoalho pélvico, sendo subdividido em três porções: pubovisceral, puborretal e iliococcígeos.¹

Dos três componentes dos elevadores do ânus, o pubovisceral e o puborretal parecem ser os maiores responsáveis pela pressão de fechamento vaginal e, portanto, pelas alterações clínicas de força e função do assoalho pélvico.² Já a musculatura superficial do assoalho pélvico não parece ter nenhuma ação mecânica significativa no suporte e sustentação dos órgãos pélvicos, estando mais relacionada à função sexual ao tracionarem inferiormente o clitóris ao diminuírem a abertura do vestíbulo urogenital.³

As estruturas sustentadas pelo assoalho pélvico são os órgãos pélvicos, como a bexiga, útero e reto, influenciando ativamente funções específicas. As funções fisiológicas de urinar e defecar são mantidas em funcionamento devido à função da musculatura do assoalho pélvico (MAP).⁴ Diante da fraqueza ou incoordenação da MAP, algumas disfunções podem surgir, dentre as quais têm destaque a incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso genitais e disfunções sexuais. Estas disfunções podem surgir devido a traumas obstétricos, sobrepeso, avanço da idade, questões hormonais ou simplesmente por inconsciência da contração desta musculatura.⁵

Na prática cotidiana, de 30 a 50% das mulheres, mesmo jovens, são incapazes de contrair eficazmente a musculatura do assoalho pélvico quando isso lhes é solicitado, seja por comando verbal ou escrito.⁶ Isso mostra a importância de um programa de conscientização e propriocepção dessa musculatura, visto que a incoordenação também é uma das causas de incontinência urinária (IU) e outras disfunções do assoalho pélvico.⁷

Para prevenção e tratamento de tais distúrbios, surgiu a fisioterapia pélvica, especialidade que trabalha com o assoalho pélvico, incluindo exercícios ativos, uso de dispositivos auxiliares como o biofeedback, cones vaginais e a eletroestimulação. Todos os exercícios visam o reestabelecimento da estática pélvica por meio da reeducação perineal, somado ao ganho na consciência corporal.⁸ Contudo, esta incapacidade de contração do assoalho pélvico por parte de boa parte das mulheres é ponto crítico, especialmente no início do tratamento fisioterapêutico.

Apesar da importância do treinamento proprioceptivo da MAP, parece não haver um consenso aparente a respeito de quais técnicas são as mais utilizadas e quais apresentam real eficácia. Esta revisão examina as diferentes técnicas atualmente propostas na assistência às disfunções pélvicas.

Toque bidigital

O exame é feito com a mulher na chamada posição ginecológica: deitada na maca com as pernas abertas, em que o fisioterapeuta solicita à paciente contrações voluntárias da MAP e após relaxamento, a fim de avaliar se a força é presente ou ausente, e também quantificar esta força. A escala normalmente é mensurada pelo guia Oxford.

Instrução verbal

O biofeedback eletromiográfico, assim como o de pressão, tem um sensor que detecta a atividade elétrica que é liberada pelos músculos quando ocorre a contração. Quando a paciente faz a contração do MAP, esse sinal é detectado pelos sensores na derme, que amplificam a resposta fisiológica e processam esse sinal de forma sonora ou visual. O biofeedback fornece essa resposta, possibilitando uma avaliação direta pelo terapeuta e pela paciente pois é possível, por meio das imagens ou sons, perceber se o movimento está correto ou não.

Cones vaginais

Os dispositivos são de plástico ABS, formato cônico, textura lisa, de mesma forma e volume, e com peso variando de 20 a 100g, características que lhes atribui um número que varia de um a nove.

Nas sessões fisioterápicas, os cones são utilizados em duas fases, a passiva e a ativa. Na passiva, não há contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico, mas é necessário identificar qual é o cone de maior peso que a paciente consegue reter na vagina durante um minuto. Após tal determinação, as pacientes são orientadas, por um curto período de tempo, a deambular, subir e descer escadas etc. Na fase ativa, a paciente, em posição ortostática, com o cone mais pesado que conseguir reter na vagina e com auxílio da contração dos músculos do assoalho pélvico, precisa realizar certo esforço para não deixá-lo cair.

Treino proprioceptivo

A MAP normal deve ter força, resistência, coordenação e propriocepção. Todo músculo possui a capacidade de aumentar sua força, resistência, coordenação e propriocepção por meio

de exercícios. Pode-se melhorar a MAP por exercícios simples de contração e relaxamento, ou com exercícios junto de acessórios.

Os exercícios que trabalhem a consciência da paciente em contrair corretamente e gerar aumento de força chamam-se de treino proprioceptivo.

CONCLUSÃO

As disfunções do assoalho pélvico são problemas prevalentes e com alto impacto sobre a qualidade de vida. A fisioterapia pélvica vem emergindo como opção importante de tratamento destas disfunções. Parcela significativa dos pacientes apresenta problemas de propriocepção ou consciência local da musculatura do assoalho pélvico, sendo o treinamento destas variáveis pontos fundamentais e decisivos no sucesso do tratamento, especialmente em suas fases iniciais.

O toque digital é o método mais utilizado e o biofeedback parece ser o mais eficaz. Conclui-se que a fisioterapia pélvica mostra eficácia no treinamento da propriocepção e consciência da MAP, no entanto, mais estudos comparando a eficácia das técnicas utilizadas, individualmente ou em combinação, são necessários.

REFERÊNCIAS

1. Kearney R, Miller JM, Ashton-Miller JA, Delancey JOL. Obstetric factors associated with levatorani muscle injury after vaginal birth. *Obstet Gynecol.* 2006;107(1):144-9.
2. DeLancey JO, Morgan DM, Fenner DE, Keanery R, Guire K, Miller JM, Hussain H, Umek W, Hsu Y, Ashton-Miller JA. Comparison of Levator Ani Muscle Defects and Function in Women With and Without Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol.* 2007;109(2):295-302.
3. Latorre GFS, Seleme M. Considerations upon the kinesiology of the pelvic floor striated muscles. *International Continence Society 38th Annual Meeting, Cairo, Egito, 2008.*
4. Gouveira PF, Ambrogini CC, Haiddar MA, Silva I, Gouveira PF. Métodos de avaliação do assoalho pélvico. *Grupo editorial Moreira Jr.* 2013;70(6):232-238.
5. Beuttenmuller L, Cader SA, Macena RHM, Araújo NZ, Nunes EFC, Dantas EHM. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioter Pesq.* 2011;18(3):210-6.
6. Pinheiro BDF, Franco GR, Feitosa SM, Yuaso DR, Castro RA, Girão MJBC. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. *Fisioter Mov.* 2012;25(3):639-48.
7. Almeida MBAD, Barra ADA, Figueiredo EMD, Velloso FSB, Silva AL, Monteiro MVC, Rodrigues AM. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. *Rev. Femina.* 2011;39(8).
8. Ramos AL, Oliveira AADC. Incontinência urinária em mulheres no climatério: efeitos dos exercícios de Kegel. *Revista Hórus, 2010;4(2):264-74.*
9. Santos PFD, Oliveira E, Zanetti MRD, Arruda RM, Sartori MGF, Girão MJBC, Castro RA. Eletroestimulação funcional do assoalho pélvico versus terapia com os cones vaginais para o tratamento da incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(9):447-52.
10. Assis TR, Sá ACAM, Amaral WND, Batista EM, Formiga CKMR, Conde DM. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(1):10-5.
11. Fitz FF, Resende APM, Stupp L, Costa TF, Sartori MGF, Girão MJBC, Castro RA. Efeito da adição do biofeedback ao programa de treinamento dos músculos do assoalho pélvico para tratamento da incontinência urinária de esforço. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(11):505-10.
12. Figueiredo EMD, Baracho SM, Vas CT, Sampaio RF. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. *Fisioter Pesq.* 2012;19(2):103-8.
13. Piassarolli VP, Herdy E, Andrade NFD, Ferreira NO, Osis MJD. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(5):234-40.
14. Glisoi SFDN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Clin Med.* 2011;9(6):408-13.
15. Rett M.T, Simões JA, Herrmann V, Gurguel MSC, Moraes SS. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(3):134-40.
16. Haddad JM, Ribeiro RM, Bernardo WM, Abrão MS, Baracat EC. Vaginal cone use in passive and active phases in patients with stress urinary incontinence. *CLINICS* 2011;66(5):785-791.
17. Silva MN, Oliva LMDP. Exercícios de Kegel associados ao uso de cones vaginais no tratamento da incontinência urinária: estudo de caso. *Scientia Medica* 2011;21(4):173-176.
18. Korelo RIG, Kosiba CR, Grecco L, Matos RA. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal associado ou não à orientação da contração do assoalho pélvico, em nulíparas. *Fisioter Mov.* 2011;24(1): 75-85.