

ISSN 2763-9738

# Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Jun 2025 n. 5 v.1



RBFPP



DOI: 10.62115/rbfp.2025.5(1)



**Editorial: O momento de revisar nossas condutas sobre dor genital**

Durante centenas de milhares de anos nossa espécie vem sofrendo com dores genitopélvicas que causam os mais terríveis impactos sobre a qualidade de vida, destruindo vidas, desfazendo famílias, sobrecarregando os sistemas de saúde. Ante tal quadro, desgraçadamente os tratamentos providos pelas ciências da saúde vem mais do que deixando a desejar: a maioria destas dores é considerada pelos profissionais de saúde como crônicas, incuráveis, de modo que as pessoas devam conviver com elas para o resto da vida, recebendo nada mais do que tratamentos paliativos que pouco ou nenhum resultado prático apresentam sobre a lástima em si. Isto tudo porque, durante muito tempo, nosso entendimento a respeito das reais causas das dores genitopélvicas esteve obscurecido pela falta de um simples, porém poderoso entendimento: que elas são causadas por disfunções cinesiológico-funcionais miofasciais.

Considerar uma disfunção como cinesiológico-funcional significa entender que esta pode ser tratada por fisioterapia, ou seja, por meios físicos capazes de melhorar o problema estrutural e assim reabilitar a função impactada. Deste modo, a descoberta de que as dores genitopélvicas têm caráter cinesiológico-funcional é entender que seu tratamento, de fato, reside na Fisioterapia Pélvica – a especialidade que mais cresce no país, mas que, vergonhosamente, ainda hoje não possui especialidade reconhecida pelo sistema que gerencia a fisioterapia no território nacional.

Dentro das disfunções cinesiológico-funcionais, talvez não exista uma mais fisioterapêutica do que as disfunções miofasciais – contraturas musculares ou aderências nos tecidos conectivos. Deste



modo, sendo as dores genitopélvicas causadas por disfunções miofasciais, não poderia ser a fisioterapeuta pélvica – apesar de profissional ainda não reconhecida pelo governo brasileiro – a mais capacitada para o tratamento destas lástimas, que assolam a humanidade desde tempos imemoriais.

A presente edição da RBFP, como vem sendo de sua praxe, traz contribuições importantes para o esclarecimento das causas e tratamento realmente eficazes e eficientes para as dores genitais, capazes de zerarem as dores de todas as pacientes em um mínimo de sessões. Ante estas descobertas, é necessário que cada profissional de saúde atualize não só seu arsenal técnico, mas também o vocabulário: o uso de termos obsoletos como vulvodínia, vaginismo, endometriose e outros, não só ineptos, mas perniciosos às pacientes, devem urgentemente ser abandonados, não somente da literatura técnica, mas, especialmente, da prática clínica e das comunicações com o grande público. É hora de revisar e atualizar nossos termos nas redes sociais, pois o mundo da era da informação parece girar mais rápido do que a maioria de nós está acostumada a esperar. Ter estado errado não é vergonha. Vergonha, é persistir no erro.

**Prof. Dr. Gustavo Latorre**  
Editor Geral da RBFP

### Índice



<b>Editorial</b>	2
<b>Artigos Originais</b>	
Manobra do Ligamento Largo reverte todos os sinais e sintomas da SOP – estudo de caso Lima CBO, Latorre GFS.	5
Disfunções urinárias e qualidade de vida em mulheres após acidente vascular encefálico Lopes J, Carvalho EMB.	19
Fisioterapia pélvica na disfunção anorretal após AVE: estudo qualitativo Lopes J.	29
Manobra do Ligamento Largo tornou assintomática a “endometriose” de mais de 100 mulheres Latorre GFS, Lopes J, Foschera LR, Adame BM, Souza MFV, Barcellos TJT, Almeida BJ, Pless CA, Vasconcelos VS, Machado MP, Bittencourt ICM, Moreno NAS, Cruz CCG, Michel VG, Dallastra CC, Lopes VM, Silva PM, Oliveira LM, Soares A, Santos ASD, Bernardo GC, Agnoletto DF, Lima JG, Lampe ACJ, Pacheco DCS, Escobar MA, Silva LP, Bertol MRS, Andrade SA, Buckel F, Ayala A.	41
Nível de desempenho Sexual em universitários do sul brasileiro Moraes CN, Carriço HRMO, Almeida JVB, Goulart OJ.	53
Incontinência urinária em gestantes usuárias do SUS e variáveis associadas Souza TA, Lupepsa G, Teixeira JL.	62
(Todas?) as dores genitopélvicas são miofasciais e técnicas de liberação miofascial zeram a dor em poucas sessões Latorre GFS, Ayala A, Bittencourt ICM, Parise BM, Silva GGS, Silva PM, Lopes J, Michel VN.	74
	85
<b>Artigos de Revisão</b>	
A influência do método Pilates na preparação para o parto vaginal: revisão integrativa Viégas AFO, Leão CD, Barros LA, Brito NGLL, Bentes RS, Mota SR.	

## Manobra do Ligamento Largo reverte todos os sinais e sintomas da Síndrome dos Ovários Policísticos – estudo de caso



Cinthia Beatriz Oliveira Lima<sup>1</sup> & Gustavo F. Sutter Latorre<sup>2</sup>

### RESUMO

**Submissão:** 25/06/2025

**Aceite:** 30/06/2025

**Publicação:** 30/06/2025

**Panorama:** A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) assola uma em cada dez mulheres, mas o tratamento é medíocre e a patofisiologia desconhecida. **Objetivo:** Descrever os resultados da Manobra do Ligamento Largo (MLL) no tratamento da SOP. **Método:** Estudo de caso de quatro sessões da MLL em uma paciente há seis anos diagnosticada por SOP. **Resultados:** Após quatro sessões de MLL os níveis séricos de estradiol e LH aumentaram significativamente e os cistos cervicais desapareceram ao ultrassom. Em menos de uma semana o fluxo menstrual foi normalizado, houve ovulação comprovada, em um mês o ciclo ovulatório passou a funcionar e desapareceram os sinais hirsutismo, acne, acantose, queda de cabelo, mau controle de peso e labilidade emocional. **Conclusão:** Há evidências de que a SOP seja causada pelo enrijecimento do parênquima ovariano relativo ao encurtamento dos tecidos conectivos adjacentes, dificultando e/ou impedindo a ovulação. A MLL foi eficiente na liberação destes tecidos, restabelecendo a função e regredindo os sintomas da SOP.

### ABSTRACT

**Background:** Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) affects one in ten women, but treatment is poor and the pathophysiology still unknown. **Aims:** To describe the results of the Broad Ligament Maneuver (BLM) in the treatment of PCOS. **Method:** Case report of four BLM sessions in a patient diagnosed with PCOS six years ago. **Results:** After four sessions, serum levels of estradiol and LH increased significantly and cervical cysts disappeared on ultrasound. In less than a week, menstrual flow was normalized, ovulation was confirmed, in one month the ovulatory cycle began to function and the signs of hirsutism, acne, acanthosis, hair loss, poor weight control and emotional lability disappeared. **Conclusion:** There is evidence that PCOS is caused by the stiffening of the ovarian parenchyma related to the shortening of adjacent connective tissues, hindering and/or preventing ovulation. MLL was efficient in releasing these tissues, restoring function and regressing PCOS symptoms.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta Pélvica. Santo André, SP. Beatriz.oliveira793@gmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Medicina, Fisioterapeuta Pélvica. Portal Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil. gustavo@perineo.net

## INTRODUÇÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é considerada a desordem metabólica mais comum para mulheres em idade reprodutiva, acometendo uma em cada dez delas, e isso a partir dos 10 anos de idade<sup>1</sup>. É responsável por um desagradável conjunto de sintomas conhecidos como hiperandrogenismo ou masculinização, caracterizado particularmente por hirsutismo (aumento da quantidade de pelos), acne em excesso e irregularidades menstruais, além de obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares e os impactos emocionais dali decorrentes, como distúrbios da imagem corporal, estresse, ansiedade e depressão<sup>2,3</sup>. Em suma, um pacote detestável para qualquer pessoa.

Estranhamente, para os mais de 400 milhões de mulheres mundialmente acometidas<sup>1</sup> a principal linha de tratamento parece se resumir em estratégias de pouco efeito, como alterações na rotina diária, dieta, atividade física, psicoterapia, melhoria do sono e controle do estresse<sup>2,3</sup>. O tratamento pode consistir ainda da prescrição de anticoncepcionais de forma contínua, numa tentativa de regularizar o ciclo menstrual ao impedir a ovulação<sup>4</sup> nulificando, em contrapartida, também as chances de gravidez. Comumente, estes tratamentos no máximo aliviam alguns sintomas, sem resolver o problema em si<sup>5</sup>. Mas por que o tratamento é tão pobre?

Tratar algo sem conhecer exatamente a causa é tratar sem um diagnóstico preciso, receita certa de fiasco<sup>6</sup>. Assim, é provável que o fracasso no tratamento da SOP possa ser atribuído ao fato de sua patogenia, nos dias de hoje, ainda seguir obscura<sup>3</sup>. Considera-se a condição uma síndrome metabólica<sup>1-5</sup>, afinal, o conjunto dos sintomas, de fato, é compatível a síndromes metabólicas. Mas qual enfim seria a causa desta síndrome metabólica? Qual a ligação dela com os ovários policísticos em si e, ainda mais importante, qual a causa de ovários se tornarem policísticos?

Existem dois fatos, a nós, de particular interesse a respeito da SOP. O primeiro é que, a rigor, ovários policísticos apresentam vários cistos – normalmente cerca de uma dúzia – e, daí o nome da condição em si<sup>7</sup>. O segundo fato é que mulheres com SOP apresentam dificuldade ovulatória, em alguns casos até anovulação crônica<sup>8</sup>. Pois bem. Da combinação destes dois fenômenos, emerge a hipótese de que aqueles cistos, visíveis ao ultrassom, poderiam, em teoria, serem nada mais, nada menos, do que óvulos que não conseguiram se desprender do ovário, jazendo ali, em forma encapsulada, para o resto da vida. Mas o que impediria os óvulos de se desprenderem do seu ovário genitor?

Uma possível causa para o desprendimento destes óvulos pode ser o excesso de aderências nos tecidos conectivos ao redor e dentro deste ovário. A tensão mecânica sobre o parênquima estaria assim aumentada, impedindo o desprendimento do óvulo na data correta. Sem a saída do óvulo não há formação do corpo lúteo<sup>9</sup>, e sem este as taxas de estrogênio e progesterona (hormônios que regulam a testosterona) cairiam violentamente<sup>9</sup>, explicando finalmente o terrível hiperandrogenismo.

Caso confirmada, a hipótese acima pode significar que tratamentos baseados na liberação miofascial dos tecidos conectivos, particularmente manobras profundas visando os tecidos intra e periovarianos, como é o caso da Manobra do Ligamento Largo, poderiam normalizar (abrandar) a consistência do parênquima ovariano, permitindo que a ovulação ocorresse de modo natural e sem restrições, normalizando os ciclos ovulatório e menstrual, permitindo a formação normal de corpos lúteos, reestabelecendo os índices normais de estrogênio e prolactina que normalizariam assim os níveis de testosterona, regredindo finalmente os sintomas metabólicos e desfazendo a síndrome em si. É esta tese, por fim, a geratriz do presente relato.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de caso de dados qualiquantitativos, no qual a autora, fisioterapeuta pélvica e diagnosticada há sete anos (desde os 18 anos de idade) com Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), descreve a experiência própria ao ser tratada com técnicas de liberação miofascial, particularmente quanto aos efeitos sobre os ovários policísticos, bem como sobre a ovulação, menstruação, níveis hormonais e demais sinais e sintomas metabólicos deles advindos, crescimento endometrial e morfologia uterina.

As técnicas utilizadas foram manobras de liberação miofascial de abordagem Latorreana, particularmente a Manobra do Ligamento Largo. Esta é uma manobra de liberação miofascial específica desta Escola, desenvolvida com enfoque sobre os tecidos conectivos pericervicais (ao redor do colo do útero), periuterinos (ao redor do corpo e fundo do útero) e periovarianos (ao redor dos ovários). A técnica combina um posicionamento *sui generis* de mãos, onde a mão dominante é posicionada intravaginalmente, na direção dos ligamentos pericervicais e do ovário homolateral, enquanto a mão não dominante é posicionada externamente acima da região inguinal, dando suporte para os tecidos – tanto as fáscias parietais (externas) quanto as viscerais (internas) – além de promover um

tracionamento efetivo de todos os tecidos subjacentes (figura 1). A Manobra do Ligamento Largo tem as propriedades de mobilizar componentes miofasciais das paredes abdominal e do compartimento abdômino-pélvico, mobilizando fâscias tanto parietais quanto viscerais conforme visualizado por meio de ultrassonografia<sup>10</sup>. Para o presente estudo, no total, foram realizadas quatro sessões de aplicação da Manobra do Ligamento Largo, em dias consecutivos, em sessões de 20 minutos cada.



**FIGURA 1:** Manobra do Ligamento Largo. Uma combinação de mãos posicionadas internamente (dominante) e externamente (não dominante) permite a mobilização tanto dos tecidos musculares e conectivos externos da parede na interface entre as cavidades abdominal e pélvica, quanto os tecidos internos profundos, particularmente fâscias e ligamentos, das regiões periuterina, periovariana e perivesical. **Esquerda:** mão dominante em posição intracavitária. **Direita:** combinação das mãos dominante (interna) e não dominante (externa). ©2022 Latorre.

A comparação da morfologia dos ovários antes e depois da intervenção foi possível pelo fato de a autora/paciente possuir, previamente, ultrassonografias transvaginais dos ovários para acompanhamento médico de rotina. Estas medidas prévias foram comparadas com aquelas conseguidas por meio de um novo ultrassom transvaginal dos ovários, exame realizado na semana seguinte às intervenções. Volume total dos ovários e tamanho dos cistos foram utilizados como parâmetros de avaliação.

A capacidade de proliferação endometrial foi estudada confrontando as medidas das ultrassonografias transvaginais antes da intervenção com a espessura do endométrio após a intervenção, assim como para o estudo de alterações na morfologia uterina.

A diferença nos níveis hormonais antes e depois da intervenção foi realizada comparando os resultados de exames de sangue de rotina que a autora/paciente já possuía aos mesmos níveis de um novo exame após a intervenção. A média aritmética dos valores pré-intervenção foi comparada ao valor

do exame pós. Foram estudados os níveis séricos de estrogênio (estradiol), progesterona e hormônio luteinizante (LH).

Já a diferença nos sinais clínicos e sintomas da SOP antes e depois da intervenção foi realizada pela comparação da presença destes antes e depois das intervenções. Para tanto, uma lista de sinais e sintomas de pacientes com SOP foi montada, e a autora/paciente identificou cada um deles como presente ou ausente antes e depois do tratamento. Estes dados foram organizados em forma de tabela para melhor visualização. Foram considerados sintomas da SOP irregularidade no ciclo menstrual, sobrepeso, hirsutismo (excesso de pelos corporais), acne, acantose (escurecimento da pele nas dobras corporais), queda de cabelo e labilidade emocional<sup>11</sup>.

Foi definido sucesso terapêutico quando um sinal ou sintoma existia antes da intervenção, mas inexistia após. Ao final, o atual panorama da patofisiologia da SOP foi discutido à luz das presentes descobertas, sugerindo novos estudos e abordagens com base nestes achados.

## RESULTADOS

### Relato

*Meu nome é Beatriz Lima, tenho 25 anos e sou fisioterapeuta pélvica. Aos 18 anos recebi o diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), mas minha história com essa condição começou muito antes. Desde a primeira vez que menstruei, percebia algo diferente no meu corpo. Minha menstruação sempre foi irregular - eu chegava a ficar de cinco a doze meses sem menstruar.*

*Nos primeiros dois anos ouvi que essa irregularidade era "normal" no início da adolescência. Mas com o tempo ela se prolongou por muito mais do que deveria, e outros sinais começaram a me chamar atenção. Procurei ajuda médica porque notei o escurecimento das axilas e queda de cabelo, sintomas que vinham se tornando mais agressivos. Desde então, venho sendo acompanhada por ginecologista. Sempre menstruei poucas vezes por ano, com um sangramento pequeno e escuro, mais parecido com escapes. Nunca tive um fluxo abundante nem com sangue de cor viva.*

*Na fase adulta comecei a ter ainda mais dificuldades com meu peso corporal. Outro sintoma que sempre me incomodou foi o crescimento de pelos na região do queixo e o excesso de acne nas costas, mesmo depois da adolescência. Também percebia que as dobras do meu corpo, como axilas e*

virilha, ficavam mais e mais escuras.

*Além dos sintomas físicos, na adolescência e na vida adulta, enfrentei episódios de depressão e ansiedade. Só mais tarde fui entender que tudo isso podia sim estar relacionado à SOP - que não afeta apenas o nosso corpo, mas também mexe muito com a autoestima e com o nosso emocional.*

*Em abril deste ano, passei por um tratamento com manobras de liberação miofascial. E para minha surpresa, logo na primeira semana, ainda durante o tratamento, menstruei com um fluxo intenso - pela primeira vez na minha vida. Sangue vermelho vivo, em grande quantidade, mas decrescente, por cerca de três dias. No mês seguinte (maio) menstruei novamente, no mesmo período do mês anterior, com um fluxo um pouco mais moderado, mas ainda vivo e com duração semelhante.*

*Depois desse processo, comecei a observar mudanças reais no meu corpo: os pelos na região do queixo e das mamas diminuíram, as axilas clarearam visivelmente, e eu consegui sentir a minha ovulação - algo que nunca tinha sentido antes (tabela 1). Mas o que me deixou ainda mais surpresa foi quando vi meus exames e percebi que os cistos que sempre estiveram presentes haviam desaparecido - apenas com o trabalho de liberação do ligamento largo.*

**Tabela 1:** Percepção dos sintomas relacionados à SOP antes e depois do tratamento

SINAL/SINTOMA	ANTES	DEPOIS
Irregularidade do ciclo menstrual	presente	ausente
Dificuldade no controle do peso	presente	-2kg*
Hirsutismo	presente	ausente
Acne	presente	ausente
Acantose (escurecimento da pele das dobras)	presente	ausente
Queda de cabelo	presente	ausente
Labilidade emocional	presente	ausente

\*Em um mês houve diminuição de 2kg no peso corporal, sem alteração na dieta. Porém a autora/paciente faz musculação e percebeu uma diminuição na gordura corporal e lipedema gelóide, bem como aumento na massa magra e na capacidade de carga ao exercício.

Houve também um aumento de 5% nos níveis séricos de estradiol, notado no exame após a intervenção (tabela 2).

**Tabela 2:** Níveis séricos de estrogênio (estradiol) antes e depois da intervenção

Antes		Depois		Δ
16/07/19	43,8pg/mL	03/05/25	49,8 pg/mL	+5%

Já os níveis séricos de hormônio luteinizante (LH) aumentaram um quarto após o tratamento, com base em dois exames prévios (tabela 3). Em 2024 e em janeiro de 2025 os níveis pré-intervenção eram consistentes (pouco mais de 8 mUI/mL), aumentando em 25% em abril de 2025.

**Tabela 3:** Níveis séricos de hormônio luteinizante (LH) antes e depois da intervenção

Antes		Depois		$\Delta$
19/07/24	8,6 mUI/mL	03/05/25	10.5 mUI/mL	+25%
18/01/25	8,2 mUI/mL			

Houve alterações também no comparativo dos laudos ultrassonográficos antes e após as quatro sessões de intervenção. Os exames de julho de 2024 e fevereiro de 2025 (pré) apresentavam cistos endocervicais (no colo do útero), o maior com mais de 1 cm de largura, porém este não foi observado no exame pós-intervenção (maio de 2025). Houve diferença também na espessura do endométrio, que praticamente dobrou de tamanho (tabela 4).

**Tabela 4:** Laudos de ultrassonografias transvaginais mostrando o útero, endométrio e ovários antes e após a intervenção, dois meses após o segundo exame.

03/09/24	05/02/25	25/04/25
<p><b>Útero:</b> Anteversão, centrado, dimensões preservadas, contornos regulares, textura miometrial homogênea. Dimensões: 8,4 x 3,6 x 3,8 cm Volume 59,8 cm<sup>3</sup> Cisto endocervical de contorno definido, conteúdo homogêneo, anecóico, medindo 1,2 x 0,8 cm.</p> <p><b>Endométrio:</b> 0,6 cm</p> <p><b>Ovários:</b> Volume aumentado, múltiplos microcistos regulares e anecóicos, centrais e periféricos Cistos tamanho 0,7 (D) e 0,6 (E)</p> <p><b>Direito:</b> Dimensões: 4,8 x 2,5 x 3,2 cm, Volume: 20,0 cm<sup>3</sup></p> <p><b>Esquerdo:</b> Dimensões: 3,9 x 2,4 x 2,9 cm, Volume: 14,1 cm<sup>3</sup></p>	<p><b>Útero:</b> Anteversão, centrado, dimensões preservadas, contornos regulares, textura miometrial homogênea. Dimensões: 8,3 x 3,8 x 4,7 cm Volume 77,1 cm<sup>3</sup> Pequenos cistos no colo, o maior medindo 1,3 cm.</p> <p><b>Endométrio:</b> 0,5 cm</p> <p><b>Ovários:</b> Volume aumentado, contornos regulares, múltiplos pequenos cistos periféricos, estroma hipertrofiado Cistos tamanho inferior a 0,8 cm</p> <p><b>Direito:</b> Dimensões: 5,0 x 3,1 x 2,8 cm, Volume: 22,6 cm<sup>3</sup></p> <p><b>Esquerdo:</b> Dimensões: 5,1 x 3,4 x 3,2 cm, Volume: 28,9 cm<sup>3</sup></p>	<p><b>Útero:</b> Anteversão, centrado, dimensões preservadas, contornos regulares, textura miometrial homogênea. Dimensões: 8,0 x 4,3 x 3,7 cm Volume 66,2 cm<sup>3</sup> -</p> <p><b>Endométrio:</b> 1,0 cm</p> <p><b>Ovários:</b> Retrouterinos. Volume aumentado, contornos regulares, múltiplos pequenos cistos na periferia, estroma hipertrofiado</p> <p><b>Direito:</b> Dimensões: 4,6 x 4,1 x 2,9 cm, Volume: 28,4 cm<sup>3</sup></p> <p><b>Esquerdo:</b> Dimensões: 4,1 x 3,0 x 3,0 cm, Volume: 19,2 cm<sup>3</sup></p>

Não houve alterações significativas na presença de cistos nos ovários nem na aparência do estroma, embora no último exame o tamanho dos cistos não tenha sido visualizado. Também não houve alterações significativas no volume dos ovários, nem no formato, dimensões, volume ou alinhamento do útero (tabela 4).

Após o tratamento a autora/paciente experimentou quatro fluxos menstruais (10/04, 21/05, 24/05 e 18/06), sempre com sangue vermelho vivo e intenso, com poucos coágulos. Em abril apresentou ovulação (positivada por teste de ovulação digital).

## DISCUSSÃO

A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é responsável por um conjunto infame de sintomas cujos impactos físicos, tanto sobre os caracteres sexuais secundários quanto sobre a capacidade reprodutiva<sup>1-5</sup>, abalam a identidade sexual da mulher quanto a própria feminilidade<sup>12</sup>. Não é difícil imaginar o impacto emocional daí advindo, este, de fato, amplamente documentado<sup>2,8,11,12</sup>.

O quadro se torna ainda mais sombrio quando a ele incorporamos a alta prevalência – uma em cada dez mulheres em idade reprodutiva<sup>1</sup>. Todavia, o cenário passa de sombrio a aterrador quando entendemos que, hoje, a patofisiologia ainda é quase totalmente desconhecida<sup>3</sup> e, provavelmente por este mesmo motivo, os tratamentos disponíveis não passam de simples paliativos<sup>2,3</sup> alvejando os sintomas e não a causa, tudo isso com base no último guia de práticas clínicas ('guidelines', no estrangeirismo brega) publicado em 2023<sup>13</sup>. De modo ainda mais extremo, outra, por assim dizer, opção de tratamento (infelizmente bastante popular) para estas mulheres é a castração química (a partir da prescrição de anticoncepcionais de uso contínuo)<sup>4</sup>, traduzida numa espécie pouco fundamentada de amputação funcional do ciclo menstrual, de resultados para lá de duvidosos.

Mas em meio a este mar de desolação surgiu o que parecia uma pequena ilha de esperança que, no fim, logo mais dava ares de continente. Nestes pouco mais de três anos de trabalho com a Manobra do Ligamento Largo (MLL) – uma técnica de liberação miofascial específica voltada à recuperação da mobilidade funcional de tecidos da pelve profunda, particularmente as fâscias e ligamentos ao redor do útero e dos ovários – percebemos que um sinal/sintoma descrito pela quase totalidade das mulheres, após o tratamento, era o aumento do fluxo menstrual, especialmente no próximo ciclo após o tratamento. Esta evidência clínica guiou a realização de estudos mostrando, por

exemplo, que a MLL é capaz de quintuplicar a espessura do endométrio<sup>14</sup>, afinal, se o fluxo está maior, é porque mais endométrio foi produzido e conseqüentemente eliminado pelo fluxo menstrual. Corroborando, outra evidência clínica interessante é o fato de ciclos menstruais relatados como irregulares, após o tratamento com a MLL terem sido relatados como regularizados – para cerca de 28 dias, como deveria ser a média para a normalidade fisiológica<sup>15</sup>. Apesar de ainda carecerem de mais estudos, este dado clínico reforça a hipótese de que aderências dos tecidos conectivos periuterinos e periovarianos são responsáveis pela falência funcional da função ovulatória e, assim, do ciclo menstrual como um todo, incluindo a própria ovulação e conseqüente formação do corpo lúteo, bem como a secreção de estrógenos dali advinda.

Esta hipótese, de que tanto a dificuldade na ovulação quanto a anovulação tenham seunexo causal num endurecimento histológico do parênquima dos ovários, recebe suporte empírico dos dados publicados por Ruan et al. (2024)<sup>7</sup>, que descrevem o tecido dos ovários de mulheres com SOP são, de fato, mais rijos do que os mesmos em mulheres que não sofrem da síndrome. Noutros termos, mulheres com SOP apresentam parênquimas ovarianos mais duros, e isto dificultaria o desprendimento dos óvulos maduros em duas intensidades: 1) dificuldade ovulatória para óvulos advindos de folículos localizados mais superficialmente no ovário e 2) anovulação por folículos advindos de porções mais profundos do parênquima ovariano. Em tese, a dificuldade ovulatória seria uma função matemática interdependente de 1) a dureza do parênquima do ovário (quanto mais duro, menor a chance de ovulação) e de 2) a profundidade do folículo (quanto mais profundo no parênquima, menor a chance de ovulação), sendo 'ovulação' entendida como o desprendimento do óvulo maduro de seu ovário, na sua data fisiológica de maturação.

O presente ensaio, ainda que limitado por se tratar de um modesto estudo de caso, embasa empiricamente a hipótese acima. Além da regressão subjetiva observada em todos os sintomas da síndrome já no primeiro mês após o tratamento, muito provavelmente a MLL foi eficiente no amolecimento do parênquima ovariano a partir da liberação dos tecidos conectivos periovarianos, inferência embasada no fato de que houve ovulação comprovada na semana imediatamente após o tratamento, com fluxo menstrual intenso, numa mulher que menstruava no máximo quatro vezes ao ano, com fluxo mínimo.

Evidencia-se, deste modo, que a SOP era causada, ao menos para este caso em estudo, pela dificuldade e/ou impossibilidade de ovulação relacionada a tensões nos tecidos conectivos

periovarianos. Aderências conectivas ao redor dos tecidos periovarianos e dentro do parênquima ovariano causam um endurecimento deste parênquima, culminando em consequente disfunção ovulatória. Estas aderências – e consequentes disfunções, bem como seus desdobramentos, podem ser regredidas por liberação miofascial a partir da MLL, sem a necessidade de qualquer outro tratamento adjuvante.

De fato, demonstramos que as alterações hormonais causadas pelo tratamento exclusivo com a MLL foram significativas e mensuráveis logo nas primeiras semanas após o tratamento. A autora principal fora diagnosticada há sete anos por SOP, sendo tratada com quatro sessões de MLL, após as quais, ainda na semana deste tratamento, menstruou com sangue vermelho vivo e fluxo intenso, sem cólicas – algo inédito até o momento. Após o tratamento, nos próximos meses percebeu regressão em todos os sintomas da síndrome: o fluxo menstrual estava normalizado (24 dias), sempre em quantidade, vermelho vivo, com poucos coágulos e sem cólicas (referidas como grau 1 dentro da Escala Visual Analógica<sup>16</sup> aplicada à dor).

A autora/paciente, cuja menstruação aparecia de duas a quatro vezes por ano, no máximo, menstruou por quatro vezes (num período de três meses) após o tratamento, iniciando na semana do tratamento em si. Ainda no mês de abril houve ovulação confirmada por teste digital, indicando regressão em ao menos um dos principais indicativos de infertilidade. Uma hipótese para a observação de que os fluxos menstruais tenham sido irregulares (muito frequentes) nas primeiras semanas após o tratamento poderiam ser explicados pela liberação de múltiplos óvulos, cujos folículos já haviam amadurecido meses antes, mas que não conseguiram desprender do parênquima ovariano até que a MLL o amoleceu suficientemente para que este desprendimento fosse possível: assim, vários folículos previamente maduros foram libertados de uma só vez, produzindo ovulações subsequentes. O fato de que após dois meses do tratamento o fluxo tenha se regularizado (24 dias de intervalo) mostra que estas menstruações frequentes devem ser temporárias, apenas nas primeiras semanas após o tratamento, enquanto os tecidos, acostumando-se à nova dinâmica, caminham na direção da regularização funcional. Novos estudos se fazem necessários para o esclarecimento desta temática fascinante.

Demonstramos que, pelo fato de a MLL ser uma técnica de liberação dos tecidos conectivos periovarianos, o amolecimento do parênquima por ela produzido permitiu que óvulos há muito aprisionados, ou com dificuldade de saída, fossem agora liberados com facilidade para produzir ciclos

menstruais completos, inclusive com formação de corpos lúteos e consequente liberação do hormônio estradiol e subsequente normalização dos níveis de LH, progesterona e testosterona. Os efeitos destas alterações hormonais puderam ser inferidos a partir de dados qualitativos como redução do peso corporal (menos 2 kg em um mês sem alteração na dieta ou no regime de atividade física), aumento da massa magra, regressão completa (ausência) dos quadros de acantose, hirsutismo, acne, queda de cabelos e na percepção da labilidade emocional. É importante frisar que todos estes acontecimentos foram inéditos na vida desta autora. Noutros termos, uma radiante nova realidade. Já de modo quantitativo, alterações hormonais objetivas foram mensuradas pela comparação dos níveis hormonais antes e depois das quatro sessões de intervenção: o LH, sempre baixo em todos os exames prévios, aumentou em 25% após o tratamento, sem o uso de qualquer tipo de medicamento, apenas a liberação miofascial manual pela MLL em si. Houve também um aumento objetivo de 5% nos níveis séricos de estrogênio.

Ainda, o endométrio simplesmente dobrou de espessura (de um máximo de 0,55 cm para 1,0 cm), corroborando a tese de que aderências conectivas nas fâscias e ligamentos uterinos restringem mecanicamente o crescimento ou proliferação endometrial, numa condição de cunho cinesiológico-funcional que pode ser eficientemente regredida pela MLL, conclusões que reforçam aquelas descritas por outro estudo prévio<sup>14</sup>. Agregando ao crescimento endometrial o fato de, no presente estudo, a intervenção proposta ter causado a ovulação (como objetivamente verificado), o tratamento a partir da MLL tem a capacidade de regredir ao menos duas importantes variáveis dos casos de infertilidade feminina: o baixo crescimento endometrial e a anovulação crônica. Novos estudos a respeito destas importantes observações se fazem urgentes.

Robustecendo a tese acerca dos efeitos da limitação cinesiológico-funcional imposta por aderências conectivas sobre os tecidos uterinos, mostramos que cistos no colo do útero (maiores que 1 cm) presentes em duas ultrassonografias prévias, ou reduziram significativamente de tamanho ou simplesmente desapareceram após o tratamento exclusivo a base da MLL, conclusão possível pelo fato de os mesmos não serem mais visualizados no exame após a intervenção.

No conjunto, nossos dados permitem a conclusão de que, ao menos para alguns casos, a SOP é causada por um enrijecimento do parênquima ovariano, advindo do encurtamento dos tecidos conectivos periovarianos por aderências em suas fâscias e ligamentos. Esse enrijecimento dificulta e/ou impede a ovulação (despague do óvulo do ovário), em razão direta da dureza do parênquima

ovariano e da profundidade do folículo em questão: quanto mais rígido o parênquima, e quanto mais profundo o folículo dentro do ovário, mais difícil sua saída. O tratamento a partir de poucas sessões com a MLL é capaz de devolver a mobilidade aos tecidos conectivos periovarianos, amolecendo o parênquima dos ovários. A normalização cinesiológico-funcional deste parênquima permite que a ovulação passe a ocorrer fisiologicamente e, com ela, a normalização do ciclo ovulatório e menstrual, bem como da dinâmica hormonal e seus desdobramentos sobre a vida diária, tanto em seus aspectos físicos quanto sexuais, emocionais e relativos à fertilidade.

É provável que esta mesma patofisiologia explique todos os casos de SOP e, considerando a simplicidade do tratamento proposto, pode-se assim resolver definitivamente o sofrimento de uma infinidade de mulheres – não apenas aquelas diagnosticadas com ovários policísticos, mas também aquelas com dificuldade de ovulação de origem biomecânica. Contudo, para que isto se torne realidade, se fazem urgentes novos estudos clínicos, observando amostras maiores e que permitam análises estatísticas suficientes para a extrapolação para toda a população. Numa época na qual tem sido sugerido, por exemplo, que a SOP é uma desordem mental, causada por má alimentação na adolescência<sup>17</sup>, o presente estudo emerge, ao menos, como uma modesta luz no fim do túnel para o quase um bilhão de mulheres acometidas pela SOP, e para as quais, até o momento, as opções de tratamento têm se mostrado superficiais e de pouco – a rigor, nenhum – efeito prático.

## **CONCLUSÃO**

A MLL foi capaz de, em apenas quatro sessões, regredir a totalidade dos sintomas da SOP numa mulher jovem, diagnosticada com a síndrome há sete anos. Em menos de uma semana houve menstruação e na sequência o fluxo menstrual foi normalizado, houve ovulação comprovada, o ciclo ovulatório passou a funcionar e desapareceram os sinais hirsutismo, acne, acantose, queda de cabelo, mau controle de peso e labilidade emocional. Objetivamente houve após a curta intervenção um aumento nos níveis séricos de LH e estradiol e os cistos cervicais de longa data desapareceram quando visualizados por ultrassonografia.

Há evidências de que a SOP seja causada por um enrijecimento do parênquima ovariano, relativo ao encurtamento dos tecidos conectivos (fáscias e ligamentos) ao redor dos ovários por conta de aderências conectivas locais. Tal enrijecimento dificulta e/ou impede a ovulação (despede do óvulo do ovário), em função direta da dureza do parênquima ovariano e da profundidade do folículo

em questão: quanto mais rígido o parênquima, e quanto mais profundo o folículo dentro do ovário, mais difícil sua saída.

O tratamento a partir de poucas sessões com a MLL é capaz de devolver a mobilidade aos tecidos conectivos periovarianos, amolecendo o parênquima dos ovários que acaba dobrando de volume. A normalização cinesiológico-funcional do parênquima ovariano permite que a ovulação passe a ocorrer fisiologicamente e, com ela, a normalização do ciclo ovulatório e menstrual, bem como da dinâmica hormonal e seus desdobramentos sobre a vida diária, tanto em seus aspectos físicos quanto sexuais, emocionais e relativos à fertilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Salari N, Nankali A, Ghanbari A, et al. Global prevalence of polycystic ovary syndrome in women worldwide: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2024 Sep;310(3):1303-1314. doi: 10.1007/s00404-024-07607-x. Epub 2024 Jun 26. PMID: 38922413.
2. Almhoud H, Alatassi L, Baddoura M, et al. Polycystic ovary syndrome and its multidimensional impacts on women's mental health: A narrative review. *Medicine (Baltimore).* 2024 Jun 21;103(25):e38647. doi: 10.1097/MD.00000000000038647. PMID: 38905372; PMCID: PMC11191963.
3. Stańczak NA, Grywalska E, Dudzińska E. The latest reports and treatment methods on polycystic ovary syndrome. *Ann Med.* 2024 Dec;56(1):2357737. doi: 10.1080/07853890.2024.2357737. Epub 2024 Jul 4. PMID: 38965663; PMCID: PMC11229724.
4. Kubota T. Update in polycystic ovary syndrome: new criteria of diagnosis and treatment in Japan. *Reprod Med Biol.* 2013 Jul;12(3):71-77. doi: 10.1007/s12522-013-0145-1. Epub 2013 Apr 16. PMID: 23874146; PMCID: PMC3695670.
5. Vogel LFS, Weisenmann ML, Paiz L. Intervenções terapêuticas na melhora da fertilidade em mulheres com síndrome do ovário policístico: uma revisão sistemática. *Ciências da Saúde, Volume 29 - Edição 140/NOV 2024 / 23/11/2024.*
6. DeLancey JO. Stress urinary incontinence: where are we now, where should we go? *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Aug;175(2):311-9. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70140-0. PMID: 8765247.
7. Ruan Z, Yu Z, Qin Q, Tang Y. Diagnostic value of ultrasound elastography in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Endocrinol.* 2024 Dec;40(1):2352139. doi: 10.1080/09513590.2024.2352139. Epub 2024 May 11. PMID: 38733361.

8. Azziz R. Polycystic Ovary Syndrome. *Obstet Gynecol.* 2018 Aug;132(2):321-336. doi: 10.1097/AOG.0000000000002698. PMID: 29995717.
9. Hall JE, *Tratado de Fisiologia Médica.* Rio de Janeiro (2011) Elsevier. 1151 p.
10. Latorre GFS, Gil NA, Echavarría VR, Ayala A. Liberação miofascial (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2022) 2(1)4-15.
11. BVS - Biblioteca Virtual em Saúde. Síndrome dos ovários policísticos: Sintomas. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/sindrome-dos-ovarios-policisticos/#:~:text=%E2%80%93%20hirsutismo:%E2%80%93%20aumento%20dos%20pelos%20Ono,%E2%80%93%20infertilidade;> Acesso em 09/05/25.
12. Almhoud H, Alatassi L, Baddoura M, Sandouk J, Alkayali MZ, Najjar H, Zaino B. Polycystic ovary syndrome and its multidimensional impacts on women's mental health: A narrative review. *Medicine (Baltimore).* 2024 Jun 21;103(25):e38647. doi: 10.1097/MD.00000000000038647. PMID: 38905372; PMCID: PMC11191963.
13. Eede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, Costello MF, Boivin J, Redman LM, Boyle JA, Norman RJ, Mousa A, Joham AE. Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2023 Sep 18;108(10):2447-2469. doi: 10.1210/clinem/dgad463. PMID: 37580314; PMCID: PMC10505534.
14. Latorre GFS, Rosa LN. Manobra do Ligamento Largo aumenta em mais de 500% a espessura do endométrio: relato de caso. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)67-75. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)67-75.
15. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiologia Médica.* 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
16. Freyd M. The graphic rating scale. *J Educ Psychol* 1923;14:83–102.
17. Steegers-Theunissen RPM, Wiegels RE, Jansen PW, Laven JSE, Sinclair KD. Polycystic Ovary Syndrome: A Brain Disorder Characterized by Eating Problems Originating during Puberty and Adolescence. *Int J Mol Sci.* 2020 Nov 3;21(21):8211. doi: 10.3390/ijms21218211. PMID: 33153014; PMCID: PMC7663730.

## Disfunções urinárias e qualidade de vida em mulheres após acidente vascular cerebral: caracterização e correlação



Josiane Lopes<sup>1</sup> & Érica Maria Biancatti Carvalho<sup>2</sup>

### RESUMO

**Submissão:** 20/05/2025

**Aceite:** 30/05/2025

**Publicação:** 30/06/2025

**Panorama:** O acidente vascular cerebral (AVC) pode resultar em disfunções sensório-motoras e em disfunções urinárias que impactam negativamente na qualidade de vida. **Objetivo:** Caracterizar as funções urinárias do assoalho pélvico e correlacionar com a qualidade de vida em mulheres após o AVC. **Método:** Estudo descritivo, observacional e transversal, com participantes diagnosticados em primeiro episódio de AVC utilizando os questionários ICQ-SF, PFDI-20 e SF-36. **Resultados:** A amostra incluiu 34 participantes com AVC majoritariamente do tipo isquêmico apresentando hemiparesia. Houve prevalência de 58,82% de incontinência urinária (IU). As disfunções mais evidentes foram nos domínios vesical, afetando negativamente a qualidade de vida, principalmente nos aspectos funcionais, emocionais e sociais. A IU teve forte correlação com a piora da qualidade de vida, especialmente nos domínios físicos e sociais. **Conclusão:** O AVC impacta negativamente sobre a função urinária com prejuízo na fase de retenção vesical, sendo também associada a pior qualidade de vida.

### ABSTRACT

**Background:** Stroke can result in sensorimotor and urinary dysfunctions that negatively impact quality of life. **Aims:** To characterize pelvic floor urinary functions and correlate them with quality of life in women after stroke. **Method:** Descriptive, observational, and cross-sectional study with participants diagnosed with a first episode of stroke using the ICQ-SF, PFDI-20, and SF-36 questionnaires. **Results:** The sample included 34 participants with mostly ischemic stroke presenting hemiparesis. There was a prevalence of 58.82% of urinary incontinence (UI). The most evident dysfunctions were in the bladder domains, negatively affecting quality of life, especially in the functional, emotional, and social aspects. UI had a strong correlation with worsening quality of life, especially in the physical and social domains. **Conclusion:** Stroke has a negative impact on urinary function, impairing the bladder retention phase, and is also associated with a worse quality of life.

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) caracteriza-se por um déficit neurológico focal de início súbito, resultante de um mecanismo vascular que causa lesão no cérebro, podendo ser de natureza isquêmica ou hemorrágica<sup>1</sup>. Aproximadamente um terço dos sobreviventes pós AVC apresentam sequelas motoras, sensoriais, dificuldades na comunicação, além de disfunções do trato geniturinário<sup>2,3</sup>.

As alterações urinárias são condições muito frequentes após o AVC, devido à possibilidade de lesões em regiões encefálicas responsáveis pelo controle da micção. Nesses casos, podem ocorrer quadros de hiperatividade do detrusor, distúrbios no controle dos esfíncteres, hesitação, noctúria e urge incontinência<sup>4</sup>. Lesões neurológicas que alteram o mecanismo miccional levam ao desenvolvimento de bexiga neurogênica<sup>5</sup>.

O assoalho pélvico (AP) está localizado na parte interna da pelve sendo sobretudo composto pela musculatura do assoalho pélvico (MAP) dividida em sua camada superficial, intermediária e profunda. A MAP superficial inclui os músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso, transverso do períneo e esfíncter anal externo, atua diretamente na função sexual. Há também uma camada intermediária, a musculatura rabdoesfíncter, responsável, em grande parte, pela função urinária. Já a MAP profunda constituída pelos músculos pubovaginal, puboperineal, puboanal, puborretal e íliococcígeos tem o pubovaginal e puboperineal os principais responsáveis pela função urinária. A inervação desses músculos ocorre pelo nervo pudendo, originado de S2 a S4<sup>6</sup>. O processo miccional depende de uma ação coordenada entre o sistema nervoso central e as estruturas do trato urinário inferior, incluindo a MAP. Portanto, após o AVC, alterações vesicais e da MAP podem ocasionar disfunções urinárias<sup>7</sup>.

As sequelas de um AVC afetam diretamente a funcionalidade do indivíduo, impactando negativamente sua qualidade de vida<sup>8</sup>. A qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem de sua inserção na sociedade, envolvendo fatores culturais, valores pessoais, objetivos, padrões e expectativas. Além dos déficits sensório-motores, pacientes que sofreram AVC e apresentam disfunções no funcionamento urinário e na MAP podem experimentar um prejuízo adicional na sua qualidade de vida<sup>9</sup>.

As funções urinárias e da MAP são essenciais para a qualidade de vida. Qualquer disfunção

nesse âmbito após um AVC pode agravar diversos aspectos da saúde do indivíduo. No entanto, há uma escassez de informações sobre as relações entre as funções urinárias, a MAP e a qualidade de vida em pacientes pós-AVC. Essa lacuna levanta questionamentos importantes que influenciam diretamente na avaliação e na abordagem terapêutica pelos profissionais de saúde que atendem esses pacientes. Assim, o objetivo deste estudo é caracterizar as funções urinárias do assoalho pélvico e estabelecer correlações com a qualidade de vida em mulheres após o AVC.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, de corte transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido na clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (COMEP) da UNICENTRO, sob o número 6.079.707. A amostra foi composta por pacientes atendidos na clínica-escola de Fisioterapia da UNICENTRO no ambulatório de Fisioterapia Neurofuncional. Foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com um único episódio de AVC (primeiro episódio). Foram excluídos do estudo mulheres com histórico de cirurgias ginecológicas anteriores (exceto cesárea), cirurgias urológicas, cirurgias coloproctológicas ou qualquer disfunção uroginecológica anterior ao AVE, além de pacientes com prejuízos na comunicação ou déficits cognitivos. As participantes foram recrutadas por meio de divulgação e convite na clínica-escola de Fisioterapia da UNICENTRO. A amostra foi do tipo conveniência, sendo que os indivíduos que contemplaram os critérios de elegibilidade e desejassem participar do estudo foram recrutados. O recrutamento ocorreu entre agosto de 2023 a março de 2025.

As participantes da pesquisa foram avaliadas por um mesmo examinador em dia e horário previamente agendado. A avaliação foi composta pela aplicação de um questionário sócio clínico elaborado especificamente para este estudo, os instrumentos *International Consultation on Incontinence Questionnaire– Short Form* (ICQ-SF), *Pelvic Floor Distresse Inventory* (PFDI-20) e *Short Form Health Survey 36-item* (SF-36). Neste estudo foram aplicadas as versões brasileiras e validadas para o português de todos os questionários.

O questionário sócio clínico, elaborados pelos pesquisadores, continha itens sobre pessoais e clínicos relacionados às funções urinárias. O instrumento ICIQ-SF constitui um questionário para avaliar relatos de incontinência urinária (IU) e o impacto da IU sobre a QV no último mês que avalia a

gravidade, frequência e impacto da IU na qualidade de vida dos respondentes. Ele é composto por 6 questões com escore entre 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, maior a severidade e impacto da IU na qualidade de vida da mulher<sup>10</sup>.

O PFDI-20 é utilizado para avaliar os sintomas de disfunção dos MAP. O PFDI-20 é dividido nos domínios vesicais, intestinais e vaginais, porém ele é específico para os sintomas dessas disfunções. É composto por 20 questões e a pontuação subdividida de 0 a 100 por domínio e o escore total pode variar de 0 a 300. No PFDI-20 quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas de disfunção<sup>11</sup>.

O instrumento SF-36 é um questionário multidimensional, que avalia a qualidade de vida. É composto por 36 itens, englobados em oito componentes: Capacidade Funcional (10 itens) – avalia a presença e extensão das limitações impostas à capacidade física; Aspectos Físicos (4 itens); Dor (2 itens), Aspectos Emocionais (3 itens); Saúde Mental (5 itens); Estado Geral de Saúde (5 itens); Vitalidade (4 itens) – considera tanto o nível de energia como o de fadiga; Aspectos Sociais (2 itens) – integração do indivíduo em atividades sociais e uma avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e do ano anterior. Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores cuja graduação varia de 0 a 100, de cada componente, resultando em um estado de saúde melhor ou pior. Quanto menor o escore, pior o resultado. Na literatura não existe um consenso de ponto de corte para este instrumento, porém na guia do questionário foi estabelecido que a média dos escores é 50 ( $\pm 10$ ), e alguns estudos consideraram escore acima de 60 como preservada ou boa qualidade de vida<sup>12</sup>.

Para a análise dos dados sócio clínicos, foram utilizadas estatísticas descritivas e medidas de frequência. A distribuição de normalidade foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk e de acordo com esta distribuição os dados foram apresentados em médias e desvio-padrão. A comparação dos grupos com e sem IU foi realizada pelo teste t de amostras independentes.

Análises de correlação foram realizadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson considerando os valores de correlação conforme segue:  $r = 0,10$  até  $0,39$  (fraco);  $r = 0,40$  até  $0,69$  (moderado);  $r = 0,70$  até  $1$  (forte)<sup>13</sup>. A significância estatística adotada foi de 5% ( $p < 0,05$ ). As análises foram realizadas utilizando o programa *Statistical Program for Social Science* (SPSS) (versão 23.0).

## RESULTADOS

Participaram do presente estudo 34 mulheres com diagnóstico de AVC. Em relação ao comprometimento sensório-motor, a maioria das participantes apresentava hemiparesia e deambulava com auxílio de dispositivo auxiliar. A função urinária da amostra pela média do ICIQ-SF apresentou nível de comprometimento moderado. A maioria das participantes 79,41% (n=27) apresentou micção normal. Houve prevalência de IU de 58,82%(n=20) e situação de urgência miccional em 47,05% dos casos (n=16). Em relação às disfunções do AP identificadas pelo PFDI-20, os valores das médias nos domínios vesical, intestinal e vaginal e escore total demonstraram disfunções, sendo mais evidenciados nos domínios vesical e intestinal. Dados sociodemográfica clínicos são apresentados na tabela 1.

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

VARIÁVEIS	n (%)
Tipo de AVE	
Isquêmico	24 (70,5)
Hemorragico	10 (29,4)
Função motora	
Hemiplegia	5 (14,7)
Hemiparesia	26 (76,4)
Cadeira de rodas	3 (8,8)
	<b>MÉDIA ± DP</b>
Idade (anos)	53,5 ± 10
Tempo de diagnóstico (meses)	28,1 ± 7
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	28,0 ± 6
PFDI-20 vesical	74,1 ± 16
PFDI-20 intestinal	51,1 ± 12
PFDI-20 vaginal	45,8 ± 9
PFDI-20 escore total	210,1 ± 15
ICIQ-SF	11,4 ± 7

n: número de indivíduos; DP: desvio-padrão; IMC: índice de massa corpórea; PFDI-20: *Pelvic Floor Distress Inventory*; ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form*.

Já a tabela 2 mostra os dados sobre o nível de qualidade de vida dos participantes. Os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais e aspectos sociais apresentaram qualidade de vida ruim. Foi considerado qualidade de vida preservada para os domínios

dor, saúde mental, estado geral de saúde e vitalidade.

**Tabela 2:** Qualidade de vida da amostra

DOMÍNIO DO SF-36	MÉDIA ± DP
Capacidade funcional	47,8 ± 9
Aspectos físicos	31,5 ± 10
Dor	54,0 ± 16
Aspectos emocionais	24,1 ± 10
Saúde mental	62,7 ± 12
Estado geral de saúde	68,9 ± 11
Vitalidade	79,1 ± 12
Aspectos sociais	21,4 ± 11

DP: desvio-padrão; SF-36: Short Form Health Survey 36-item

**Tabela 3:** Níveis de qualidade de vida distribuídas entre os grupos com e sem incontinência urinária (ICQ-SF)

Domínios SF-36	Com IU (n=20)	Sem IU (n=14)	<i>p</i>
	Média ± DP	Média ± DP	
Capacidade funcional	22,7 ± 10	43,41 ± 9,68	0,04*
Aspectos físicos	29,2 ± 7	40,73 ± 5,88	0,04*
Dor	33,1 ± 9	48,41 ± 7,78	0,05
Aspectos emocionais	10,9 ± 12	29,54 ± 6,70	0,04*
Saúde mental	35,4 ± 9	68,27 ± 10,70	0,03*
Estado geral de saúde	45,1 ± 10	70,43 ± 11,21	0,03*
Vitalidade	40,1 ± 14	73,02 ± 13,69	0,04*
Aspectos sociais	20,4 ± 13	37,16 ± 15,69	0,03*

n: número de indivíduos; DP: desvio-padrão; SF-36: Short Form Health Survey 36-item; \* $p < 0,05$

Na tabela 3 estão apresentados os dados de comparação entre os grupos com e sem IU em função do nível de qualidade de vida. O grupo com IU apresentou piores valores para os níveis de qualidade de vida. Apenas para o domínio dor não foi evidenciado diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Nos demais domínios do SF-36 o grupo com IU apresentou piores valores indicando maior presença de disfunção neste grupo. Houve correlação moderada entre a presença de incontinência urinária e o SF-36 (domínios capacidade funcional, aspectos emocionais, saúde mental e vitalidade) e forte (domínios aspectos físicos e sociais) (Tabela 4).

**Tabela 4:** Correlação entre nível de qualidade de vida, incontinência urinária e anal

Domínios SF-36	IU: R ( <i>p</i> )
Capacidade funcional	-0,65 (0,04)*
Aspectos físicos	-0,79 (0,03)*
Dor	0,39 (0,08)
Aspectos emocionais	-0,61 (0,04)*
Saúde mental	-0,52 (0,04)*
Estado geral de saúde	-0,28 (0,09)
Vitalidade	-0,50 (0,04)*
Aspectos sociais	-0,78 (0,02)*

SF-36: Short Form Health Survey 36-item; R: coeficiente de correlação de Pearson \*( $p < 0,05$ )

## DISCUSSÃO

As funções urinárias e do AP são fundamentais para a qualidade de vida. No entanto, ainda faltam informações sobre como essas funções influenciam a qualidade de vida das pessoas após o AVC, o que levanta questões importantes para os profissionais de saúde na hora de avaliar e tratar esses pacientes.

A caracterização da amostra deste estudo foi bastante semelhante ao que a literatura evidencia. Houve um predomínio de casos de AVC isquêmico, o que está de acordo com estudos como o de Barella e Figueiredo (2019)<sup>14</sup>. A amostra era composta por mulheres jovens, o mesmo que foi encontrado no estudo de Lopes (2024)<sup>15</sup>, que destaca que a prevalência de AVC nessa faixa etária varia entre 15% e 18% na população adulta jovem. Ohaya (2022)<sup>16</sup> afirma que fatores de risco vasculares e o estilo de vida não devem ser subestimados, pois podem influenciar na ocorrência de um AVC. Quanto ao sexo, a literatura geralmente indica uma maior prevalência em homens, mas dados da Organização Mundial da Saúde mostram que o risco de eventos neurológicos em mulheres aumenta com a idade, sendo que mulheres entre 45 e 54 anos têm um risco maior de sofrerem esses eventos<sup>17</sup>.

Uma das complicações que podem surgir após um AVC é o comprometimento da função urinária. De acordo com Sadeghi (2023)<sup>18</sup>, essa alteração pode na fase aguda e se perpetuar na fase crônica, sendo que cerca de 33% dos pacientes podem apresentar IU após um ano do evento<sup>19</sup>. Para Funayama (2024)<sup>20</sup>, a bexiga hiperativa pode ter múltiplos fatores, e quando relacionada ao AVC, geralmente é atribuída à hiperatividade da musculatura detrusora devido à falta do reflexo da micção, que é uma seqüela de lesões corticais. Os sintomas mais comuns incluem urgência miccional e IU urgência, conforme aponta Braga (2023)<sup>21</sup>, o que também foi confirmado pelos resultados desta pesquisa. Sadeghi (2023)<sup>18</sup> em estudo retrospectiva revelou que, entre os pacientes com IU, 34,48% relataram episódios frequentes, enquanto 50% apresentaram um padrão de incontinência de urgência, alinhando-se com os achados desta pesquisa.

De acordo com Funayama (2024)<sup>20</sup>, a bexiga hiperativa pode ser causada por diversos fatores. No caso de pacientes após AVC, a hiperatividade da musculatura detrusora é atribuída à ausência do reflexo de micção, uma seqüela das lesões corticais. Os sintomas mais frequentes incluem urgência miccional e incontinência urinária do tipo urgente, conforme mencionado por Braga (2023)<sup>21</sup> e Lopes (2024)<sup>15</sup>, que corroboram com os resultados desta pesquisa.

Banaszeski e Christo (2018)<sup>22</sup> demonstrou em seu estudo que mulheres após AVC apresentam maior perturbação e desconforto em disfunções do AP do que mulheres saudáveis, o que é evidente também nos resultados do presente estudo. Esse maior nível de disfunção do AP após AVE pode ser explicado pois ocorre diminuição da resposta de recrutamento muscular em que a musculatura se apresenta paralisada ou com lentidão na resposta das suas unidades motoras. Neste contexto surgem padrões incoordenados de movimentos e/ ou fraqueza para geração de movimentos voluntários ocorrendo também na MAP afetando, até mesmo, a percepção de urinar conforme relata Chiado e colaboradores (2022)<sup>23</sup>.

A amostra deste estudo que apresentou IU também apresentou grande impacto em todos os domínios de qualidade de vida, exceto para o domínio dor conforme a literatura. Mulheres com IU urgência e mista obtiveram os piores resultados nos domínios como social, emocional e do sono<sup>24</sup>. Akkoç (2019)<sup>25</sup> evidenciou achados idênticos ao desta pesquisa demonstrando que pacientes após AVC e que manifestaram IU possuem menores escores de qualidade de vida dos que não possuem IU. Em relação aos achados quanto ao domínio dor não ter apresentado diferença estatisticamente significativa entre os grupos, não há na literatura uma justificativa para tal achado, entretanto pode ser justificado que as vias neurológicas que conduzem dor são diferentes das relacionadas ao controle pontino sobre a micção e que está alterado após o AVC.

A presença de IU esteve também associada a presença de incapacidades funcionais, prejuízos emocionais e mentais, redução de vitalidade e habilidades sociais. Alencar-Cruz (2019)<sup>26</sup> concluiu que a IU é um preditor para baixa qualidade de vida após o AVC, sendo que em sua amostra os domínios mais prejudicados foram as limitações em atividades físicas e diárias, colaborando com os achados deste estudo, além de emoções e percepção a saúde

Algumas limitações foram apresentadas durante o desenvolvimento deste estudo. Não foi considerado local de acometimento encefálico após o AVC o que também pode ter influenciado nos resultados. Além disso, a literatura sobre a relação entre disfunções do AP e qualidade de vida pós-AVC ainda é limitada, o que dificulta uma comparação mais aprofundada com estudos. Essas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados e sugerem a necessidade de mais estudos com amostras maiores. Apesar de tais limitações, os resultados deste estudo conferem potencialidades. Foi possível identificar o efeito da funcionalidade do assoalho pélvico sobre a qualidade de vida de mulheres acometidas pelo AVC. Para o profissional da saúde, entender tais aspectos podem melhorar

aspectos relacionados à avaliação e a terapêutica a ser empregada.

## CONCLUSÃO

Os indivíduos após o AVC tendem a apresentar comprometimentos das funções urinárias do assoalho pélvico com prejuízo na fase de retenção vesical. Houve predomínio de IU com urgência miccional. A qualidade de vida mostrou-se ruim em mulheres após o AVC, e ainda pior em quem apresentou IU.

## REFERÊNCIAS

1. Lima ACMACC, et al. Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem Associação Brasileira de Enfermagem.* 2016.
2. Johnson CO, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology.* 2019; 18(5): 439-58.
3. Prust ML, Forman R, Ovbiagele B. Addressing disparities in the global epidemiology of stroke. *Nature Reviews. Neurology.* 2024.
4. Schmoeller M., et al. Eletroestimulação para bexiga neurogênica em pacientes com lesão medular: revisão sistemática. *Saúde em Revista.* 2019; 19(51):25-32.
5. Lopes A, et al. Perfil epidemiológico de pacientes internados por acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences.* 2024; 6(7): 36–45.
6. Eickmeyer SM. Anatomy and Physiology of the Pelvic Floor. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America.* 2017; 28(3):455-460
7. Pannek J, Wöllner J. Management of urinary tract infections in patients with neurogenic bladder: challenges and solutions. *Res Rep Urol,* 2017; 9:121-7.
8. Vieira IP, et al. Funcionalidade e qualidade de vida em pacientes pós acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Development.* 2020; 6(4):17391-403.
9. Santos NSS, et al. Caracterização epidemiológica da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no período de 2013 a 2022. *A.R International Health Beacon Journal.* 2024; 1(4):63–76.
10. Tamanini JTN, et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). *Revista de Saúde Pública.* 2024;38:438–44.
11. Arouca MAF, et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *International Urogynecology Journal.* 2016; 27(7):1097–106.

12. Ciconelli R. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36). São Paulo; s.n; 1997. 145.
13. Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática: para psicologia usando SPSS para Windows. Porto Alegre: Artmed. 3. ed; 2006.
14. Barella RP, et al. Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da Unidade de AVC. ACM arq. catarin. Med. 2019: 131–43.
15. Lopes A, et al. Perfil epidemiológico de pacientes internados por acidente vascular cerebral. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. 2024;6(7):36–45.
16. Ohya Y, et al. Causes of ischemic stroke in young adults versus non-young adults: A multicenter hospital-based observational study. PLOS ONE. 2022; 17(7):e0268481.
17. Powers WJ, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2019;50(12):e344-e418.
18. Sadeghi MA, et al. Prevalence and Features of Post-stroke Urinary Incontinence: A Retrospective Cohort Study. Archives of Iranian Medicine. 2023; 26(5): 234–40.
19. Williams MP, et al. Urinary symptoms and natural history of urinary continence after first-ever stroke—a longitudinal population-based study. Age and Ageing. 2012; 41(3):371–6.
20. Funayama M, Koreki A, Takata T, Nakagawa T, Mimura M. A incontinência urinária pós-AVC está associada a déficits de controle comportamental e bexiga hiperativa. Neuropsicologia. 201, 2024.
21. Braga M, et al. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação em Mulheres com Incontinência Urinária, após o AVC. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. 2023; 6 (1): e288.
22. Banaszkeski VL, Christo PR. Análise da relação entre sintomas urinários e topografia da lesão cerebral em pacientes com acidente vascular cerebral. Ciência & Saúde. 2018;11(1):7-13.
23. Chiado APA, Ferreira MSM, Ribeiro OMPL, Gomes BP, Martins MMF. Impacto de um programa de reabilitação na gestão urinária do doente acometido por acidente vascular cerebral. Texto & Contexto Enfermagem 2022, v. 31:e20200656
24. Åstrom Y, et al. Quality of life in women with urinary incontinence seeking care using e-health. BMC Women's Health. 2021; 21(1).
25. Akkoç Y. The course of post-stroke bladder problems and their relation with functional and mental status and quality of life: A six-month, prospective, multicenter study. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2019; 65(4):335–42.
26. Alencar-Cruz JMD. Impact of urinary incontinence on quality of life and its relationship with symptoms of depression and anxiety in women. Rev Salud Pública. 2019.

## Fisioterapia pélvica na disfunção anorretal após acidente vascular cerebral: estudo qualitativo



Josiane Lopes<sup>1</sup>

### RESUMO

**Panorama:** O acidente vascular cerebral (AVC) pode resultar em disfunções anorretais cuja abordagem da fisioterapia pélvica (FP) é benéfica. A percepção de pacientes sobre essa temática frequentemente é negligenciada. **Objetivo:** Analisar a percepção de indivíduos após AVC com queixas anorretais sobre a FP. **Método:** Estudo qualitativo de indivíduos com diagnóstico de AVC. Realizada entrevista englobando a atuação da FP na função anorretal. As respostas foram categorizadas em unidades de significados e analisadas pela técnica de Bardin. **Resultados:** A amostra foi constituída por 12 indivíduos com  $56,6 \pm 5$  anos de idade e  $31,3 \pm 12$  meses de tempo de diagnóstico. Todos os participantes referiram alterações no funcionamento intestinal (Bristol 1-2) que resultaram em alterações socioemocionais e de vida diária. Todos foram encaminhados por profissionais de saúde, houve resistência inicial por desconhecimento da efetividade da FP e constrangimento. Após as sessões, todos referiram melhora funcional (Bristol 3-5), do padrão evacuatório e da qualidade de vida. **Conclusão:** A FP foi percebida como efetiva, melhorou o padrão evacuatório e impactou positivamente na qualidade de vida nos domínios físicos, sociais, emocionais e comportamentais.

### ABSTRACT

**Background:** Stroke can result in anorectal dysfunctions for which pelvic physiotherapy (PF) is beneficial. Patients' perceptions of this topic are often neglected. **Aims:** To analyze the perceptions of individuals with anorectal complaints after stroke regarding PF. **Method:** Qualitative study of individuals diagnosed with stroke. Interviews were conducted to discuss the role of PF in anorectal function. Responses were categorized into units of meaning and analyzed using the Bardin technique. **Results:** The sample consisted of 12 individuals aged  $56.6 \pm 5$  years and  $31.3 \pm 12$  months since diagnosis. All participants reported changes in bowel function (Bristol 1-2) that resulted in socioemotional and daily life changes. All were referred by health professionals; there was initial resistance due to lack of knowledge about the effectiveness of PF and embarrassment. After the sessions, all reported functional improvement (Bristol 3-5), in the evacuation pattern and in the quality of life. **Conclusion:** FP was perceived as effective, improved the evacuation pattern and had a positive impact on the quality of life in the physical, social, emotional and behavioral domains.

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) representa uma doença que pode ser fatal ou evoluir com sequelas motoras, cognitivas, autonômicas e/ou comportamentais que limitam as atividades de vida diária comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos acometidos<sup>1</sup>. O AVC é definido como um distúrbio focal ou global da função cerebral, que leva a sinais clínicos de desenvolvimento rápido, com duração maior do que 24 horas podendo levar a morte por uma causa de origem vascular<sup>2</sup>. Pode ser classificado como isquêmico em até 85% dos casos ou hemorrágico, entre 5-15% dos casos<sup>3</sup>. O número de casos de AVC vem crescendo exponencialmente. Em 2019 foram registrados 12,2 milhões de casos incidentes de AVC globalmente<sup>4</sup>. No Brasil, entre 2010 a 2019 foram evidenciados 1.410.184 internamentos por AVC, com maior acometimento na população com faixa etária de 60 anos e do sexo masculino. Um terço dos sobreviventes de um AVC apresentam sequelas motoras, sensoriais, distúrbios de comunicação, disfunções do trato geniturinário e anorretal<sup>5</sup>.

As alterações intestinais, sobretudo as disfunções anorretais, são frequentes após o AVC. Tal fato é justificado pois após um AVC pode haver alteração de estruturas encefálicas que são responsáveis por controlar o trânsito intestinal, levando a quadros de lentificação do peristaltismo intestinal, distúrbios no controle dos esfíncteres e perda sensorial, onde os sintomas mais frequentes podem oscilar entre constipação intestinal e incontinência anal. Este quadro resulta em uma condição patológica denominada de disfunção intestinal neurogênica ou intestino neurogênico (IN)<sup>6</sup>.

O IN resulta em dismotilidade colônica e distúrbio evacuatório do assoalho pélvico, o que contribui diretamente para os sintomas de constipação intestinal, incontinência anal e queixas abdominais. Estes sintomas gastrointestinais surgem devido à lesão dos reflexos autonômicos e entéricos que afetam a motilidade intestinal e o processo de evacuação como é o caso após o AVC. A prevalência de incontinência anal após AVC é de 30 a 40% na fase aguda, mantendo-se presente em até 15% na fase crônica<sup>3</sup>. Estima-se que dentre as disfunções anorretais ocasionadas pelo AVC, 25% dos casos apresentem incontinência anal e 91%, constipação<sup>7</sup>.

As disfunções anorretais causam impacto negativo no bem-estar físico e sociocomportamental de pacientes após um AVC, influenciando sua autoestima. Podem ocorrer complicações clínicas como, por exemplo, o desenvolvimento de fecaloma, até mesmo a vontade do

indivíduo de se isolar socialmente devido aos constrangimentos decorrentes<sup>8</sup>. Neste contexto, ações de abordagem terapêutica devem ser ofertadas para a resolução e/ ou melhora do quadro geral.

O tratamento das disfunções anorretais associado ao AVC tem preconizado sobretudo a melhora da qualidade de vida dos pacientes. A abordagem terapêutica para as disfunções anorretais em pacientes neurológicos, de um modo geral, é realizada por meio de intervenções medicamentosas. Em 2022, foi publicado um *Guideline* identificando as principais abordagens em disfunções anorretais em que foram relatados métodos conservadores de terapia comportamental, técnicas de evacuação intestinal, terapia medicamentosa e tratamento cirúrgico. A fisioterapia pélvica é um dos destaques neste *Guideline*<sup>9,10</sup>.

Os benefícios da fisioterapia pélvica na reabilitação das disfunções anorretais após o AVC tem sido destaque na literatura. O número de casos de AVC com disfunções anorretais vem aumentando. Há um desconhecimento por parte da população em geral e de profissionais da saúde sobre a atuação da fisioterapia pélvica nestas condições. Portanto, diante desse contexto buscou-se preencher algumas lacunas no conhecimento com a realização deste estudo. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de indivíduos após AVC com queixas anorretais sobre a realização da FP.

## MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa com aprovação do comitê de ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) sob Parecer número 6.079.707. Foram seguidos os três domínios dos critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa (COREQ)<sup>11</sup>: flexibilidade, análises e achados O anonimato nas falas dos participantes foi garantido utilizando-se a identificação alfanumérica (P - participante, seguido de uma ordem numérica de 1 a 12, de acordo com a ordem de entrada do participante no estudo).

As participantes foram recrutadas por meio de convite em dia de atendimento na Fisioterapia. A amostra foi do tipo conveniência sendo constituída por indivíduos que são pacientes atendidos na clínica escola de Fisioterapia (CEFISIO/ UNICENTRO) no ambulatório de FP. Os critérios de inclusão foram indivíduos acometidos por AVC em seu primeiro episódio, referindo constipação intestinal e que tivessem realizado, no mínimo 10 sessões de FP. Os critérios de exclusão foram participantes que

apresentassem outras doenças neurológicas além do AVC e/ ou déficit cognitivo. Após o aceite do convite, registrado por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e preenchendo os critérios de inclusão, foi agendado com cada participante data e horário para comparecer à avaliação. Os participantes foram recrutados entre novembro de 2024 a março de 2025.

A avaliação foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada composta por um roteiro de perguntas abertas construindo o perfil sociodemográfico e clínico dessa população, caracterização da função intestinal antes e após as sessões de FP, atuação-efeitos-evolução da FP na função anorretal. As entrevistas foram gravadas em celular por meio do aplicativo voice recorder®. Para a definição do tamanho amostral, adotou-se o princípio de saturação teórica dos dados. De acordo com esse método, o número de participantes é concluído quando os conteúdos (falas) das entrevistas começam a apresentar redundância. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009)<sup>12</sup>. As entrevistas foram lidas em profundidade, e então emergiram as categorias. A análise e a interpretação da informação foram provenientes do recorte das transcrições, codificação e categorização da informação encontrada em unidades de significado. Para a descrição do perfil dessas mulheres, as informações colhidas foram inseridas em um banco de dados no programa Excel, e procedeu-se com a análise descritiva.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 12 indivíduos com diagnóstico de AVC do tipo isquêmico. A caracterização sócio clínica da amostra consta na tabela 1. A maioria apresentou comprometimento funcional do tipo hemiparesia e constipação intestinal. Os dois participantes que apresentaram dissinergia na função anorretal relatavam 1 a 2 dias de incontinência anal e o restante um padrão de constipação intestinal. Todos os participantes utilizavam diariamente medicamento laxativo.

A tabela 2 apresenta dados das participantes quanto à função anorretal antes e após as sessões de FP. Todas as participantes apresentaram prejuízos no mecanismo de funcionamento anorretal antes das sessões. E após as sessões houve melhora em todos os parâmetros. Em relação ao tipo de proteção não foi alterado pois esses mesmos participantes ainda estavam em atendimento fisioterapêutico também para disfunções urinárias e continuaram na realização da fisioterapia mesmo após o término desse estudo.

**Tabela 1:** Caracterização sócio clínica da amostra

Variável	
Sexo (masculino: feminino)	8:4
Idade (anos)	56,6 ± 5
Tempo de diagnóstico (meses)	31,3 ± 12
Comprometimento funcional - n(%)	
Hemiparesia	8 (66,6)
Hemiplegia	2 (16,6)
Monoparesia - MS	1 (8,3)
Monoparesia - MI	1 (8,3)
Tipo de disfunção anorretal	
Constipação - n(%)	10 (83,3)
Dissinergia - n(%)	2 (16,6)
Escala Bristol (pontos)	1,7 ± 1
Utilização de medicamento laxativo (n/ %)	12 (100)
Frequência evacuatória (vezes por semana)	2,1 ± 1

n: número de indivíduos; MS: membro superior; MI: membro inferior

**Tabela 2:** Caracterização da função anorretal da amostra

	Antes da FP	Depois da FP
Escala de Bristol	1,7 ± 1	3,67 ± 1,22
Frequência de evacuação (vezes/ semana)	2,1 ± 1	4,41 ± 2,73
Dor para evacuar	6,5 ± 2	3,02 ± 0,79
Incontinência de flatos – n (%)	12 (100)	10
Esforço para evacuar		
Sim	12	3
Não	0	9
Tipo de proteção		
Fralda	4	4
Não usa	0	0

FP: fisioterapia pélvica

Após análise das respostas das participantes, foram identificadas quatro unidades de significados, sendo suas falas categorizadas nestas (Quadro 1).

**Quadro 1.** Unidades de significado

1. Impacto das alterações da função anorretal no estado emocional antes das sessões de fisioterapia
2. Efeito das alterações da função anorretal nas atividades de vida diária antes das sessões de fisioterapia
3. Conhecimento sobre fisioterapia pélvica
4. Efeito da fisioterapia pélvica na função anorretal

### **Unidade 1.** Impacto das alterações da função anorretal no estado emocional antes das sessões de fisioterapia

A disfunção anorretal foi altamente relacionada às questões emocionais e comportamentais dos participantes.

*“Eu me sentia uma pessoa sem valor... pensa não conseguir segurar as fezes, sujava direto as calças, sempre ter que usar fralda... acaba com a pessoa, você homem parece um bebê, um inútil que depende dos outros[...]*

**-P7**

*“... começa a usar fraldas e ficar sempre fedendo... isso sim é ruim... as pessoas falavam... calma logo você volta a andar bem... bem ou mal eu estava andando, me arrastando, mas ninguém imaginava que eu queria parar de estar sempre com um cheiro ruim, queria sair das fraldas... o dia que não precisei mais das fraldas, voltei a controlar as fezes... foi a melhor sensação”* **-P10**

### **Unidade 2.** Efeito das alterações da função anorretal nas atividades de vida diária antes das sessões da fisioterapia

A disfunção anorretal foi percebida como limitante na realização das atividades de vida diária, sobretudo nas atividades de lazer fora do domicílio.

*“Antes da fisioterapia eu não saía de casa... eu pensava e se a fralda vazar ou se eu ficar dias sem ir no banheiro... eu travava fora de casa ou o intestino liberava tudo... como trabalhar? Como ir visitar um vizinho, um parente? Ah não”. –P12*

### **Unidade 3.** Conhecimento sobre fisioterapia pélvica

Os participantes que conheciam sobre FP sempre pensavam na abordagem em relação às disfunções urinárias ou a atuação em gestantes. Para muitos participantes era inconcebível, até iniciarem a FP, procedimentos, exercícios e/ou manobras para melhorar o funcionamento anorretal. Somente após a indicação procuraram maiores informações.

*“Jamais imaginei que tinha fisio para evacuar melhor... aí eu comecei a [pesquisa], porque daí a mulher... que atendia lá na fisio, ela contou que existia, né? e eu perguntava para outras pessoas ... amigos, família e só falavam “será?... eu nunca ouvi falar” –P1*

*“Pra mim a fisioterapia pélvica era só para quem está grávida ou perde urina , eu tive perda de urina no começo mas logo passou e nem fiz fisioterapia, mas para fezes que era o meu problema eu nunca imaginei e hoje até já pergunto para outras pacientes se elas fazem, a minha fisio fica doida porque eu falo para todo mundo procurar lá na clínica.- P11*

#### **Unidade 4.** Efeito da fisioterapia pélvica na função anorretal

Os participantes tiveram benefícios expressivos com a FP pelos relatos apresentados. Tais benefícios foram a melhora do trânsito intestinal, melhora da consistência fecal e até mesmo padrões comportamentais refletidos na melhora da autoestima.

*“Antes os gases ficavam muito preso... eu fazia fisioterapia motora e vivia soltando pum nos movimento”... com a fisio pélvica melhorô também... Que mais... até ir no banheiro... [tô] indo melhor agora”. – P4*

*“Por exemplo, antes de eu [fazê] a fisio eu lembro que era a cada cinco [dia], que eu ia”. “Aí depois eu comecei a [fazê] a fisio... aí agora eu tô indo um dia sim... um dia não, no banheiro”. “É... é bem melhor do que era, não preciso prender a respiração nem fazer força”. –P6*

*“Depois que comecei a fisioterapia eu comecei a [tê] mais controlado o intestino também, porque quando você vai [segurá] xixi, automaticamente a tua bunda ela contraiu também né?...e o que mais gostei, eu saí da fralda e voltei a usar calcinha... pra muitos parece bobo, pra mim foi a glória, voltei a me sentir mulher. –P12*

## **DISCUSSÃO**

A educação em saúde tem como um dos fundamentos a percepção do paciente. Valorizar a percepção e conhecimento do indivíduo sobre suas condições de saúde e a abordagem terapêutica a que está submetido é humanizar as condições de atenção terapêutica: base para adesão e seguimento de um tratamento. Após a ocorrência de um AVC, o indivíduo já sofre impactos físicos, sociais e comportamentais que alteram seu processo de tratamento e, conseqüentemente, prognóstico, assim, a disfunção anorretal é mais uma grande limitação que deve ser considerada na reabilitação após o AVC. Diversos estudos ressaltam a relevância da perspectiva do paciente com comprometimento neurológico no processo de avaliação e tratamento da função urinária<sup>13-15</sup>. Considerar a relevância de estudos qualitativos que ressaltam a opinião/ percepção do paciente

sempre resultará em melhores resultados clínicos uma vez que os dados não são apenas um somatório de números, inferências estatísticas, mas a consideração do indivíduo<sup>16</sup>.

A caracterização da amostra do presente estudo corrobora com a literatura. Todos os participantes apresentaram AVC do tipo isquêmico o que está em concordância com a literatura, como é evidente no estudo de Barella e colaboradores (2019)<sup>17</sup> que atribuiu uma frequência de 93,7% de prevalência de AVC isquêmico e 6,3% para casos do tipo hemorrágico. Em relação ao sexo, a literatura relata predominância do sexo masculino, porém dados demonstrados pela *World Health Organization* revelam que o risco de eventos neurológicos em mulheres aumenta com o passar da idade, sendo que mulheres na faixa-etária entre 45 e 54 tem maior risco de tê-lo<sup>18</sup>.

A hemiparesia predominou quanto à funcionalidade motora dos indivíduos. A amostra deste estudo apresentava-se em fase crônica do quadro da manifestação das sequelas neurológicas. A hemiparesia constitui o comprometimento mais comum após um AVC, sendo relacionada aos déficits musculares e diminuição da função sensitiva, por isso é considerada a principal responsável pelas incapacidades físicas dessa população<sup>19</sup>.

A constipação intestinal foi mais apresentada pelos participantes. O AVC pode interferir especialmente na coordenação muscular do assoalho pélvico, com destaque para os músculos esfíncter anal externo, esfíncter anal interno, puboanal, puborretal e íliococígeos gerando perda de seletividade de recrutamento de unidades motoras que, por sua vez, limita a função desta musculatura e gera quadro de constipação<sup>6</sup>. Adicionalmente, além do comprometimento cinético-funcional ressalta-se que após o AVC, por lesões do sistema nervoso central, ocorre lentificação do peristaltismo colaborando ainda mais para um quadro de constipação<sup>20</sup>. Segundo Campoy e colaboradores (2018)<sup>21</sup>, a incontinência anal e a constipação intestinal são sintomas mais prevalentes após o AVC. O estudo de Majid e Spry (2023)<sup>22</sup> evidenciou que dos pacientes com disfunção intestinal, 50% levam mais de 30 minutos em média para defecar e 70% necessitam de assistência durante a evacuação.

As unidades de significado resultantes da análise das falas das participantes se relacionaram ao impacto da disfunção anorretal no aspecto emocional, realização das atividades de vida diária e também sobre o conhecimento e efeito da FP nesta disfunção. A relevância da categorização dos achados em unidades de significado está vinculada ao fato de elas são uma unidade de registro por ser uma afirmação sobre determinado assunto que envolve componentes racionais, ideológicos,

afetivos e emocionais<sup>23</sup>.

As primeiras unidades de significado identificadas foram o impacto das alterações anorretais em fatores emocionais e nas atividades de vida diária antes da realização das sessões de FP. A constipação intestinal relatada pela maioria da amostra repercutiu profundamente no estado emocional e na falta de desejo em sair de casa. Indivíduos após o AVC e que apresentem problemas anorretais pontuam baixos escores para os domínios relacionados à qualidade de vida e maiores limitações funcionais impactando a realização das atividades de vida diária<sup>22</sup>.

As disfunções anorretais após um AVC impactam negativamente na vida do indivíduo. Há escassez de estudos que investigam as disfunções anorretais associadas ao AVC, mas como ressalta Fitzpatrick e colaboradores (2024)<sup>13</sup> e já foi mencionado neste presente estudo, o quadro clínico decorrente destas disfunções converge para constrangimentos e comprometimento da qualidade de vida, dificultando, por vezes, o retorno efetivo às atividades cotidianas e sociais o que justifica o quadro de repercussão emocional demonstrado na amostra do presente estudo.

Na prática clínica, observa-se que a reabilitação do IN após AVC deve ocorrer precocemente<sup>22,24</sup>. No entanto, o manejo do IN nem sempre é enfatizado, e, muitas vezes, limita-se à prescrição de medicamentos, sem priorizar as medidas conservadoras, não farmacológicas, como as manobras de esvaziamento intestinal realizadas pela FP. A FP após o AVC busca regularizar e preservar a necessidade humana básica de eliminação intestinal, por meio do sinergismo das intervenções propostas. Consiste na realização das manobras de esvaziamento intestinal associadas a mudanças comportamentais relacionadas ao consumo de dieta rica em alimentos laxantes, redução de alimentos constipantes e ingestão hídrica adequada<sup>9</sup>.

Na amostra deste estudo foi muito evidente, ao iniciar o tratamento fisioterapêutico pélvico, o desconhecimento sobre esta área de atuação. Há escassez de informações sobre a FP que cheguem de forma clara, concisa e direta à população. Geralmente, as pessoas que conhecem realmente sobre a FP é porque ou já foram pacientes ou conhecem alguém que é ou já foi paciente que necessitou de FP<sup>25</sup>.

A FP propiciou efeitos benéficos aos participantes deste estudo ressaltado nas falas por melhora do quadro de funcionamento intestinal e abordagem da recuperação da autoestima. Em 2022, foi publicado um *Guideline* identificando as principais abordagens em disfunções anorretais em

que foram relatados métodos conservadores de terapia comportamental, técnicas de evacuação intestinal, terapia medicamentosa e tratamento cirúrgico. A fisioterapia pélvica é um dos destaques neste guideline<sup>16,17</sup>. A atuação da fisioterapia pélvica tem o propósito de melhorar a função anorretal nas doenças neurológicas<sup>18</sup>.

O presente estudo apresenta limitações e potencialidades. Pode ter ocorrido um viés de resposta, uma vez que as percepções e autorrelatos dos participantes depende da memória e o desejo em fornecer respostas socialmente aceitáveis e, assim, isso pode não traduzir a realidade da situação vivenciada por eles. A variabilidade dos níveis de disfunção anorretal que não foram controlados por se tratar de uma amostra de conveniência também pode influenciar nos resultados obtidos.

As potencialidades científicas e clínicas são justamente consideradas pela percepção dos participantes que foi ressaltado neste estudo. O delineamento qualitativo deste estudo colaborou para ressaltar a individualidade do participante. A ênfase atribuída à perspectiva do participante sobre suas condições de funcionamento anorretal e o efeito da FP sobre esse funcionamento possibilita um aprofundamento de reflexões sobre a tomada de decisões nas condutas fisioterapêuticas. Conhecer a dimensão do problema vivenciado sobre a própria percepção dos indivíduos acometidos poderá contribuir para uma maior atenção a disfunção anorretal após o AVC, para o estabelecimento de medidas de reeducação intestinal precoce e, conseqüentemente, para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas. Futuros estudos com esse escopo temático devem ser abordados para demonstrar a relevância e aplicabilidade destas informações a serviço da melhor assistência a indivíduos após o AVC que vão além das limitações motoras e sensoriais.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que a FP foi percebida como efetiva, melhorou o padrão evacuatório e impactou positivamente na qualidade de vida nos domínios físicos, sociais, emocionais e comportamentais. Contudo, muitos participantes demonstraram desconhecimento sobre a FP antes de serem pacientes, indicando a necessidade de mais atividades que enfatizem práticas direcionadas de educação em saúde sobre FP.

A fisioterapia neuro funcional (motora) e a FP devem fazer parte do processo de reabilitação de um indivíduo após o AVC. A FP contribui nas questões físicas, emocionais e sociais promovendo o

bem-estar do indivíduo com a valorizar de abordagens centradas nos reais necessidades e que garantem a preservação da dignidade humana nas questões mais fundamentais como tentar assistir a independência na realização das necessidades fisiológicas básicas.

## REFERÊNCIAS

1. Silva RG, Cobo DL, Foss MHDA, Vale ME, Cavenaghi S. Perfil epidemiológico da unidade de AVC em um hospital de ensino. *Brazilian Journal of Health Review.* 2022; 4(5):22023-30. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/37337/pdf>
2. Lucianelli JD, Melo JIS, Holanda AR, Alencar JP, Rodrigues LJM, Valentim FN. A informação é a principal ferramenta para diminuir a grande incidência de Acidente Vascular Cerebral -AVC e seus agravos na população. *Brazilian Journal of Health Review.* 2022; 5(1):88-94. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/42270/pdf>
3. Lima ACMACC, et al. Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem Associação Brasileira de Enfermagem.* 2016.
4. Lobo PG, et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba,* 2021; 4(1):3498-505 .
5. Prust ML, Forman R, Ovbiagele B. Addressing disparities in the global epidemiology of stroke. *Nature Reviews. Neurology,* 2024.
6. Lopes A, et al. Perfil epidemiológico de pacientes internados por acidente vascular cerebral. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences,* . 2024; 6(7): 36–45.
7. Hakim S, Gaglani T, Cash BD. Neurogenic Bowel Dysfunction: The impact of the Central Nervous System in Constipation and Fecal Incontinence. *Gastroenterology Clinics of North America.* W.B.Saunders; 2022.p.93-105.
8. Holroyd S. Urinary incontinence after stroke. *British Journal of Community Nursing.* 2019; 24(12): 590–4.
9. Burti JS. O papel da Fisioterapia na saúde pélvica. *Fisioterapia e pesquisa.* 2023; 30(1).
10. Kurze I, Geng V, Bothing R. Guideline for the management of neurogenic bowel dysfunction in spinal cord injury/disease. *Springer Nature.* 2022; 60 (5):435-4.
11. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):679-84.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2009.

13. Fitzpatrick MA, et al. Knowledge, perceptions, and beliefs about urinary tract infections in persons with neurogenic bladder and impacts on interventions to promote person-centered care. *Spinal Cord*. 2024 62(5):221-227.
14. Calliga M. C., Porto L. A. Quais pessoas com paraplegia traumática voltam a trabalhar?. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 24(6).
15. Rodrigues SS, Pacífico GC, Buosi BP, Ponce KB, Amorin ML, Lopes KA. Perfil epidemiológico de pessoas com lesão medular atendidas na cidade de manaus. *Rev. Assoc. Bras. Ativ. Mot. Adapt*, 2020 22(2): 225-236.
16. Freyermuth-Trujillo X, Segura-Uribe JJ, Salgado-Ceballos H, Orozco-Barrios CE, Coyoy-Salgado A. Inflammation: A Target for Treatment in Spinal Cord Injury. *Cells*. 2022 29;11(17):2692.
17. Barella RP, et al. Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da Unidade de AVC. *ACM arq. catarin. med*, p. 2019;131–43.
18. Powers WJ, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019;50(12):e344-e418.
19. Saccani R, Germano ST, Santos CQ, Bernardon DCS, Cechetti F, Viçosa BL. Alterações na cinemática da marcha hemiparética: um estudo comparativo. *Saúde E Pesquisa*. 2022; 15(2), 1–11.
20. MA, X. Fecal microbiota transplantation for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front. Immunol., Sec. Alloimmunity and Transplantation* Volume 14 – 2023.
21. Campoy LT, et al. Reabilitação intestinal de indivíduos com lesão medular: produção de vídeo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; 71: 2376–82.
22. Majid U, Spry C. Patient and Care Provider Perspectives on the Management of Fecal Incontinence: A Qualitative Rapid Review. *Canadian Journal of Health Technologies*. 2023; 4(6):1-31.
23. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
24. Dourado CC, Engler TMNM, Oliveira SB. Disfunção intestinal em pacientes com lesão cerebral decorrente de acidente vascular cerebral e traumatismo cranioencefálico: estudo retrospectivo de uma série de casos. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2012 Out-Dez; 21(4): 905-11.
25. Andrade JA, Costa LL, Cavalcante SC, Silva CE. Conhecimento feminino sobre a fisioterapia pélvica na atenção primária. *Distrito Federal. Research, Society and Development*. 2023 12 (2): 1-14.



## Manobra do Ligamento Largo tornou assintomática a “endometriose” de mais de uma centena de mulheres

Gustavo F. Sutter Latorre<sup>1</sup>, Josiane Lopes<sup>2</sup>, Laura R. Foschera<sup>3</sup>, Beatriz Maciel Adame<sup>4</sup>, Milena F. Venâncio Souza<sup>5</sup>, Thaís J. Taborda Barcellos<sup>6</sup>, Bianca J. de Almeida<sup>7</sup>, Cristiane A. Pless<sup>8</sup>, Vanessa S. de Vasconcelos<sup>9</sup>, Michelle P. Machado<sup>9</sup>, Isabella C. M. Bittencourt<sup>9</sup>, Noemir A. S. Moreno<sup>10</sup>, Cátia C. G. Cruz<sup>11</sup>, Vanessa G. Michel<sup>12</sup>, Carine C. Dallastra<sup>13</sup>, Virgínia M. Lopes<sup>14</sup>, Priscila M. e Silva<sup>14</sup>, Letícia M. de Oliveira<sup>15</sup>, Alessandra Soares<sup>16</sup>, Aline S. D. Santos<sup>17</sup>, Gabriele C. Bernardo<sup>18</sup>, Daniela F. Agnoletto<sup>19</sup>, Júlia G. Lima<sup>20</sup>, Ana C. J. Lampe<sup>21</sup>, Daniele C. S. Pacheco<sup>22</sup>, Maiara A. Escobar<sup>23</sup>, Letícia Perini da Silva<sup>24</sup>, Monielly Rosa da Silva Bertol<sup>25</sup>, Sarah Abigail de Andrade<sup>26</sup>, Francine Buckel<sup>27</sup> e Alessandra Ayala<sup>28</sup>

### RESUMO

**Panorama:** A chamada endometriose afetaria uma em cada cinco mulheres, o tratamento é fraco e a patofisiologia desconhecida. **Objetivo:** Descrever os resultados da Manobra do Ligamento Largo (MLL) em mulheres que foram diagnosticadas com endometriose. **Método:** Estudo multicêntrico, longitudinal tipo coorte com dados de prontuários de todas as mulheres com diagnóstico médico de endometriose tratadas com a MLL de janeiro de 2022 a maio de 2025, descrevendo o efeito sobre dor pélvica profunda independentemente da fase menstrual, fadiga, excesso de fluxo menstrual e distensão abdominal, considerando erradicação dos sintomas quando na alta a dor foi referida como ausente (zero na EVA) e os demais sintomas inexistentes. **Resultados:** Após uma média de  $4,7 \pm 4$  sessões todas as 102 mulheres apresentaram dor zero e ausência completa dos sintomas. **Conclusão:** O termo “endometriose” é impreciso e não representa a condição de saúde em si. O diagnóstico é ilógico e o tratamento atual falho e nocivo. Endometriose não existe. A dor genitopélvica profunda em questão e seus sintomas associados são causadas por aderências conectivas profundas, que podem ser regredidas em poucas sessões pela MLL.

### ABSTRACT

**Panorama:** The so-called endometriosis affects one in five women, the treatment is weak, and the pathophysiology is unknown. **Aims:** To describe the results of the Broad Ligament Maneuver (BLM) in women diagnosed with endometriosis. **Method:** Multicenter, longitudinal cohort study with data from medical records of all women with medical diagnosis of endometriosis treated with BLM from January 2022 to May 2025, describing the effect on deep pelvic pain regardless of the menstrual phase, fatigue, excessive menstrual flow and abdominal distension, considering eradication of symptoms when at discharge the pain was reported as absent (zero on VAS) and the other symptoms were nonexistent. **Results:** After  $4.7 \pm 4$  sessions, all 102 women had zero pain and complete absence of symptoms. **Conclusion:** The term “endometriosis” is imprecise and does not represent the health condition. Diagnostic process is illogical and the treatment flawed and harmful. Endometriosis does not exist. The deep genitopelvic pain in question, and its associated symptoms, are caused by deep connective adhesions, which can be regressed in a few sessions by BLM.

**Submissão:** 25/05/2025

**Aceite:** 03/06/2025

**Publicação:** 30/06/2025

<sup>1</sup>Doutor em Medicina, Fisioterapeuta Pélvico, Portal Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil. gustavo@perineo.net  
<sup>2</sup>Fisiot. Pélvica, Guarapuava, PR <sup>3</sup>Fisiot. Pélvica, Chapecó, SC. <sup>4</sup>Fisiot. Pélvica, Nova Friburgo/RJ.  
<sup>5</sup>Fisiot. Pélvica, Parnaíba/PI. <sup>6</sup>Fisiot. Pélvica, Guaira/PR. <sup>7</sup>Fisiot. Pélvica, C. Goytacazes/RJ. <sup>8</sup>Fisiot. Pélvica, MCRondon/PR.  
<sup>9</sup>Fisiot. Pélvica, Porto Alegre/RS. <sup>10</sup>Fisiot. Pélvica, Feira de Santana/BA. <sup>11</sup>Fisiot. Pélvica, Florianópolis/SC.  
<sup>12</sup>Fisiot. Pélvica, Gravataí/RS. <sup>13</sup>Fisiot. Pélvica, Charrua/RS. <sup>14</sup>Fisiot. Pélvica, Picos/PI. <sup>15</sup>Fisiot. Pélvica, São Paulo/SP.  
<sup>16</sup>Fisiot. Pélvica, Curitiba/PR. <sup>17</sup>Fisiot. Pélvica, Canoas/RS. <sup>18</sup>Fisiot. Pélvica, Bauru/SP. <sup>19</sup>Fisiot. Pélvica, Erechim/RS.  
<sup>20</sup>Fisiot. Pélvica, Cáceres/MT. <sup>21</sup>Fisiot. Pélvica, Criciúma/SC. <sup>22</sup>Fisiot. Pélvica, Niterói/RJ. <sup>23</sup>Fisiot. Pélvica, Botucatu/SP.  
<sup>24</sup>Fisiot. Pélvica, Espigão do Oeste/RO. <sup>25</sup>Fisiot. Pélvica, Maringá/PR. <sup>26</sup>Fisiot. Pélvica, Goiânia/GO.  
<sup>27</sup>Fisiot. Pélvica, São Marcos/RS. <sup>28</sup>Fisiot. Pélvica, Florianópolis/SC.

## INTRODUÇÃO

O costume de usar o termo “endometriose” para descrever a dor pélvica profunda de mulheres remonta ao final do século XVII, sendo as primeiras cirurgias visando a remoção das supostas lesões responsáveis pela suposta doença levadas à cabo no início do século XX<sup>1</sup>. Desde então, há mais de um século centenas de milhares de mulheres, ao redor de todo o mundo, vêm sendo tratadas por meio da remoção cirúrgica destes supostos focos dentro da cavidade abdominal, uma abordagem que, tanto falha, quanto necessita reintervenção cirúrgica<sup>2,3</sup>, talvez porque a ideia de conseguir remover todos os focos de endometriose por meio de cirurgia não passe de crença: boa parte das lesões ou não são visualizadas via laparoscopia, ou são mal diagnosticadas no momento do exame<sup>4</sup>. Para piorar, reoperações são realizadas em pelo menos uma em cada cinco pacientes<sup>5-8</sup>.

Uma explicação para o insucesso destas abordagens pode residir no fato de que, ao contrário do que ainda é amplamente acreditado, aquela dor pélvica profunda, interna, comumente classificada sob o termo “endometriose”, na verdade não é causada por focos de tecido endometrial instalados de modo alienígena em estruturas internas à pelve, como fâscias, ligamentos e as paredes de órgãos como útero e intestinos<sup>9,10</sup>. De fato, até o presente inexistente na literatura sequer uma biópsia mostrando que um foco qualquer de “endometriose”, extraído cirurgicamente do corpo de qualquer mulher operada a partir de diagnóstico médico seja, no fim, tecido endometrial<sup>11</sup>.

Interessantemente, ao momento em que se entendeu que este tipo de dor não é causado por focos de endométrio ectópico (uma vez que este nunca foi encontrado), novas teorias como a da origem epigenética (hereditária) ou da origem celômica (células tronco) foram criadas para tentar explicar o problema<sup>12</sup>, que continua existindo – e sendo operado. Na prática as mulheres continuam com a mesma dor – e provavelmente somando outras novas – após o tratamento<sup>2,3,5-8,11</sup>, possivelmente porque ninguém até o presente saiba realmente do que está falando quando o assunto é endometriose. Corrobora esta hipótese o fato de estarem sendo discutidos no presente, por exemplo, casos de “endometriose masculina”<sup>13</sup>.

Tratar, sem se saber exatamente o que se está tratando, é certamente uma receita para o desastre<sup>14</sup>. Ao que parece, essa falha no diagnóstico causal preciso é o que explica a falha no tratamento da dor profunda que aflige uma em cada cinco mulheres<sup>15</sup> e que vem sendo “diagnosticada” como “endometriose”.

Por outro lado, há dois anos chamávamos a atenção para a possibilidade de o que vem sendo chamado “endometriose” não passar de, na verdade, aderências nos tecidos conectivos (fáscias e ligamentos) profundos da pelve, uma situação de causas cinesiológico-funcionais e, portanto, tratamento da mesma ordem, a partir de técnicas manuais de liberação miofascial específicas<sup>16</sup>. Desde então, coroando o conjunto destas técnicas, a Manobra do ligamento Largo<sup>17-20</sup> vem apresentando resultados excelentes no tratamento de todos os tipos de dores genitais profundas, incluindo aquela de mulheres que chegam com diagnóstico de “endometriose”. Considerando o exposto, o objetivo do presente estudo é descrever os resultados da liberação miofascial dos tecidos pélvicos profundos, especialmente os conectivos, a partir das técnicas de liberação miofascial Latorreanas, em especial a Manobra do Ligamento Largo executada por profissional habilitada, particularmente para os casos de mulheres que receberam o diagnóstico de endometriose.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo multicêntrico, longitudinal do tipo coorte, de análise *post hoc*, efetuado a partir de dados anônimos advindos de bancos de dados de clínicas e consultórios de fisioterapia pélvica de 26 cidades, contemplando as seis regiões geopolíticas brasileiras. Participaram por conveniência consultórios de fisioterapia pélvica de abordagem Latorreana, que se voluntariaram à cessão de dados anônimos de pacientes tratadas por dor genitopélvica a partir de 2022, sendo incluídas apenas mulheres com diagnóstico médico prévio de endometriose. Da forma como foi desenhado, este tipo de estudo dispensa avaliação por comitê de ética, de acordo com o inciso V do parágrafo único do artigo primeiro da Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

As responsáveis técnicas enviaram tabelada a idade, tempo de dor, tempo de diagnóstico médico de endometriose e o número de sessões para erradicação da dor e demais sintomas, isso para absolutamente todas as pacientes que chegaram com diagnóstico médico de endometriose no período estudado, independentemente do desfecho. Não foram excluídas pacientes da análise estatística.

Foram considerados sintomas de endometriose a dor pélvica profunda independentemente da fase menstrual, fadiga, excesso de fluxo menstrual e distensão abdominal. Foram considerados erradicação dos sintomas quando, na sessão de alta, a dor foi referida como ausente (zero na escala visual analógica) e os demais sintomas inexistentes. Estatística descritiva foi utilizada para a apresentação e discussão destas variáveis.

## RESULTADOS

Responderam ao chamado por conveniência um total de 27 fisioterapeutas pélvicas formadas por nossa escola, responsáveis por consultórios e clínicas de 26 municípios das seguintes Unidades Federativas: RO, PI, BA, MT, GO, RJ, SP, PR, SC e RS. No total, foram atendidas especificamente por estas profissionais um total de 102 mulheres, todas com diagnóstico médico prévio de endometriose e todas tratadas com a Manobra do Ligamento Largo. A média etária da amostra foi de  $31,9 \pm 7$  (com mínima idade 18 anos e máxima 52 anos).

Ao chegarem nestes nossos consultórios, estas pacientes haviam recebido o diagnóstico médico de endometriose há cerca de  $42,7 \pm 4$  meses (mínima de 1 e máxima de 240 meses diagnosticada), mas sofriam com os sintomas, particularmente a dor genitopélvica, há cerca de  $9,8 \pm 7$  anos (mínima de um e máxima de 38 anos com dor). Portanto, após o diagnóstico médico, estas mulheres ainda continuaram sofrendo com a dor e os demais sintomas por cerca de 10 anos, até encontrarem tratamento eficaz com fisioterapia pélvica.

Todas as pacientes da amostra, sem sequer uma exceção, tiveram a dor e os demais sintomas regredidos em sua totalidade em uma média de  $4,7 \pm 2$  sessões (mínima de uma e máxima de oito sessões), incluindo três pacientes que haviam passado por cirurgia prévia para endometriose sem que os sintomas tivessem sido regredidos. Uma paciente foi curada com apenas uma sessão, 28 delas (27,4%) necessitaram no máximo três sessões e 72 delas (70,6% da mostra) foi curada com cinco sessões ou menos. As demais mulheres (29,4% da amostra) que necessitaram mais do que cinco sessões para a cura, utilizaram no máximo oito sessões para a regressão completa da dor e dos demais sintomas diagnosticados previamente como endometriose.

## DISCUSSÃO

É difícil estimar quando o primeiro humano sentiu dor pois, para tanto, precisaríamos definir quem, a partir dos quatro bilhões de anos de evolução da vida em nosso planeta poderia ser considerado o primeiro humano. Por outro lado, é certo que a dor é mais antiga que a própria humanidade, sendo, provavelmente, o mais arcaico dos nossos sintomas.

As dores genitopélvicas crônicas impactam negativamente a qualidade de vida de centenas de milhares de pessoas em todo o mundo<sup>21</sup>, sendo responsáveis, atualmente, pela maior parte da

demanda nas clínicas e consultórios de fisioterapia pélvica<sup>22</sup>. Um antigo conjunto particular destas dores, embrulhado há cerca de 400 anos sob o termo ‘endometriose’, é responsável pelo sofrimento contínuo de uma em cada cinco mulheres<sup>15</sup>, e para qual o tratamento disponível, além de não resolver o problema, pode causar sequelas ainda piores<sup>2,3,5-8</sup>. Nossos dados demonstraram que mulheres que receberam diagnóstico médico de endometriose sofreram por cerca de 10 anos com as mesmas dores e outros sintomas, inclusive passando por cirurgias que falharam no alívio destes, até encontrarem tratamento efetivo a partir de fisioterapia pélvica especializada.

Estudar o guia de práticas clínicas deste ano para o manejo da endometriose (*guidelines*, no estrangeirismo brega) é um bom caminho para enxergar a desesperadora realidade técnica atual. Por exemplo, o que eles chamam de diagnóstico é, hoje, baseado no seguinte checklist de sintomas: dor pélvica crônica, dismenorreia, impacto sobre as atividades de vida diária, dor profunda durante o sexo, sintomas evacuatórios, sintomas urinários cíclicos e infertilidade, onde deverá ser considerado diagnóstico de endometriose quando a mulher apresentar um ou mais destes sintomas<sup>23</sup>. Repare que, absolutamente todos os sintomas listados, podem estar presentes em centenas de outras condições de saúde totalmente independentes. Ou seja, todos estes sintomas existem também em outras condições de saúde, que podem muito bem serem as responsáveis por eles, sem que para tanto seja necessário fabulizar uma nova doença. De fato, a endometriose é conhecida por ser uma condição sem sinais nem sintomas patognomônicos (aqueles que definem uma doença).

Após recomendar (com evidência C) que seja feita palpação abdominal na busca de redução na mobilidade dos órgãos, o guia recomenda que se inicie o tratamento<sup>23</sup>. Recapitulando: se há um (um!) sintoma genérico e após uma palpação grau C, o tratamento é iniciado. Repare que não houve a investigação de um diagnóstico causal – aquele processo em busca da origem ou causa da dor em si, sendo o tratamento iniciado a partir da presença de um ou mais sinais genéricos e pela suposição da presença de alguma redução (idiopática!) na mobilidade dos órgãos internos. De acordo com o próprio guia o tratamento é iniciado sem um diagnóstico de fato. E mais: segundo o guia, o tratamento em questão consiste na prescrição de anti-inflamatórios, analgésicos e “terapia hormonal” (que no caso significa castração química a partir do uso contínuo de anticoncepcionais, no intuito de impedir o ciclo menstrual). Em suma, a escolha da mulher, portanto, fica entre tentar abrandar a dor com analgésicos ou estar infértil pelo resto da vida. Se este tratamento não aliviar suficientemente as dores, a orientação do guia é a cirurgia para remoção dos focos de endometriose por laparoscopia e

biópsia, para que se avalie se os tais focos eram mesmo de “tecido semelhante ao endometrial”. E para finalizar, quase raiando o absurdo, o guia recomenda que mesmo nos casos nos quais a biópsia não encontrou tecido semelhante ao endometrial, o diagnóstico de endometriose, ainda assim, permaneça!<sup>23</sup> Isso mesmo. Mesmo se os focos não eram endometriose, continua sendo endometriose. O que não encerra disparate, porque o guia ainda descreve a existência de uma ‘endometriose sem sintomas’ – isso mesmo: mulheres onde aqueles tais focos de endometriose podem ser visualizados por laparoscopia, mas que, no entanto, não apresentam nenhum dos tais sintomas que permitiriam o diagnóstico prévio de que elas tinham endometriose!<sup>23</sup> Tudo isso com base na presença de aderências “idiopáticas”. Que inclusive podem não estar lá, embora os sintomas estejam. Ou as aderências até podem estar, mas sem sintomas... ou pode haver sintomas e aderências... ou...

Ah... idiopático! A soma ordinária de dois radicais gregos que permite a nós, cientistas e clínicos, nos escondermos por detrás de uma cortina requintada de obscurantismo, aceitando confortavelmente a nossa própria ignorância e eructando-a na literatura, para lograr o público com a ilusão de que dominamos um assunto sobre o qual, no fim das contas, mal fazemos ideia.<sup>20</sup>

Num determinado trecho o guia de práticas clínicas recomenda que “*mulheres com suspeita de endometriose ou endometriose confirmada devem ser encaminhadas ao ginecologista se...*”<sup>23</sup>. É interessante tentar imaginar de onde veio essa confirmação de endometriose, haja visto tão franzino processo diagnóstico. No mesmo bloco, o guia trata de supostas imagens ultrassonográficas sugestivas de ‘infiltrações profundas da endometriose’<sup>23</sup>. O interessante é que, já é sabido, este tipo de imagem mostra, na realidade, aderências ou fibroses – isso de acordo com a própria reunião de consenso que definiu os critérios ultrassonográficos para o diagnóstico da endometriose<sup>23</sup>. Corroborando, Marchino et al. (2005)<sup>9</sup> demonstram que a fibrose é, de fato, o diagnóstico histológico mais comum nas biópsias de endometriose. Porém – e este é o ponto importante – não há qualquer evidência para sustentar que estas aderências sejam, de fato, endometriose. São sim aderências. Mas batizá-las de endometriose é, no fim das contas, nada mais do que puro achismo.

Aderências e fibroses conectivas são problemas relativamente comuns e de causas das mais variadas: fibrose é o termo genérico utilizado para o excesso na cicatrização de uma descontinuidade traumática do tecido, enquanto aderência é a junção anormal de tecidos que deveriam estar separados independente de trauma, ambas causando diminuição na mobilidade tecidual<sup>24,25</sup>. Elas podem estar presentes em absolutamente qualquer tipo de machucado, do mais banal (um joelho

ralado) ao mais complexo (uma queimadura por radioterapia). Como é possível que o diagnóstico de toda uma condição de saúde pode ser concluído a partir de condições tão genéricas, triviais e prevalentes como são aderências e fibroses? Sabe-se hoje que certas aderências conectivas são na verdade lesões relativamente simples, de origem não traumática e de cunho cinesiológico-funcional, traduzidas em disfunções teciduais que podem ser revertidas até mesmo por fisioterapia à base de terapia manual pura<sup>25,26</sup>.

O presente estudo fornece robusta evidência à Teoria da Origem Cinesiológico Funcional<sup>11</sup> para as dores genitais profundas que, em conjunto, ainda seguem embaralhadas no desarranjo pseudocientífico chamado, mais do que inadequadamente, de endometriose. Estas dores, desde as mais brandas até as mais limitantes e incapacitantes, são originadas causalmente por aderências nos tecidos conectivos, passíveis de serem totalmente regredidas por técnicas específicas de liberação miofascial, como a Manobra do Ligamento Largo, resultando em, como demonstramos, dor zero ao final de umas poucas sessões quando realiza por profissional habilitada. Tudo isso a partir de uma amostra composta por mais de uma centena de mulheres que haviam recebido um diagnóstico médico de endometriose, as quais ao final de uma média de  $4,7 \pm 2$  sessões apresentam, sem exceção, dor genitopélvica ausente (zero) e demais sintomas totalmente regredidos. Uma vez mais, 100% da amostra terminou o tratamento com dor zero e sem os sintomas prévios ou, noutros termos, sem “endometriose”.

A junta formada pelo presente estudo e seu precessor<sup>11</sup> ombréia as bases racionais para o entendimento da patofisiologia da dor genitopélvica crônica, encontrada em pessoas que, algum dia, receberam como diagnóstico o verbete “endometriose”. Apresenta também as bases racionais e massiva evidência empírica para a Teoria da Origem Cinesiológico-Funcional destas dores e demais sintomas, que explica que tais manifestações são causadas principalmente por aderências em tecidos conectivos (fáscias e ligamentos).

Causas miofasciais exigem abordagens miofasciais. Em nosso estudo, mais de uma centena de mulheres tratadas, exclusivamente, por manobras de liberação miofascial, teve zerada não apenas a dor, mas também todos os demais sintomas associados, ao final de uma média de 4,7 sessões – e tudo isso para 100% da amostra: nem sequer uma paciente não teve sua dor e demais sintomas completamente regredidos ao final de, no máximo, oito sessões de liberação miofascial. Este fato compõe uma robusta evidência de que, não só as dores em questão são de fato de origem miofascial,

mas também de que o moribundo conceito de endometriose é medíocre, defectivo, desqualificado, e obsoleto, além de danoso e maligno, devendo, portanto, ser imediatamente abandonado pela comunidade em geral. A responsabilidade para tanto deve partir, por dívida histórica, de nós, comunidade acadêmica e clínica, pelo fato de que nós, parte por ignorância, parte por negligência, fomos os responsáveis pela difusão e perpetuação daquele desastrado conceito, iconizado sob a infeliz e equivocada égide ‘endometriose’. Felizmente, sempre há tempo para se melhorar.

A expressão “de volta à prancheta” é utilizada para indicar a necessidade de um recomeço completo, quando a execução de um projeto falhou desastrosamente. Não é uma questão de vergonha, mas muito pelo contrário, do reconhecimento de que a falha foi fatal e de que o recomeço é inevitável. Tudo bem. Afinal, nem sempre as coisas saem como o esperado e, em muitas delas, o erro foi tão drástico que a correção do rumo ainda em curso fica inviável. Ao que tudo indica, este é o caso daquilo que ficou conhecido como endometriose. Neste ponto não podemos ter medo de retornar à prancheta, mais precisamente ao momento no qual, em 1921, alguém resolveu definir – ao mais clássico estilo de empirismo medieval – que um certo conjunto de dores genitopélvicas era causado por implantes alienígenas de menstruação retrógrada em outras partes do corpo – coisa que jamais foi confirmada. A partir de então, ao melhor estilo telefone-sem-fio, o meme foi se alastrando até se tornar um dogma dentro das ciências da saúde, com direito à caça-às-bruxas e tudo mais, onde parte da torcida, apaixonada e inflamada, segue tentando, de modo rengo, antiquado, inútil e daninho, remendar o irremendável: hoje há consenso científico de que a ideia de implantes ectópicos de refluxo menstrual não é mais sequer aceitável como explicação para a endometriose<sup>29</sup>. Especialmente porque focos ectópicos de tecido devem, invariavelmente, se comportar como um autotransplante – fenômeno largamente documentado hoje – e para o qual o tecido implantado deve ser e se comportar identicamente ao tecido original<sup>30</sup>. Noutros termos, os tais implantes de menstruação retrógrada deveriam ser exata e precisamente idênticos endométrio, com todas as suas características originais, e não um “tecido semelhante a”. Tudo isso foi há mais 20 anos incisivamente apresentado por Redwine (2002)<sup>30</sup>, sob corpulenta documentação: ele reuniu mais de 40 estudos de biópsias comparando a histologia, morfologia, biologia e os receptores hormonais de amostras de focos identificados como endometriose, contra tecidos endometriais genuínos, demonstrando inequivocamente que estes tecidos eram absolutamente diferentes entre si, tanto em atividade enzimática, quanto em clonalidade de origem, expressão protéica e nas características histológicas e

morfológicas. Em seu artigo visceral, que já completa mais de duas décadas,<sup>30</sup> Redwine estava certo: Sampson estava errado. Interessantemente, ainda hoje a maioria tem preferido, muitas vezes de forma deliberada, ignorar esta realidade.

Nada a se estranhar, no entanto, numa época na qual a ignorância por escolha vem se tornando mais e mais frequente entre as pessoas, tornando-se inclusive tema central de interessantes estudos psiquiátricos<sup>31</sup>, com direito inclusive a metanálise<sup>32</sup>. Neste ínterim, a ideia desastrosa de que as dores genitopélvicas causadas por aderências conectivas profundas são, na verdade, uma doença fantasmagórica, de diagnóstico enigmático e tratamento de pouco ou nenhum fundamento – aglutinada sob a estigmatizante égide de endometriose – deve ser abandonado imediatamente, independentemente do negacionismo nela incrustado.

Caso contrário, se o claudicante conceito de ‘endometriose’ continuar sendo patrocinado, tanto pela ciência acadêmica quanto pela clínica, impreterivelmente milhões e milhões de mulheres seguirão sendo castradas, amputadas ou convencidas a sobreviver com dor pelo resto da vida, cada uma delas resumida em reles pontos percentuais na cruel contabilidade das vítimas do abismo entre a ciência acadêmica e a prática clínica, que ao crepúsculo do primeiro quarto do século XXI segue, ainda, abissal como sempre. A decisão de encarar estes fatos (acompanhada de um gentil lembrete de que os conceitos de ignorância e negligência são absolutamente distintos) cabe à cada profissional de saúde envolvido no acolhimento deste quase um bilhão de mulheres acometidas pelos seis continentes do mundo, em cada país, Estado, em cada bairro da vizinhança, dentro das nossas próprias casas. A responsabilidade pela dor de cada uma destas pessoas recai sobre os ombros de cada uma de nós, que carrega em si o título de profissional da saúde, sob uma singela autoindagação: daqui há 50 anos, de que lado da história queremos estar?

## CONCLUSÃO

O termo “endometriose” é impreciso e não representa a condição de saúde em si. O diagnóstico é ilógico, baseado em sinais e sintomas genéricos presentes em centenas de milhares de outras condições e, na ausência de um diagnóstico causal preciso, o tratamento é falho.

Por outro lado, fisioterapia pélvica, a partir de liberação miofascial profunda pela Manobra do Ligamento Largo, foi eficiente na regressão completa da dor de 100% de uma mostra composta por

102 mulheres que receberam diagnóstico prévio de endometriose, para a qual foi necessária uma média de  $4,7 \pm 4$  sessões. Nenhuma paciente da amostra não teve seus sintomas, incluindo a dor genitopélvica, completamente regredida ao final de, no máximo, oito sessões.

Estas pacientes, equivocadamente diagnosticadas sob o termo “endometriose”, na verdade possuem aderências miofasciais nos tecidos conectivos, superficiais ou profundos, particularmente todo o conjunto de ligamentos e fâscias endopélvicas principalmente ao redor do útero e dos ovários, as quais podem ser tratadas com sucesso por técnicas específicas de liberação miofascial. A Manobra do Ligamento Largo, quando realizada por profissional habilitada, regride todos os sintomas da endometriose em uma média de 4,7 sessões.

Portanto, a patofisiologia que deveria explicar a condição de saúde chamada de endometriose é falsa. Noutros termos, endometriose, como patologia, não existe. A doença “endometriose”, não existe de fato. Não há embasamento racional, teórico ou empírico para que hoje, aquilo que ainda segue sob a alcunha de endometriose, esteja no hall de qualquer classificação de condições de saúde. O que existe em quase um bilhão de mulheres são aderências profundas nos tecidos conectivos ao redor ou não dos órgãos pélvicos, passíveis de tratamento por técnicas miofasciais específicas. O dogma dos implantes ectópicos de endométrio aprisionados em outras estruturas pélvicas deve ser imediatamente abandonado, assim como o uso técnico e o popular do pernicioso termo endometriose.

## REFERÊNCIAS

1. Seckin T. History of Endometriosis. Disponível em: <https://drseckin.com/history-of-endometriosis/>. Acesso em 07/05/2025.
2. Parker JD, Leondires M, Sinaii N, Premkumar A, Nieman LK, Stratton P. Persistence of dysmenorrhea and nonmenstrual pain after optimal endometriosis surgery may indicate adenomyosis. *Fertil Steril.* 2006 Sep;86(3):711-5.
3. Becker CM, Gattrell WT, Gude K, Singh SS. Reevaluating response and failure of medical treatment of endometriosis: a systematic review. *Fertil Steril.* 2017 Jul;108(1):125-136. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.05.004. PMID: 28668150; PMCID: PMC5494290.
4. Koninckx PR, Ussia A, Gordts S, Keckstein J, Saridogan E, Malzoni M, Stepanian A, Setubal A, Adamyan L, Wattiez A. The 10 "Cardinal Sins" in the Clinical Diagnosis and Treatment of Endometriosis: A Bayesian Approach. *J Clin Med.* 2023 Jul 7;12(13):4547.
5. Casper RF. Progestin-only pills may be a better first-line treatment for endometriosis than combined estrogen-progestin contraceptive pills. *Fertil Steril.* 2017;107(3):533–536. 6.

6. Vercellini P, Vigano P, Somigliana E, et al. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;10(5):261–275. 7.
7. Vercellini P, de Matteis S, Somigliana E, et al. Long-term adjuvant therapy for the prevention of postoperative endometrioma recurrence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013; 92:8–16. 8.
8. De Cicco C, Corona R, Schonman R, et al. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG.* 2011;118(3):285–291.
9. Marchino GL, Gennarelli G, Enria R, Bongioanni F, Lipari G, Massobrio M. Diagnosis of pelvic endometriosis with use of macroscopic versus histologic findings. *Fertil Steril.* 2005 Jul;84(1):12- 5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.09.042. PMID: 16009147.
10. Istrate-Ofițeru AM, Mogoantă CA, Zorilă GL, et al. Clinical Characteristics and Local Histopathological Modulators of Endometriosis and Its Progression. *Int. J. Mol. Sci.* 2024.
11. Ayala A, Latorre GFS. Focos de endometriose não são tecido endometrial: Teoria da Origem Cinesiológico-Funcional. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2024;4(1)92-100. DOI: 10.62115/rbfp.2024.4(1)92-100.
12. Bastos LF, Camacho SD, Rodrigues LD, et al. Endometriose: fisiopatologia, diagnóstico e abordagem terapêutica. *Braz. J. Hea. Rev. [Internet].* 2023 Aug. 7 [cited 2024 Dec. 3];6(4):16753-64.
13. Mandal A, Tantia O, Datta J. *et al.* Male Endometriosis: Extremely Rare Condition with Unusual Presentation as Haematuria—A Case Report. *Indian J Surg*, 196–199 (2025). <https://doi.org/10.1007/s12262-024-04105-x>.
14. DeLancey JOL. Stress urinary incontinence: Where are we now, where should we go? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996:175(2)311-9.
15. Moradi Y, Shams-Beyranvand M, Khateri S, Gharahjeh S, Tehrani S, Varse F, Tiyuri A, Najmi Z. A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. *Indian J Med Res.* 2021 Mar;154(3):446-454. doi: 10.4103/ijmr.IJMR\_817\_18. PMID: 35345070
16. Latorre GFS. Manobras de liberação miofascial dos ligamentos profundos (Manobra do Ligamento Largo) nos tratamentos de infertilidade e endometriose. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(2)27-33. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(2)27-33.
17. Latorre GFS, Gil NA, Echavarría VR, Ayala A. Liberação miofascial (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2022) 2(1)4-15.
18. Mufatto AA, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo reduz dor e outros sintomas da dismenorreia primária. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)45-54. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)45-54.
19. Cavalheiro E, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo versus Liberação Miofascial Instrumentalizada na SPM e dismenorreia. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)55-66. DOI:

10.62115/rbfp.2023.3(3)55-66.

20. Latorre GFS, Rosa LN. Manobra do Ligamento Largo aumenta em mais de 500% a espessura do endométrio: relato de caso. Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(3)67-75. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)67-75.
21. Farmer MA, Meston CM. Predictors of genital pain in young women. Arch Sex Behav. 2007 Dec;36(6):831-43. doi: 10.1007/s10508-007-9199-7. Epub 2007 Aug 3. PMID: 17674182; PMCID: PMC2857760.
22. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, et al. (Quase) todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(2)63-70.
23. DeMaio A, McTiernan A, Durand O' Connor A, Reidy F, O' Neill, A. National Clinical Practice Guideline: Assessment and Management of Endometriosis. National Women and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists. March 2025.
24. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016 Sep;48(3):318-32. doi: 10.1002/uog.15955. Epub 2016 Jun 28. PMID: 27349699.
25. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. (2018). Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
26. Guirro, E. & Guirro, R. (2004). Fisioterapia Dermato-Funcional: Fundamentos, Recursos, Patologias (3ª ed., pp. 437-463). Barueri, SP: Manole.
27. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.
28. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, et al. Novas técnicas de Liberação Miofascial para Dor Genital e Sexual. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)5-15.
29. Amro B, Ramirez Aristondo ME, et al. New Understanding of Diagnosis, Treatment and Prevention of Endometriosis. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 31;19(11):6725.
30. Redwine DB. Was Sampson wrong? Fertil Steril. 2002 Oct;78(4):686-93. doi: 10.1016/s0015-0282(02)03329-0. PMID: 12372441.
31. Arfini S, Magnani L. Embodied Irrationality? Knowledge Avoidance, Willful Ignorance, and the Paradox of Autonomy. Front Psychol. 2021 Nov 26;12:769591.
32. Vu L, Soraperra I, Leib M, et al. (2023). Ignorance by choice: A meta-analytic review of the underlying motives of willful ignorance and its consequences. *Psychological Bulletin*, 149(9-10), 611–635. <https://doi.org/10.1037/bul0000398>.

## Nível de desempenho sexual em universitários do sul brasileiro



Clarissa Niero Moraes<sup>1</sup>, Hamilton Roberto Moreira de Oliveira Carriço<sup>2</sup>  
José Vitor Bervig de Almeida<sup>2</sup>, Otávio Jamarini Goulart<sup>3</sup>

**Submissão:** 11/05/2025

**Aceite:** 30/05/2025

**Publicação:** 30/06/2025

### RESUMO

**Panorama:** Disfunções sexuais se caracterizam por alterações no ciclo de resposta sexual, afetadas pela gestação, renda e orientação sexual. A disfunção erétil (DE) atinge jovens e minorias sexuais em maior proporção. A fisioterapia pélvica (FP) reabilita o assoalho pélvico, prevenindo disfunções em geral. **Objetivo:** Avaliar o nível de desempenho sexual de universitários numa instituição do Sul de Santa Catarina. **Método:** Observacional transversal analítico, com dados secundários de questionários eletrônicos. Coleta pelo *Google Forms* a partir do QS-M, QS-F e IIFE. **Resultados:** Responderam 135 participantes, 105 mulheres e 30 homens entre 18 e 29 anos. Houve maior prevalência feminina de desempenho "regular a bom". Homens apresentaram maior satisfação sexual, com baixa incidência de DE. Fatores como juventude, resiliência psicológica, menor exposição a estressores e maior nível de educação sexual contribuíram para os resultados positivos. **Conclusão:** A fisioterapia pélvica e o apoio psicológico são importantes na prevenção e tratamento de disfunções sexuais, necessitando-se de abordagens integrais para promover o bem-estar sexual.

### ABSTRACT

**Background:** Sexual dysfunctions are characterized by changes in the sexual response cycle, affected by pregnancy, income and sexual orientation. Erectile dysfunction (ED) affects young people and sexual minorities in greater proportion. Pelvic physiotherapy (PF) rehabilitates the pelvic floor, preventing dysfunctions in general. **Aims:** To evaluate the level of sexual performance of university students at an institution in the South of Brazil. **Method:** Observational cross-sectional analytical, with secondary data from electronic questionnaires. Data were collected by Google Forms by the QS-M, QS-F and IIFE. **Results:** 135 participants, 105 women and 30 men between 18 and 29 years old. There was a higher prevalence of female performance "regular to good". Men presented higher sexual satisfaction, with a low incidence of ED. Factors such as youth, psychological resilience, less exposure to stressors and a higher level of sexual education contributed to the positive results. **Conclusion:** Pelvic physiotherapy and psychological support are important in the prevention and treatment of sexual dysfunctions, requiring comprehensive approaches to promote sexual well-being.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde, Discente de Fisiot. e Med. da UNISUL, Tubarão/SC, prof.clarissanm@gmail.com

<sup>2</sup> Docentes do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão/SC.

<sup>3</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão/SC.

## INTRODUÇÃO

O corpo humano, conhecido por sua capacidade multifacetada, destaca-se pela complexidade e importância da pelve em sua estrutura. Contemporaneamente, a saúde plena tem chamado atenção na rotina das pessoas, com isso a fisioterapia tem ganhado destaque, e sua especialidade “pélvica” desempenha um papel crucial na reabilitação e fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, prevenindo e tratando disfunções como incontinência urinária e prolapso de órgãos. Essa estrutura óssea, composta por ílio, ísquio, púbis, sacro e cóccix, localiza-se na base da coluna vertebral e é fundamental para suportar as vísceras abdominais, além de desempenhar funções esfinterianas e na manutenção da pressão vaginal<sup>1</sup>, assim, no escopo da fisioterapia pélvica, estão inclusas as disfunções sexuais.

As disfunções sexuais femininas, assim como as masculinas, se caracterizam por falta, excesso, desconforto e/ou dor no desenvolvimento do ciclo de resposta sexual, o que prejudica uma ou mais das fases desse ciclo (desejo, excitação e/ou orgasmo), podendo inclusive bloqueá-lo em determinado momento do seu desenrolar<sup>2</sup>.

Sabendo-se que as disfunções sexuais podem ser desencadeadas por vários fatores, no que tange as mulheres e diz respeito ao estado gestacional e renda influenciando diretamente no desejo e excitação, condições financeiras podem influenciar nos níveis de lubrificação e sua situação sociodemográficas como um todo influenciando diretamente nas disfunções sexuais<sup>1</sup>.

O gênero masculino também ganha seu espaço nas pesquisas de disfunção sexual, a disfunção erétil (DE) não é exclusiva de pessoas mais velhas, e se faz presente em estatísticas juvenis. Martins (2015)<sup>3</sup> trouxe relatos de jovens na faixa de 18 a 25 anos com DE seja leve ou moderada.

Homens pertencentes a minorias sexuais apresentam taxas mais altas de disfunção erétil do que homens heterossexuais, apesar de fatores de risco biomédicos semelhantes. Uma meta-análise de quatro estudos revelou que homens homossexuais têm 1,5 vezes mais chances de relatar disfunção erétil. Uma pesquisa com mais de 2.000 estudantes de medicina na América do Norte mostrou que 13,2% dos entrevistados do sexo masculino se identificaram como gays, e a incidência de Disfunção Erétil foi duas vezes maior entre os estudantes homossexuais em comparação com os heterossexuais<sup>4</sup>. Dado o exposto, as questões norteadoras do presente estudo foram: qual o nível de desempenho sexual de universitários numa universidade do sul brasileiro? Haveria associação das

variáveis de desempenho sexual com o perfil sociodemográfico?

## MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal analítico, que utilizará dados secundários, oriundos de questionários eletrônicos, como fonte de informação. A população do estudo foi constituída pelo censo dos universitários de uma universidade do sul de Santa Catarina. Foram incluídos os alunos de ambos os sexos que aceitarem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da análise menores de 18 anos e aqueles indivíduos cujos dados estejam incompletos ou implausíveis, ou seja, questionários com menos de 75% das variáveis preenchidas.

A coleta de dados foi feita a partir da plataforma *Google Forms*, geradora de questionário eletrônico, o qual foi realizada pelos alunos pesquisadores, devidamente capacitado e registrado no projeto de pesquisa via CEP. Para realização da presente pesquisa foi utilizado um formulário padrão, que foi desenvolvido pelos pesquisadores. As variáveis do formulário foram inseridas no *software Excel®* para realização da coleta de dados. Os dados ficarão salvos em um sistema de “nuvem”.

As variáveis estudadas foram: identidade de gênero, idade, estado civil, turno de estudo, orientação sexual, estado civil, quantidade de parceiros sexuais nos últimos seis meses. O nível de desempenho sexual foi avaliado com as escalas de Quociente Sexual - Versão Masculina (QS-M); Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F); Índice Internacional de Função Erétil (IIFE). Nas escalas de QS-M e QS-F, compor-se-ão de 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, o que resulta num índice total que varia de 0 a 100. Na escala feminina (QS-F) a sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão. Visarão avaliar além do desempenho, a confiança/satisfação e sintonia. Os valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual. Sendo assim, a pontuação das escalas QS são interpretadas como: 82-100 pontos: bom a excelente; 62-80 pontos: regular a bom; 42-60 pontos: desfavorável a regular; 22-40 pontos: ruim a desfavorável; 0-20 pontos: nulo a ruim.

O IIFE que será aplicado aos homens, e suas 15 questões se referirão ao período das últimas 4 semanas a partir da data que responderão o questionário, com questionamentos que ponderam

acerca da função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação global por intermédio de 5 alternativas para cada indagação. Assim, quanto menor a pontuação, mais comprometida encontra-se a função erétil, desde que o sujeito avaliado procure ou esteja disponível para atividades sexuais. Pela pontuação gerada, pontos de corte classificam a função erétil em cinco categorias: sem disfunção erétil (30 a 26); disfunção erétil mínima (25 a 22); disfunção erétil leve (21 a 17); disfunção erétil moderada (16 a 11); disfunção erétil grave (10 a 6).

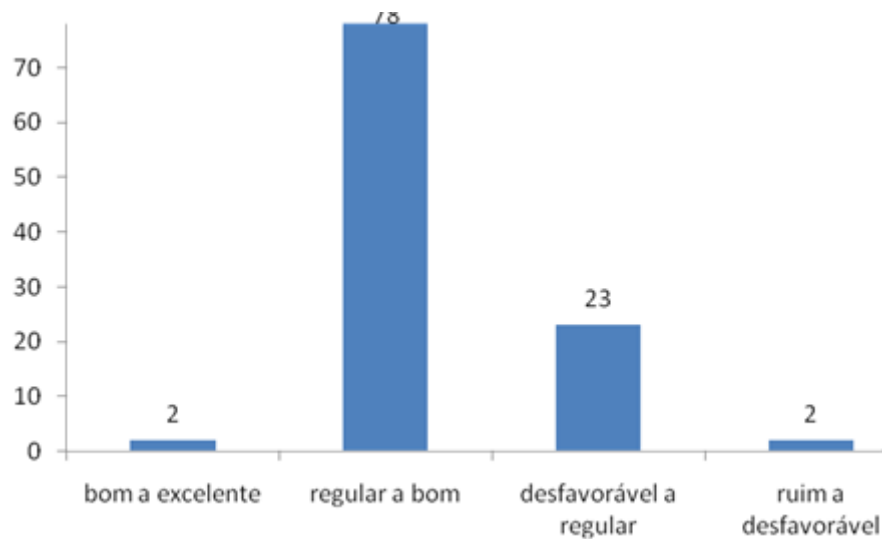
Para a análise estatística foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão, para variáveis quantitativas e porcentagens para variáveis qualitativas. Foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson ( $p < 0,05$ ) para a análise das associações entre as variáveis. Para a comparação dos valores médios foi utilizado o teste T de Student ( $p < 0,05$ ) ou ANOVA para maior número de grupos. O programa Excel foi utilizado na elaboração do banco de dados e o software Stata 13.0, para análise dos dados. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina sob Número do Parecer: 6.811.818.

## RESULTADOS

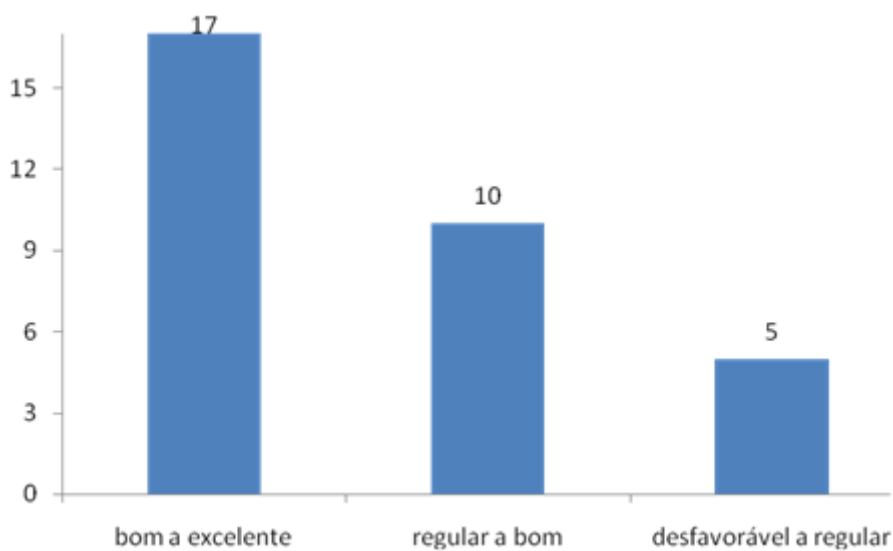
Responderam ao estudo 135 alunos, sendo 105 mulheres e 30 homens. A faixa etária mais prevalente dos alunos que responderam à pesquisa foi de 18 a 29 anos (88,9%), sendo 119 de etnia branca (88,1%). Destes 110 alunos (81, 5%) são solteiros. Em relação a classe econômica 57 pertencem a Classe C (Renda média, variedade de níveis educacionais e ocupações.) e 50 alunos a Classe B (Renda média a alta, nível educacional variado e ocupações diversas). Quando perguntados sobre a residência, 108 alunos vivem em área urbana (80%) e 124 cursam área da saúde (91,9%).

Sobre a pergunta "*já teve algum contato com educação sexual*", 127 alunos responderam que sim (94,1%), seja na escola, universidade, campanhas públicas, em casa etc. Em seguida o voluntário era direcionado ao questionário que mais se identificava, com as opções de masculino e feminino. O resultado do QS-F está no gráfico 1. Ainda, 78 mulheres relatam que seu desempenho/satisfação sexual corresponde de regular a bom. O resultado do QS-M está no gráfico 2. Para 17 homens o resultado de bom a excelente, mas se compararmos com as mulheres, tivemos 75% delas com este resultado sendo que nos homens são 53%. Com os homens também foi aplicado o IIFE que está representado no gráfico 3.

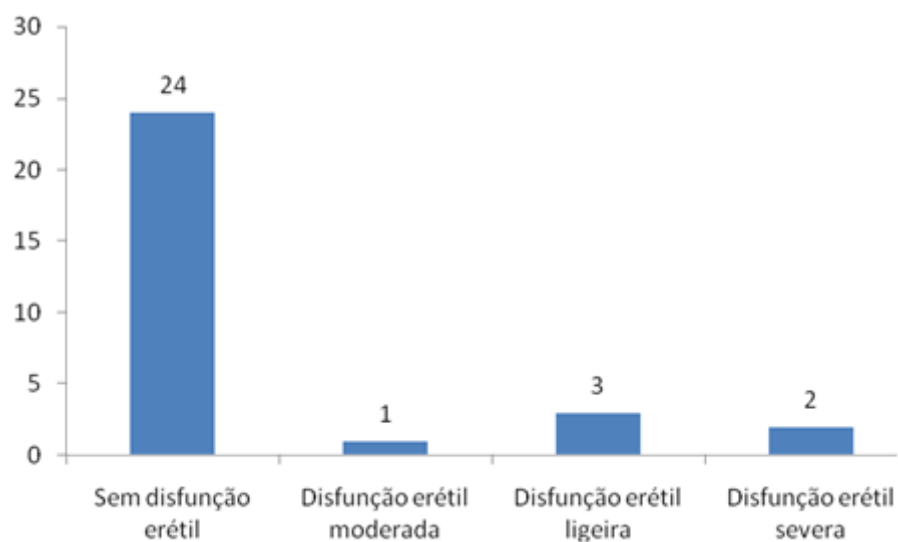
**Gráfico 1:** Resultado Quociente Sexual - Versão Feminina (QS-F).



**Gráfico 2:** Resultado Quociente Sexual – Versão Masculina (QS-M).



**Gráfico 3:** Resultado Índice Internacional de Função Erétil (IIFE).



## DISCUSSÃO

Os resultados de diversos estudos apontaram que o desempenho sexual feminino, em geral, é amplamente positivo, com a maioria das participantes relatando experiências satisfatórias em suas relações íntimas. Esse panorama reflete um equilíbrio nesse aspecto, favorecendo o bem-estar e a conexão nas interações sexuais. Apenas uma pequena parcela das participantes relatou dificuldades ocasionais, que raramente comprometem a percepção global da vida sexual. Esses achados ressaltam a capacidade feminina de vivenciar sua sexualidade de maneira plena e satisfatória, evidenciando uma vivência sexual predominantemente saudável e prazerosa.

A satisfação masculina no sexo está ligada não apenas as suas funções biológicas, mas também na construção social da imagem masculina como membro da comunidade de forma geral. A disfunção sexual pode ser causada por alterações no sistema nervoso simpático e parassimpático, falhas na via aferente somática ou problemas na neurotransmissão da via eferente. Além disso, fatores psicológicos, como alterações na percepção da imagem corporal e sentimentos de inadequação, podem dificultar o alcance de uma função sexual satisfatória<sup>5</sup>.

A percepção de que a sexualidade masculina é mais tranquila e menos sujeita a pressões pode estar relacionada à ausência de um controle histórico sobre o corpo masculino, o que, ao longo do tempo, proporcionou maior liberdade sexual em comparação com as mulheres. No entanto, essa liberdade é frequentemente limitada por padrões culturais e sociais rígidos, como a heterossexualidade e a expectativa de uma masculinidade hegemônica, que exige comportamentos de "descontrole" sexual, enquanto a passividade feminina é muitas vezes exigida.

Assim, embora os homens tenham maior liberdade em relação à sexualidade, essa liberdade é, muitas vezes, condicionada por um modelo social que impede uma sexualidade mais igualitária e afetiva, além de influenciar as dinâmicas de paternidade<sup>6</sup>. A própria fisioterapia pélvica mostra a intrínseca relação da saúde muscular e psicológica do paciente, a disfunção erétil (DE) e a ejaculação precoce (EP) são condições que envolvem a dificuldade ou incapacidade de atingir e manter uma ereção peniana adequada para uma relação sexual satisfatória. Essas disfunções podem ser sinais de problemas de saúde subjacentes, especialmente doenças relacionadas ao sistema cardiovascular<sup>7</sup>.

Um exemplo disso é o desequilíbrio entre a contração e o relaxamento da musculatura lisa do corpo cavernoso, além de fatores psicológicos que também podem contribuir para o quadro. Assim

fica claro que a percepção de maior liberdade sexual é influenciada pela ausência histórica de controle sobre o corpo masculino, o que proporciona menos pressões em comparação às mulheres. No entanto, fatores sociais e culturais ainda impõem expectativas rígidas sobre a masculinidade. A fisioterapia pélvica, ao tratar aspectos físicos e psicológicos, pode ajudar a melhorar a função sexual masculina, promovendo o bem-estar geral<sup>8</sup>.

A maioria dos pesquisados não possuem disfunção erétil, representando 80% dos homens entrevistados. A baixa prevalência de disfunção erétil em homens jovens pode ser explicada pela combinação de fatores fisiológicos e psicológicos que atuam sinergicamente. A justificativa pela qual a maioria dos entrevistados não apresenta disfunção erétil está intimamente ligada à interação complexa entre fatores fisiológicos e psicológicos. Fisiologicamente, a ereção é um reflexo neurovascular que depende da inervação parassimpática, que é a principal responsável pela ativação dos processos que levam à liberação de óxido nítrico, relaxamento vascular e aumento do fluxo sanguíneo nos corpos cavernosos, resultando na ereção<sup>9</sup>.

Quando analisamos as causas das disfunções sexuais, é importante considerar a natureza psicossomática dos problemas, em que fatores emocionais, como o poder reativo de um indivíduo diante de um estímulo, podem ser cruciais para o equilíbrio sexual<sup>10</sup>. Além disso, a resiliência psicológica, que permite que muitas pessoas se adaptem a estressores sem adoecer psicologicamente, pode ser um fator protetor, especialmente em homens jovens que estão mais protegidos das pressões externas, como evidenciado por estudos sobre resiliência em situações de estresse<sup>11</sup>.

Dessa forma, a integração entre o sistema nervoso central e os aspectos emocionais e psicológicos desempenha um papel fundamental na manutenção da função erétil saudável. Adicionalmente, ao considerar os dados da pesquisa, com destaque na adesão de jovens homens cisgêneros entre 18 e 29 anos, pertencente às classes sociais A e B, com rendas e escolaridade relativamente altas, muitos não exercem atividades laborais ou possuem um trabalho de meio período, o que pode reduzir as pressões externas e contribuir para o bem-estar psicológico. Ademais, os dados do questionário de sexualidade masculina (QS-M) indicam que os participantes, em sua maioria, relataram sentir prazer mútuo após o ato sexual, o que reforça a importância da estabilidade emocional e da resiliência psicológica na manutenção de uma função sexual saudável.

## CONCLUSÃO

Em conclusão, os resultados desta pesquisa evidenciam um desempenho sexual predominantemente positivo entre os universitários da Universidade do Sul de Santa Catarina, refletindo a interação entre fatores fisiológicos e psicológicos no contexto das disfunções sexuais. A maioria das participantes femininas demonstrou um nível de desempenho sexual classificado como "regular a bom", com destaque para a satisfação e sintonia nas relações sexuais, enquanto os homens, apesar de apresentarem um desempenho ligeiramente inferior em comparação com as mulheres, mostraram uma prevalência baixa de disfunção erétil, o que indica que, em sua maioria, não enfrentam dificuldades significativas nesse aspecto. Esses achados podem ser atribuídos a fatores como a juventude da amostra, a resiliência psicológica e a menor exposição a estressores externos, especialmente entre os indivíduos das classes sociais mais altas, que podem ter uma maior estabilidade emocional e um contexto de vida menos desafiador. A presença de educação sexual também parece ter contribuído para uma maior conscientização e percepção positiva sobre a sexualidade, o que reflete uma abordagem mais equilibrada e saudável sobre o tema.

Embora os dados apresentados indiquem um cenário global de satisfação e equilíbrio, é importante destacar que as disfunções sexuais, como a disfunção erétil nos homens, não estão ausentes, embora sejam em menor grau. Este estudo sublinha a relevância da fisioterapia pélvica e do apoio psicológico no tratamento e prevenção de tais condições, destacando a importância de abordar a sexualidade de forma integral, considerando os aspectos físicos, emocionais e sociais.

Portanto, as conclusões deste trabalho reforçam a importância de estudos contínuos sobre a saúde sexual dos universitários, promovendo estratégias de prevenção e intervenção que possam contribuir para o bem-estar geral e para a qualidade das experiências sexuais dos indivíduos, especialmente em faixas etárias jovens, como a presente amostra.

## REFERÊNCIAS

1. Stein SR, Pavan FV, Carneiro-Nunes EF, Latorre GFS. Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública. Rev Ciências Médicas [Internet]. 2019 Feb 18 [cited 2025 May 11];27(2):65–72. Available from: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/4242>
2. Colson M-H, Lemaire A, Klein P. Sexuality of Repartnered Men and Women in France: Sexual

Behaviors, Perceptions, Expectations and Sexual Dysfunctions. Adv Sex Med. 2012;02(01):10–9.

3. Martins FG. Estudo da disfunção erétil em uma população jovem de homens brasileiros. 2008 Sep 1 [cited 2025 May 11]; Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-19112008-164741/>
4. Cheng PJ. Sexual Dysfunction in Men Who Have Sex With Men. Sex Med Rev [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2025 May 11];10(1):130–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33931381/>
5. Dimitriadis F, Karakitsios K, Tsounapi P, Tsambalas S, Loutradis D, Kanakas N, et al. Erectile function and male reproduction in men with spinal cord injury: A review. Andrologia [Internet]. 2010 Jun [cited 2025 May 11];42(3):139–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20500744/>
6. Couto MT. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2009 Apr [cited 2025 May 11];14(2):675–7. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tqDFn6mb3DsJ65dqpkfNmH/>
7. Santos CCT, Lago TM, Peixoto J de A. As contribuições da fisioterapia em disfunções sexuais masculinas: revisão de literatura. Rev Coleta Científica [Internet]. 2022 Jun 10 [cited 2025 May 11];6(11):09-18. Available from: <https://portalcoleta.com.br/index.php/rcc/article/view/104>
8. Mahapatra C, Kumar R. Biophysical Mechanisms of Vaginal Smooth Muscle Contraction: The Role of the Membrane Potential and Ion Channels. Pathophysiology [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2025 May 11];31(2):225. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11130850/>
9. Angélica M, Gomes Alves S, Moreira De Queiroz T, Almeida I, Medeiros DE. Fisiologia peniana e disfunção erétil: uma revisão de literatura. Rev Bras Ciências da Saúde [Internet]. 2012 Oct 5 [cited 2025 May 11];16(3):439–44. Available from: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/13673>
10. Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais - 5a Edição | Cavalcanti & Cavalcanti - Editora Payá [Internet]. [cited 2025 May 11]. Available from: <https://www.editorapaya.com.br/tratamento-clinico-das-inadequacoes-sexuais-5edicao-cavalcanti-cavalcanti>
11. Souza MTS de, Cervený CM de O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. 2006 [cited 2025 May 11]; Available from: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/690>

## Incontinência urinária em gestantes usuárias do SUS e variáveis sociodemográficas associadas



Tais Andressa de Souza<sup>1</sup>, Gabriela Lupepsa<sup>2</sup>, Jociane de Lima Teixeira<sup>3</sup>

### RESUMO

**Submissão:** 28/05/2025

**Aceite:** 20/06/2025

**Publicação:** 30/06/2025

**Panorama:** A incontinência urinária (IU) é condição comum na gestação, mas pode ser predisposta pelo aumento da pressão exercida sobre a bexiga conforme o crescimento fetal no útero, além da ação dos hormônios. **Objetivo:** Analisar dados sociodemográficos comparados à incidência de IU em gestantes atendidas pelo SUS, além de identificar o perfil de mulheres que desenvolvem IU na gestação. **Método:** Estudo descritivo transversal, onde gestantes foram divididas em dois grupos: continentes e incontinentes. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista com o ICIQ-UI-SF, durante os meses de julho e agosto de 2024. **Resultados:** Incluídas 18 gestantes entre 18 e 35 anos. Não houve relação entre a incidência de incontinência urinária e os dados sociodemográficos e dados de partos anteriores. **Conclusão:** Apesar de que não houve relação da IU com as variáveis sociodemográficas e dados de partos anteriores, é evidente que não há conhecimento e projetos no SUS que forneçam educação, prevenção e tratamento de disfunções pélvicas.

### ABSTRACT

**Background:** Urinary incontinence (UI) is a common condition during pregnancy, but it can be predisposed by increased pressure on the bladder as the fetus grows in the uterus, in addition to the action of hormones. **Aims:** To analyze sociodemographic data compared to the incidence of UI in pregnant women treated by the SUS, in addition to identifying the profile of women who develop UI during pregnancy. **Method:** Cross-sectional descriptive study, where pregnant women were divided into two groups: continent and incontinent. Data were collected through an interview with the ICIQ-UI-SF, during the months of July and August 2024. **Results:** 18 pregnant women between 18 and 35 years old were included. There was no relationship between the incidence of urinary incontinence and sociodemographic data and data from previous deliveries. **Conclusion:** Although there was no relationship between UI and sociodemographic variables and data from previous births, it is clear that there is no knowledge and projects in the SUS that provide education, prevention and treatment of pelvic dysfunctions.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Guarapuava, PR. taisz689@gmail.com

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Prudentópolis, PR. gabrielalupepsa1@gmail.com

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Desenvolvimento Comunitário, Guarapuava, PR. jocianedelima@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O período gestacional acarreta inúmeras adaptações no organismo feminino para suprir as necessidades metabólicas do desenvolvimento fetal, à medida que as fases gestacionais avançam, essas alterações também se tornam estruturais<sup>1</sup>. A região pélvica, em particular, passa por diversos ajustes para o parto natural, por ser uma região complexa, que precisa de um funcionamento organizado realizando a micção, defecação e o ato sexual. Dessa forma, o fisioterapeuta deve estar atento a possíveis disfunções no assoalho pélvico decorrentes da gestação<sup>2</sup>.

A ausência de atividades físicas regulares, especialmente aquelas que promovem a mobilidade e fortalecimento das estruturas corporais, pode causar impactos prejudiciais à saúde materno e fetal, como sobrepeso, obesidade, desenvolvimento de diabetes gestacional, problemas cardiovasculares e aumento da fadiga<sup>3</sup>. Esses fatores podem influenciar na frouxidão dos músculos pélvicos e o bom funcionamento do sistema urinário<sup>4</sup>.

Uma das alterações patológicas mais comuns na região pélvica durante a gestação é a incontinência urinária (IU), caracterizada pela perda involuntária de urina. A IU atinge mais mulheres durante a gestação ou após o parto, independentemente da via<sup>5</sup>. Essa disfunção pode afetar a qualidade de vida (QoL) emocionalmente, fisicamente e socialmente, comprometendo o bem-estar feminino<sup>6</sup>.

Com o aumento da pressão abdominal, devido ao crescimento e desenvolvimento fetal, e a ação dos hormônios relaxina e progesterona, que preparam o assoalho pélvico para o parto, os músculos pélvicos se tornam mais fracos e alongados, favorecendo o escape involuntário de urina durante a gestação e após o parto<sup>7</sup>.

Os sintomas de perda urinária podem se iniciarem durante a gestação e apresentam variações ao longo dos trimestres. Um estudo feito por Moccellini e colaboradores mostrou que 80% das gestantes relataram o início dos sintomas urinários durante a gestação, 53,3% relataram perdas semanais no primeiro trimestre, e, na última avaliação durante o último trimestre, 60% das gestantes afirmaram que as perdas passaram a ocorrer várias vezes por semana<sup>8</sup>.

Conforme o IBGE brasileiro de 2019, 70,1% das mulheres que realizavam o pré-natal afirmaram que a maioria de suas consultas ocorreram em estabelecimentos públicos, sendo assim verifica-se a importância do tema abordado, já que se tratar de um assunto relevante na saúde

pública, podendo contribuir para o planejamento de estratégias de tratamento e promoção do conhecimento sobre a saúde da mulher<sup>9</sup>. Portanto, este estudo pretende trazer dados sobre gestantes com IU, bem como suas dificuldades em relação à prevenção e ao tratamento.

Assim o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico de gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) na Vila Carli, em Guarapuava, Paraná, bem como investigar a prevalência de incontinência urinária (IU) durante a gestação e os fatores associados ao seu desenvolvimento nesse período. Além disso, buscou-se analisar o impacto da perda urinária na qualidade de vida dessas mulheres, considerando variáveis como idade, trimestre gestacional, número e tipo de partos anteriores. A proposta visa contribuir para o reconhecimento da IU como uma condição frequente na gestação, promovendo subsídios para a elaboração de estratégias preventivas e de orientação no atendimento pré-natal oferecido na rede pública de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo sobre IU, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Campo Real, sob o parecer número 6.815.586 (Anexo A). Todo o processo da pesquisa respeitou os princípios éticos da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo o consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações e privacidade<sup>10</sup> sendo aprovado pelo parecer CAAE 78397624.6.0000.8947 do CEP do Centro Universitário Campo Real.

A pesquisa foi realizada na UBS da Vila Carli, em Guarapuava, Paraná, entre julho e agosto de 2024. A amostra conteve 18 gestantes, com idades entre 18 e 35 anos, em qualquer trimestre gestacional, independentemente do número de gestações anteriores (primigestas e multigestas) e seus intervalos, com ou sem relato de perda urinária e comorbidades, todas acompanhadas nesse local durante o pré-natal. Foram excluídas mulheres menores de 18 anos e maiores de 35 anos, além daquelas que recusaram a participação no estudo.

As gestantes foram convidadas a participar da pesquisa verbalmente antes da consulta de rotina, as que concordaram com a participação entraram em uma sala reservada, para preservar a privacidade e a integridade das respostas. Antes de iniciar a conversa individual, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) para leitura e assinatura. Após a assinatura, o nome

de cada gestante foi substituído por um código individual para garantir o anonimato durante a pesquisa.

Cada participante levou aproximadamente dez minutos para responder em voz alta às perguntas. Os questionários foram aplicados via Google Forms e preenchidos pelas pesquisadoras, que faziam as perguntas verbalmente e adicionavam as respostas na plataforma.

O primeiro questionário, pré-elaborado, abordou questões sociodemográficas, informações da gestação atual e anterior, além do conhecimento sobre IU. Este questionário conteve 27 perguntas de múltipla escolha (Apêndice A). O segundo questionário avaliou os níveis de perda urinária, seus episódios e o impacto na qualidade de vida (QoL) das gestantes, composto por 5 perguntas de múltipla escolha, chamado ICIQ-UI-SF (Anexo C). As três primeiras perguntas deste questionário foram pontuadas numericamente de acordo com as respostas das gestantes, e, ao final, esses pontos foram somados para identificar a frequência, gravidade e impacto da IU. A pontuação total variou entre 1 e 21, com impacto leve (1 a 7), moderado (8 a 13) e severo (14 a 21) na QoL.

Ambos os questionários tiveram o objetivo de identificar o perfil das gestantes que são atendidas através do Sistema Único de Saúde (SUS) na UBS Vila Carli, e os fatores sociodemográficos que contribuem para o desenvolvimento desta patologia na fase gestacional entre estas mulheres.

Na análise descritiva, foram calculadas as frequências das variáveis categóricas, com as gestantes divididas em dois grupos: aquelas com IU e aquelas sem relato de perda urinária involuntária. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre a presença de IU com as variáveis sociodemográficas e dados gestacionais anteriores, como número de partos e via de parto.

Os dados foram organizados em uma planilha do Excel, importados do Google Forms, e tratados por meio de estatística descritiva e independente no *Software Jamovi* v. 2.6.13, sendo apresentados em tabelas para a correlação entre as variáveis do estudo.

## RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 18 participantes entre o primeiro e o terceiro trimestre gestacional. O grupo que relatou perda urinária involuntária tinha uma média 21,8 anos, enquanto o grupo sem relatos de perda urinária apresentou média de 27 anos. Na Tabela 1, estão

descritas as características da amostra, incluindo dados sociodemográficos, como idade, escolaridade, etnia, e renda familiar.

**Tabela 1:** Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	n	%
<b>Estado Civil</b>		
Casada	5	27,7
Solteira	3	16,6
União Estável	10	55,5
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental completo	3	16,6
Ensino médio completo	6	33,3
Ensino médio incompleto	5	27,7
Ensino superior completo	2	11,1
Ensino superior incompleto	2	11,1
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário-mínimo	1	5,5
1 a 2 salários-mínimos	10	55,5
De 2 a mais salários-mínimos	7	38,8
<b>Etnia</b>		
Banca	14	77,8
Parda	2	11,1
Preta	2	11,1

Em relação aos aspectos gestacionais, observa-se que, conforme a tabela 2, 33,3% das mulheres entrevistadas apresentam perda indesejada de urina durante a presente gestação, enquanto 66,6% não apresentam essa disfunção. De todas as participantes, 38,8% são obesas, de acordo com seu período gestacional e IMC. Além disso, a maioria das participantes representando 61,2% estavam em sua primeira gestação, sendo 55,6% delas no segundo trimestre gestacional.

**Tabela 2:** Características quanto a gestação e perda urinária neste período

Variáveis	n	%
<b>Trimestre Gestacional</b>		
1º trimestre	1	5,6
2º trimestre	10	55,6
3º trimestre	7	38,8
<b>IU gestacional</b>		
Sim	6	33,3
Não	12	66,7
<b>IMC gestacional</b>		
Baixo peso	1	5,5
Peso adequado	4	22,3
Sobrepeso	6	33,4
Obesidade	7	38,8
<b>Quanto a gestação</b>		
Primigesta	11	61,2
Multigesta	7	38,8

Após a análise dos questionários, observou-se que a maior parte das participantes era casada (27,7%) ou vivia em união estável (55,5%) e possuía ensino médio completo (33,3%). Quanto à renda, 55,5% apresentaram renda familiar de até dois salários-mínimos, enquanto a minoria (38,9%) tinham renda acima de dois salários-mínimos.

Em relação às mulheres que apresentam escape de urina indesejável e aquelas que não possuíam esse sintoma, não houve associação com estado civil, escolaridade, renda, IMC e etnia ( $p > 0,05$ ), conforme mostrado na tabela 3.

As mulheres que relataram ter a disfunção apresentam perfil semelhante, caracterizado por união estável, ensino médio completo, renda de 1 a 2 salários-mínimos mensais, obesidade e etnia branca. Por outro lado, as mulheres sem IU também compartilham características semelhantes às das que possuem a disfunção, como união estável, ensino médio completo, renda de 1 a 2 salários-mínimos, sobrepeso e etnia branca.

**Tabela 3:** Associação de mulheres com IU e sem IU quanto suas variáveis sociodemográficas

Variável	INCONTINÊNCIA n (%)			p-valor
	Sim	Não	Total	
<b>Estado Civil</b>				
Solteira	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)	0,148
União Estável	5 (50)	5 (50)	10 (100)	
Casada	-	5 (100)	5 (100)	
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental completo	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)	0,884
Médio incompleto	-	1 (100)	1 (100)	
Médio completo	4 (40)	6 (60)	10 (100)	
Superior completo	-	2 (100)	2 (100)	
Superior incompleto	1 (50)	1 (50)	2 (100)	
<b>Renda</b>				
Até 1 salário-mínimo	1 (100)	-	1 (100)	0,536
De 1 a 2 salários	3(30)	7 (70)	10 (100)	
De 2 a mais salários	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100)	
<b>IMC</b>				
Baixo peso	1 (100)	-	1 (100)	0,292
Peso adequado	1 (25)	3 (75)	4 (100)	
Sobrepeso	1 (16)	5 (83,3)	6 (100)	
Obesidade	3 (42,9)	4 (57,1)	7 (100)	
<b>Etnia</b>				
Banca	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100)	0,083
Parda	1 (50)	1 (50)	2 (100)	
Preta	2 (100)	-	2 (100)	

Como apresentado na tabela 4, as mulheres que se identificaram como multíparas corresponderam a 28,6% dos casos que possuem IU e tiveram parto vaginal. Já as mulheres sem IU representaram 71,4%, sendo que 40% delas tiveram parto vaginal e 60% cesárea. Não houve associação entre a presença ou não de IU com número de partos e a via de parto ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 4:** Partos anteriores

Variável	INCONTINÊNCIA n (%)			p-valor
	Sim	Não	Total	
<b>N de partos</b>				
1	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)	> 0,999
2	1 (25)	3 (75)	4 (100)	
Acima de 2	-	-	-	
<b>Via de Parto</b>				
Vaginal	2 (50)	2 (50)	4 (100)	0,429
Cesárea	-	3 (100)	3 (100)	
Cesárea e Vaginal	-	-	-	
<b>Total</b>	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100)	

## DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi identificar as variáveis sociodemográficas relacionadas à incidência de IU, em gestantes assistidas pela UBS Vila Carli, em Guarapuava-PR. A amostra contou com 18 integrantes, das quais 33,3% eram incontinentes e 66,7% continententes, com uma média de idade de 24,6 anos. Em relação à renda familiar, 55,5% relataram receber entre 1 a 2 salários-mínimos mensais, uma renda familiar relativamente baixa.

Embora não tenha sido encontrada uma relação estatisticamente significativa, quanto à renda, escolaridade, raça, IMC e estado civil ( $p > 0,05$ ), é evidente que o SUS não oferece atendimento de fisioterapia pélvica especializada nas UBS em geral. Isso destaca a necessidade de recursos financeiros para que as gestantes possam identificar e tratar a perda involuntária de urina em âmbito particular. Em um estudo que a renda está fortemente associada à IU em mulheres assistidas pelo SUS, uma vez que a maioria delas apresenta baixa renda e escolaridade, o que dificulta o acesso a estes serviços especializados<sup>11</sup>.

A baixa escolaridade e as ocupações das mulheres dificultam o manejo da IU, especialmente quando a condição já está instalada<sup>12</sup>. As primeiras medidas terapêuticas envolvem intervenções

comportamentais que requerem compreensão e a adesão às orientações entre o profissional e a paciente. Os autores ainda ressaltam que o tratamento para essa disfunção é específico, envolve fatores socioeducacionais e econômicos, os quais têm grande impacto na evolução do tratamento.

Em nosso estudo, 55,5% das participantes possuem ensino médio completo, e 50% desconhecem o conceito de incontinência urinária (IU), acreditando ser normal durante a gestação. Todas as gestantes entrevistadas não receberam orientação sobre fisioterapia pélvica para prevenção ou tratamento de disfunções do assoalho pélvico. Além disso, essa especialidade não está disponível na UBS Vila Carli. A importância de profissionais especializados para tratamento baseado em evidência científica<sup>13</sup>. A falta de informações e acesso limitado ao tratamento podem agravar a condição, afetando a saúde física e emocional das mulheres.

Uma pesquisa realizada por Slavin sugere que a IU tende a aumentar com a progressão da gravidez e o histórico de partos, o que é corroborado por nosso estudo, do grupo de mulheres incontinentes 16,7% relataram perda de urina no primeiro trimestre gestacional e 11,1% no último trimestre, destacando que a condição pode se manifestar nas diferentes fases da gestação, com outros fatores que contribuem para sua ocorrência, como fatores psicossociais<sup>14</sup>.

O estudo revelou que 33,4% das participantes estavam em sobrepeso e 38,8% eram obesas. O ganho excessivo de peso durante a gestação é um fator de risco para a IU, indicando hábitos alimentares inadequados e falta de atividade física<sup>15</sup>. Mulheres com IU em nosso estudo apresentaram prevalência de sobrepeso e obesidade grau I e II, de acordo com o IMC obstétrico. Além disso, relataram episódios frequentes de perda urinária, principalmente durante esforço físico ou ao espirrar/tossir. Esses eventos podem interferir na vida cotidiana, analisados através do questionário ICIQ-UI-SF.

Um estudo realizado brasileiro, sobre a qualidade de vida de gestantes, aborda os fatores externos ocultos para o desenvolvimento de patologias psicológicas, como critérios emocionais, conflitos de valores, inseguranças e questões relacionadas à autonomia e relações sociais<sup>16</sup>. Além disso, em outro estudo, apontam que uma gestação indesejada pode causar depressão familiar, eventos estressantes de vida e abuso físico, o que também pode estar associado à incidência de IU devido a condições restritas<sup>17</sup>.

Das entrevistadas que responderam ao questionário ICIQ-UI-SF, classificou o impacto leve na

QoL (50%) ou moderado (50%). Dentre elas, duas relataram ter tido parto normal na gestação anterior, identificaram perda de urina no pós-parto e na gestação atual, indicativo de ausência de tratamento ou recidiva da condição; as demais se caracterizaram como primigestas.

Uma pesquisa sobre o conhecimento das disfunções do assoalho pélvico, concluiu que a maioria das participantes compartilham a perda de urina, mas o autor sugere que a ausência da procura pelo tratamento adequado pode estar relacionada ao constrangimento das mulheres com a situação ou ao seu desconhecimento sobre o problema<sup>18</sup>. Contudo, é essencial identificar os sintomas precocemente, priorizar a importância da educação aos pacientes e minimizar as falhas que existem entre a saúde pública e a saúde da mulher.

Dado o exposto, identificamos importantes aspectos da IU em gestantes atendidas pelo SUS, quanto às condições econômicas, níveis de qualidade de vida e o acesso ao tratamento restrito, além do desconhecimento das mulheres sobre a disfunção, o que pode justificar o fator das mulheres não falarem sobre este tema, e muitas ainda acreditam que essa condição é normal durante a gestação ou no pós-parto. Isso pode ter sido um dos fatores que contribuíram para a redução da amostra e a ausência de significância estatística nos resultados encontrados.

## CONCLUSÃO

Os resultados não mostraram associação estatística significativa entre as variáveis categóricas e IU em gestantes atendidas pelo SUS, considerando seu estilo de vida. Diante disso, é importante que mais estudos semelhantes, com amostras maiores e contextos mais amplos, especialmente em UBS, sejam realizados. Esses estudos podem gerar resultados mais sólidos sobre o perfil das gestantes com IU e a incidência dessa condição conforme os dados sociodemográficos.

Durante a coleta de dados, enfrentamos dificuldades relacionadas à disponibilidade das salas da UBS, o que pode ter impactado nos resultados. Sempre que a sala de enfermagem estava indisponível, precisávamos aguardar ou encontrar outro ambiente reservado, podendo ter comprometido a qualidade dos dados coletados.

Além disso, é fundamental incentivar programas de prevenção e tratamento da IU, por meio da fisioterapia pélvica nas UBS, tanto durante a gestação quanto no pós-parto.

## REFERÊNCIAS

1. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013 Dec;27(6):791–802. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S152169341300103X>. Acesso em: 28 out. 2023.
2. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2019 Dec;31(6):485–93. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31435388/>. Acesso em: 19 out. 2023.
3. Barbosa AS, Lemos FS, Silva JG, Moraes EA. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário em gestantes de alto risco: revisão da literatura. *Res Soc Dev.* 2023 Jan;12(1):e9112139347. doi:10.33448/rsd-v12i1.39347. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39347>. Acesso em: 1 fev. 2024.
4. Steenstrup B, Rumeur EL, Moreau S, Cornu JN. Sédentarité et incontinence urinaire chez la femme: une revue de littérature. *Prog Urol.* 2018 Dec;28(17):973–9. doi:10.1016/j.purol.2018.07.006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2018.07.006>. Acesso em: 5 out. 2024.
5. Bekele A, Adefris M, Demeke S. Urinary incontinence among pregnant women, following antenatal care at University of Gondar Hospital, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 Oct 28;16(1):333. doi:10.1186/s12884-016-1126-2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-016-1126-2>. Acesso em: 22 nov. 2023.
6. Curillo-Aguirre CA, Gea-Izquierdo E. Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training on Quality of Life in Women with Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina.* 2023 Jun;59(6):1004. doi:10.3390/medicina59061004.
7. Mohd Yusoff D, Awang S, Kueh YC. Urinary incontinence among pregnant women attending an antenatal clinic at a tertiary teaching hospital in North-East Malaysia. *J Taibah Univ Med Sci.* 2019 Feb;14(1):39–46.
8. Moccellini AS, Rett MT, Driusso P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2014 Apr;14(2):147–54. doi:10.1590/S1519-38292014000200004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/k7Whb94dJPpz5wxBGt3gjzK/>. Acesso em: 12 out. 2024.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ciclos de vida [Internet]. 2019. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/f9789164454ff053a3acbeed1facbe52.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/f9789164454ff053a3acbeed1facbe52.pdf).

10. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2023.
11. Alves CA, Silva AG, Mendes EP, Fagundes FR. Prevalência de incontinência urinária, impacto na qualidade de vida e fatores associados em usuárias de Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Mov.* 2022;35(spe). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/HNXYbgWnkCjzkWmsQSDhryG/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2024.
12. Thomé BI, Silva AV, Zandona AM, Oliveira EM, Miranda MO. Histórico gestacional de mulheres com incontinência urinária. *Cogitare Enferm.* 2021 Jul 26;26:e77578. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cef/a/wBbWnrxT3XRmGsdYz8CDp4p/>. Acesso em: 22 nov. 2024.
13. Ryhtä I, Ayorinde AA, Morling JR, MacLennan SJ. Effectiveness of exercise interventions on urinary incontinence and pelvic organ prolapse in pregnant and postpartum women: umbrella review and clinical guideline development. *JBI Evid Implement.* 2023 Dec;21(4):394. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37849316/>. Acesso em: 4 nov. 2024.
14. Slavin V, Harding C, O'Connell HE, et al. Perinatal incontinence: Psychometric evaluation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire—Urinary Incontinence Short Form and Wexner Scale. *Neurourol Urodyn.* 2019 Aug 6. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nau.24121>. Acesso em: 26 out. 2024.
15. De Oliveira C, Gomes FA, Silva Junior JB, et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. *Rev Assoc Med Bras.* 2013 Sep;59(5):460–6.
16. Abreu K, Brandão A, Torres M. Qualidade de vida de gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde. *Saúde Redes.* 2019;5(1):59–73. doi:10.18310/2446-4813.2019v5n1p59-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p59-73>. Acesso em: 6 nov. 2024.
17. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP.* 2006 Mar;40(1):34–41. doi:10.1590/S0080-62342006000100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6F4HMPFkrgKSC64fdkG7z9N/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2023.
18. Pereira LCR, Cardoso DR, et al. Prevalence, knowledge, and factors associated with urinary incontinence in female students of a physical therapy undergraduate course. *Fisioter Pesqui.* 2022 Sep;29(3):230–8. doi:10.1590/1809-2950/19022929032022PT. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19022929032022PT>. Acesso em: 22 nov. 2024.

## (Todas?) as dores genitopélvicas são miofasciais e técnicas de liberação miofascial zeram a dor em poucas sessões



Gustavo F. Sutter Latorre<sup>2</sup>, Alessandra Ayala<sup>2</sup>, Isabella Cardona da Mota Bittencourt<sup>3</sup>, Bárbara Martins Parise<sup>4</sup>, Giovanna Gabriela Stingham da Silva<sup>5</sup>, Priscila Moura e Silva<sup>6</sup>, Josiane Lopes<sup>7</sup> e Vanessa Gonçalves Michel<sup>8</sup>

**RESUMO**

**Panorama:** As dores genitopélvicas (DGs) acometem bilhões de mulheres, mas até hoje não há consenso sobre o melhor tratamento. **Objetivo:** Descrever a eficácia de um protocolo de liberação miofascial no tratamento de todo tipo de DGs. **Método:** Cinco consultórios e clínicas de fisioterapia pélvica de abordagem latorreana enviaram dados retroativos de todas as pacientes tratadas por dor de 2022 ao presente, sem exclusões. O protocolo foi considerado eficiente quando a paciente teve alta clínica com dor zero pela EVA após o atendimento. **Resultados:** Foram reunidos dados de 290 pacientes com média etária  $35,8 \pm 13$  que chegaram sob os mais diversos diagnósticos de dor, destas 22 (7%) apresentou dor do tipo muscular, 65 (22%) dor conectiva, 206 (71%) muscular e conectiva. A dor foi referida como zero após uma média de  $7,8 \pm 4$  sessões. O tratamento produziu dor zero para 100% da amostra. **Conclusão:** As DGs são problemas cinesiológico-funcionais de causas musculares e/ou conectivas, cujo tratamento a partir de liberação miofascial específica regride por completo a dor em poucas sessões.

**ABSTRACT**

**Background:** Genitopelvic pain (GP) affects billions of women, but this date there is no consensus on the best treatment. **Aim:** To describe the effectiveness of a myofascial release protocol in the treatment of all types of GD. **Method:** Five Latorrean pelvic physiotherapy offices and clinics sent retroactive data on all patients treated for pain from 2022 to the present, without exclusions. The protocol was considered effective when the patient was discharged with zero pain according to the VAS after treatment. **Results:** Data were collected from 290 patients with a mean age of  $35.8 \pm 13$  who arrived with the most diverse pain diagnoses; of these, 22 (7%) presented muscular pain, 65 (22%) connective pain, and 206 (71%) muscular and connective pain. Pain was reported as zero after an average of  $7.8 \pm 4$  sessions. The treatment produced zero pain for 100% of the sample. **Conclusion:** GDs are kinesiological-functional problems caused by muscular and/or connective tissue lesion, whose treatment through specific myofascial release techniques fully revert the pain (to zero) in a few sessions.

**Submissão:** 30/05/2025

**Aceite:** 06/06/2025

**Publicação:** 30/06/2025

<sup>1</sup> Doutor em Medicina, Fisioterapeuta Pélvico. Portal Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil. gustavo@perineo.net

<sup>2</sup> Fisioterapeuta Pélvica, Gustavo Latorre Educação Continuada, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre, RS, Brasil. isabellacardonadamoto@hotmail.com

<sup>4</sup> Fisioterapeuta Pélvica, Tubarão, SC, Brasil. barbaramparise@gmail.com

<sup>5</sup> Fisioterapeuta Pélvica, Primavera do Leste, MT, Brasil. fisiogiovannagabriela@gmail.com

<sup>6</sup> Fisioterapeuta Pélvica, Picos, PI, Brasil. primoura00@gmail.com

<sup>7</sup> Fisioterapeuta Pélvica, Doutora em Ciências da Saúde, UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil. josianelopes@yahoo.com.br

<sup>8</sup> Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre, RS, Brasil. vmichel6321@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A dor genitopélvica é uma condição altamente prevalente<sup>1</sup>, embora subestimada. A prática clínica da fisioterapia pélvica sugere que virtualmente toda mulher, quando propriamente avaliada, apresenta algum tipo de comprometimento miofascial passível de causar dor – afirmação sustentada pelo fato de 85% das pessoas apresentarem um assoalho pélvico que pode ser diagnosticado como hiperativo<sup>2</sup>, fator causalmente correlacionado à dor genitopélvica<sup>1-3</sup>. Todavia, a literatura ainda carece de um levantamento suficientemente rigoroso para que a real prevalência desta condição seja conhecida.

Tal cenário expõe que a tradicional negligência por parte das ciências da saúde a respeito da dor genitopélvica, particularmente a feminina, ainda segue ativa, mesmo findado o primeiro quarto do século XXI: seguimos vergonhosamente arrastando adiante tabus arraigados numa rede cultural hereditária, ainda infectada por escaras patriarcais a respeito da sexualidade feminina e do usufruto do prazer sexual, especialmente pela mulher<sup>1</sup>.

Termos particularmente execráveis como vulvodínia e vaginismo, muito pior do que simplesmente defectivos do ponto de vista técnico<sup>4-6</sup>, são broncos e também perniciosos, haja visto o fato de gerarem traumas mensuráveis – embora totalmente desnecessários – em mulheres<sup>7</sup>. Mesmo assim, estes e outros termos considerados estigmatizantes<sup>7</sup> ainda seguem sendo utilizados com frequência tanto na literatura acadêmica, quanto na técnica e até mesmo na popular (mídias sociais<sup>8</sup>).

Por outro lado, recentemente foi demonstrado que as dores genitopélvicas em geral são causadas simplesmente por disfunções miofasciais<sup>1</sup>, que podem ser de ordem muscular ou conectiva<sup>1,5</sup>. Estas dores, independentemente da origem, podem ser regredidas em sua totalidade por técnicas específicas de liberação miofascial, o que valeu para 100% das 117 pessoas tratadas em um estudo recente<sup>1</sup>. Demonstramos também que as mesmas técnicas regrediram totalmente a dor genitopélvica de todas as 102 mulheres diagnosticadas com endometriose, indicando, sob robusta evidência, que tal patofisiologia também está equivocada, sendo as disfunções – incluindo a dor – também puramente de origem miofascial, e facilmente tratadas por técnicas de liberação miofascial específicas, na singela média de  $4,7 \pm 2$  sessões. O mesmo, ao que parece, vale para mulheres com síndrome dos ovários policísticos: um total de apenas quatro sessões foi capaz de zerar a dor e regredir todos os sintomas de ao menos um caso estudado<sup>10</sup>.

Apesar de vivermos na era da informação, informação, como fica cada vez mais fácil de perceber, não é, nem nunca foi sinônimo de sabedoria<sup>11</sup>. Nunca houve tanta informação disponível para as pessoas e, mesmo assim, a humanidade parece estar caminhando a passos largos para a própria extinção<sup>12</sup>. Entender algo é uma escolha pessoal. Escolher uma verdade espinhenta, em detrimento de uma agradável mentira, não é, nem nunca foi, o padrão de processamento mental padrão do Homo sapiens<sup>11-13</sup>.

Talvez as pessoas simplesmente prefiram levemente proteger suas crenças favoritas ao invés de encararem a prática baseada na evidência. Ou talvez a quantidade exagerada de informação dificulte a inferência da realidade. Mas seja qual for o motivo, tratamentos para a dor genitopélvica de pouco ou nenhum resultado, como o laser, seguem sendo largamente utilizados e encorajados, mesmo na ausência de evidência que comprove sua eficácia<sup>14</sup>. Ainda pior que isso, o uso da toxina botulínica no tratamento da dor genitopélvica segue sendo uma infeliz realidade na vida de uma infinidade de mulheres<sup>15</sup>, em especial as brasileiras<sup>16</sup>, o que consiste em nocivo paradoxo já que, sabe-se, atualmente a evidência (com base na metanálise de todos os ensaios controlados sobre o tema) não sustenta o uso do botox no tratamento da dor relacionada ao assoalho pélvico<sup>17</sup>.

Ante este cenário desolador, o objetivo do presente estudo é apresentar os resultados do tratamento das mais diversas dores genitopélvicas, por meio do uso exclusivo de técnicas puramente manuais de manobras de liberação miofascial realizadas por fisioterapeutas pélvicas especializadas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo multicêntrico, longitudinal do tipo coorte, de análise *post hoc*, efetuado a partir de dados anônimos advindos de bancos de dados de clínicas e consultórios de fisioterapia pélvica de cinco cidades: Porto Alegre (RS), Tubarão (SC), Primavera do Leste (MT), Picos (PI) e Guarapuava (PR). Participaram, por adesão espontânea ao chamado aberto nas redes sociais desta Escola, seis clínicas de fisioterapia pélvica de abordagem Latorreana, que se voluntariaram à cessão de dados anônimos de pacientes tratadas por dor genitopélvica de janeiro de 2024 a maio de 2025, pacientes que chegaram com queixa de qualquer tipo de dor na região pélvica, incluindo aquelas “diagnosticadas” com endometriose, síndrome dos ovários policísticos, síndrome da bexiga dolorosa e dores sexuais sob as mais diversas e obsoletas alcunhas. Noutros termos, os dados anônimos de

todas as pacientes que chegaram com dor e foram tratadas, e que constavam nos bancos de dados destas clínicas, compuseram a amostra deste estudo, sem qualquer tipo de exclusão, independentemente do desfecho. Da forma como foi desenhado, este tipo de estudo dispensa avaliação por comitê de ética, de acordo com o inciso V do parágrafo único do artigo primeiro da Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

As responsáveis técnicas enviaram tabelada a idade, tipo de dor (muscular ou conectiva)<sup>6</sup> e o número de sessões para erradicação desta dor, sendo considerada erradicada a dor referida como zero na Escala Visual Analógica (EVA)<sup>18</sup> no momento da alta. Nenhuma paciente foi excluída da análise estatística. Estatística descritiva foi utilizada para a apresentação e discussão destas variáveis.

## RESULTADOS

No período do estudo foram atendidas um total de 290 mulheres com média etária  $35,8 \pm 13$  anos (mínima de 18 anos e máxima de 73 anos). A dor genitopélvica mais rara foi aquela causada exclusivamente pela contratura de componentes musculares (tipo 1; 22 casos, 7%), seguida da dor causada exclusivamente por aderências conectivas (tipo 2; 65 casos, 22%), sendo mais prevalentes as dores causadas por ambos os componentes (tipos 1 e 2 associados; 206 casos, 71%). Todas as 290 pacientes receberam alta do tratamento por apresentarem dor zero na EVA, após uma média de  $7,8 \pm 4$  (mínima de uma sessão e máxima 28 sessões). Um total de 68 pacientes (23,4%) necessitou mais do que nove sessões (duas semanas de tratamento contínuo) para a regressão completa da dor. Nenhuma paciente deixou qualquer uma das clínicas (alta) com qualquer intensidade dor diferente de zero.

## DISCUSSÃO

A patofisiologia da dor genitopélvica pode ser resumida em apenas duas etiologias, ambas de origem cinesiológico-funcional: dores de origem muscular e dores de origem conectiva. Este paradigma, cujas bases racionais está previamente documentado<sup>6</sup>, está sustentado sobre forte evidência empírica, uma vez que mais de 400 mulheres avaliadas sob tal classificação receberam um diagnóstico causal preciso, uma vez que a partir deste todas elas foram tratadas com total eficácia

(regressão total dos sintomas dolorosos). Convém ressaltar que nenhuma paciente do estudo prévio<sup>1</sup> nem do presente foi excluída da análise estatística, ou seja, não deixou de ser computada nenhuma paciente que chegou aos consultórios participantes com queixa de dor. Todas as 407 que chegaram com queixa de dor foram tratadas, nenhuma abandonou o tratamento e todas receberam alta após apresentarem dor zero na EVA<sup>18</sup> após uma média de poucas sessões. Desde dores conectivas vulvares comuns, regredidas em duas ou três sessões, até os casos considerados mais graves, como pacientes previamente diagnosticadas com endometriose, inclusive operadas previamente sem que os sintomas aliviassem, e pacientes vitimadas por câncer e tratadas por radioterapia, muitas delas sofrendo com dores por mais de 20 anos. E todas elas deixaram os consultórios com dor zero. A chance de coincidência de melhora espontânea exatamente após o tratamento para 407 pessoas é de uma chance em um bilhão novecentos e setenta e seis sextilhões: o mesmo que ganhar 20 vezes seguidas na megasena.

Quando iniciamos nossos estudos a respeito da dor genitopélvica feminina, em 2006, pouco ou quase nada se fazia pelas bilhões de mulheres que sofriam com a condição. Vinte anos depois demonstramos que a origem destas dores é cinesiológico-funcional e, portanto, passível de tratamento por meio de fisioterapia<sup>6</sup>; descobrimos que existem apenas dois tipos de dores genitopélvicas do ponto de vista etiológico<sup>1,6</sup>; desenvolvemos, implementamos e aprimoramos durante quase duas décadas um conjunto diversificado de manobras de liberação miofascial tanto para as dores genitopélvicas de origem muscular quanto para as dores genitopélvicas de origem conectiva<sup>1,2,9,19-23</sup> e que o tratamento para estas dores é eficiente e eficaz quando realizado única e exclusivamente por técnicas específicas de liberação miofascial quando realizadas por fisioterapeutas pélvicas habilitadas<sup>1</sup>, dados corroborados pela robusta evidência empírica do presente estudo.

“Vaginismo”, termo pernicioso que estigmatiza a mulher quando utilizado por profissionais de saúde<sup>7</sup>, não é, nem nunca foi, “*um transtorno psicossomático clássico, em que a fobia à penetração vaginal frequentemente decorre de ignorância sexual, experiências traumáticas anteriores ou ortodoxia religiosa*”<sup>24</sup>. Este tipo de afirmação medieval não se sustenta, uma vez que mulheres com dor à penetração podem ser tratadas com sucesso por manobras de liberação miofascial, demonstrando que a dificuldade ou impossibilidade de penetração também nestes casos acontece simplesmente por conta de contraturas dos músculos pubovaginal e puboperineal<sup>25</sup> que formam a entrada funcional do canal vaginal. No presente estudo, dezenas de mulheres com impossibilidade de

penetração por conta de dor foram tratadas unicamente por manobras de liberação miofascial e todas tiveram alta com dor zero – e a função da penetração completamente reabilitada.

Também não se sustenta a ideia de que a impossibilidade de penetração seja causada por traumas relacionados a sexualidade. Muitas pessoas passaram por violência sexual e conseguem ter penetração e, por definição, definições devem ser universais. Os comprometimentos emocionais de mulheres com problemas na penetração são compreensíveis e bem documentados<sup>26,27</sup>, mas não se pode afirmar que os problemas emocionais causaram o problema físico (contraturas). De fato, a associação negativa ao estímulo sexual parece restrita ao nível deliberado e não ao automático<sup>28</sup>, portanto, se há umnexo causal entre a contratura do assoalho pélvico e os problemas emocionais observados nestas mulheres, esta causa reside nas contraturas em si: a hiperatividade e hipertonia dos músculos do assoalho pélvico são a causa dos problemas emocionais, e não o contrário. Isto foi verdade ao menos para todas as 68 voluntárias estudadas por Melles e cols. (2013), onde nem sequer uma delas apresentou resposta automática ao estímulo sexual, o que exemplificaria ao menos um caso no qual o problema emocional causou o problema físico. Para uma amostra relativamente pequena, de 68 pessoas, não é prudente que se extrapole as conclusões para toda a população. Mas é incontestável que a evidência, mesmo assim, aponte vivamente para a conclusão acima. Corroborando, as dezenas de pacientes com impossibilidade de penetração tratadas no presente estudo, todas, tiveram a dor e a impossibilidade de penetração totalmente regredidas por liberação miofascial, o que comprova que, ao menos para estes casos, a causa de todo o problema era física, sendo os comprometimentos emocionais secundários. Novos e definitivos estudos neste sentido são desejáveis, mas é fato que ‘vaginismo, a dor psicossomática que impede a penetração’ nunca passou de diagnóstico malfeito. Vaginismo não existe.

Também, é ligeiramente deprimente que, completando o primeiro quarto do século XXI, ainda esbarremos com a desastrosa e deselegante tentativa de diferenciar em duas condições de saúde quem consegue ter penetração com dor de quem não consegue de tanta dor. Apesar da obviedade de que se trata da mesma condição, conforme previamente descrito<sup>6</sup>, e insistentemente corroborado pela evidência científica<sup>4,5,29,30</sup>, estes termos confusos seguem em uso e estigmatizando as pacientes<sup>7</sup>: há quem siga usando o hediondo termo “mulher vagínica” para se referir à estas pacientes<sup>31</sup> numa, no mínimo, falta colossal de sensibilidade. Vaginismo e dispareunia são termos tecnicamente falhos, linguisticamente feios e socialmente estigmatizantes, que devem simplesmente

ser abandonados de uma vez por todas. A quem ainda insiste no contrário, a dica é: supere.

Já “vulvodínia” (bem como a desgrenhada filha mais nova, vestibulodínia) nunca foram de origem “*multifatorial, psicológica, neuropática e sexual*”<sup>32</sup>. Nunca sequer se tratou de uma “dor sexual”, já que boa parte das mulheres “diagnosticadas” (leia-se: que receberam um nome em grego para sua dor) apresenta dor em outras atividades de vida diária como sentar, vestir-se, banhar-se, etc. Sua patofisiologia consiste simplesmente de um problema cinesiológico-funcional causado por aderências nos tecidos conectivos das fâscias que compõem a região vulvar, particularmente a região vestibular (entre os lábios internos)<sup>6</sup>, sendo o paradigma acima sustentado empiricamente pelo fato de duas centenas de mulheres com aqueles sintomas terem sido tratadas com absoluto sucesso (regressão total da dor para grau zero na EVA), incluindo mais de uma centena delas que chegou com diagnóstico médico de vulvodínia. A ‘dor multifatorial e neuropática e incurável, com a qual a mulher deve aprender a conviver pelo resto da vida’ nunca passou de diagnóstico malfeito. Vulvodínia não existe.

Ainda, demonstramos recentemente que 102 mulheres que receberam diagnóstico prévio de endometriose foram tratadas com uma média de 4,7 sessões de liberação miofascial com a Manobra do Ligamento Largo (MLL)<sup>10</sup> recebendo alta com dor zero ao final de poucas sessões<sup>9</sup>. A doença ‘incurável causada por focos de endométrio regurgitados na cavidade abdominal’, responsável por dores que lastimam mais de um bilhão de mulheres pelo mundo, nunca passou de uma disfunção cinesiológico-funcional perfeitamente curável, causada por aderências dos tecidos conectivos profundos da pelve, particularmente das fâscias e ligamentos periuterinos e periovarianos, capazes de serem totalmente revertidas por liberação miofascial como a MLL. Endometriose não existe.

Seguindo, as mesmas aderências conectivas periovarianas responsáveis por dores genitopélvicas profundas (como aquelas desastrosamente “diagnosticadas” como “endometriose”) são também responsáveis pelos sintomas da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), uma vez que o tratamento com quatro sessões a partir da MLL foram suficientes para reverter todos os sintomas de pelo menos um caso<sup>10</sup>, incluindo hirsutismo, acne, acantose, queda de cabelo, dificuldade no controle do peso, anovulação, culminando em regularização do ciclo menstrual (de quatro vezes ao ano para um ciclo de 24 dias) e ovulação comprovada, fluxo menstrual normal e aumento dos níveis séricos de estradiol e hormônio luteinizante logo no primeiro mês após a intervenção. Os terríveis efeitos colaterais da SOP, conhecidos no conjunto por hiperandrogenismo, são causados pela

anovulação e consequente impossibilidade de formação do corpo lúteo nos ovários, desequilibrando os demais hormônios, particularmente os sexuais e ocasionando assim a desorganização dos caracteres sexuais femininos e da fertilidade em si<sup>10,34,35</sup>. Todavia, o conjunto total destes nefastos sintomas é centrado na anovulação, causada, esta sim, por aderências conectivas que podem ser totalmente regredidas por liberação miofascial<sup>10</sup>. No presente estudo, dentre as mulheres tratadas por dores conectivas, cerca de duas dezenas apresentavam SOP; para todas elas, pelo menos a dor fora totalmente regredida (dor zero) ao final do tratamento. A patofisiologia da SOP, incluindo seu diagnóstico causal preciso, está prestes a ser confirmada. Neste meio tempo, o tratamento para os milhões e milhões de mulheres acometidas reside, ao que tudo indica, numa singela manobra de liberação miofascial.

## CONCLUSÃO

Mais de duas centenas de mulheres foram tratadas para os mais diferentes tipos de dor genitopélvica, incluindo dores profundas, superficiais, que as acometiam durante as mais diversas atividades do dia a dia, incluindo as sexuais. Todas elas, no mínimo de uma sessão e máximo de 28 sessões, tiveram suas dores, mesmo as mais severas, regredidas em sua totalidade, recebendo alta com dor zero pela Escala Visual Analógica. O tratamento proposto, considerando a existência de apenas dois tipos de dor genitopélvica, muscular e/ou conectiva, composto unicamente de protocolos de liberação miofascial específicos para estas dores, não falhou para nenhuma paciente.

A classificação das Dores Genitopélicas nos tipos muscular e/ou conectiva é eficiente e permite diagnósticos funcionais precisos e que guiam tratamento eficazes. Os protocolos de liberação miofascial para tecidos conectivos e/ou musculares utilizados são eficientes na regressão completa da dor (dor zero) em uma média de sete sessões, para todo e qualquer tipo de dor genitopélvica feminina, independentemente de quaisquer comprometimentos associados. As dores genitopélicas são problemas miofasciais, que devem ser tratados com técnicas miofasciais por fisioterapeutas pélvicas especializadas.

## REFERÊNCIAS

1. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, et al. Novas técnicas de Liberação Miofascial para dor genital, pélvica crônica e sexual, são eficazes e eficientes (dor zero) em no máximo dez sessões. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)5-15. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(3)5-15.
2. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, et al. (Quase) todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(2)63-70. DOI: 63 10.62115/rbfp.2022.2(2)63-70.
3. Worman RS, Stafford RE, Cowley D, et al. Evidence for increased tone or overactivity of pelvic floor muscles in pelvic health conditions: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2023 Jun;228(6):657-674.e91. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.10.027.
4. Binik YMN, Bergeron S, Khalifé S. (2007). Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain. In S. R. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 124–156). The Guilford Press.
5. Pacheco IOG, Souza NB. Vaginismo: as implicações que influenciam a qualidade de vida sexual da mulher a partir desta disfunção. Revista Científica Online ISSN 1980-6957 v13, n1, 2021. Disponível em: [https://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/VAGINISMO\\_as\\_implicacoes\\_que\\_influenciam\\_a\\_qualidade\\_de\\_vida\\_sexual\\_da\\_mulher\\_a\\_partir\\_destas\\_disfuncao.pdf](https://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/VAGINISMO_as_implicacoes_que_influenciam_a_qualidade_de_vida_sexual_da_mulher_a_partir_destas_disfuncao.pdf)
6. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82. DOI: 10.62115/rbfp.2021.1(2)71-82.
7. Ambrogini CC. Significado do termo vaginismo para as mulheres com esta disfunção sexual. 2016. 59 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2016.
8. Ayala A, Duarte SP, Delavequia I, Latorre GFS. Qualidade de informação de Fisioterapia Pélvica no Instagram®. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)50-57. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(3)50-57
9. Latorre GFS, Lopes J, Foschera LR, et al. Manobra do Ligamento Largo tornou assintomática a “endometriose” de mais de uma centena de mulheres. Rev Bras Fisiot Pelvica 2025;5(1)41-52. DOI: 10.62115/rbfp.2025.5(1)41-52
10. Lima CBO, Latorre GFS. Manobra do Ligamento Largo reverte sinais e sintomas da SOP - relato de caso. Rev Bras Fisiot Pelvica 2025;5(1)5-18. DOI: 10.62115/rbfp.2025.5(1)5-18
11. Harari YN (2018). 21 lições para o século 21. São Paulo. Companhia das Letras, 432 p.
12. Harari YN (2024). Nexus: A Brief History of Information Networks from the Stone Age to AI. Random House, first U.S. edition, 528 p.
13. Harari YN. (2015). Sapiens: Uma breve história da humanidade. Porto Alegre: L&PM, 464

p.

14. Zipper R, Lamvu G. Vaginal laser therapy for gynecologic conditions: re-examining the controversy and where do we go from here. *J Comp Eff Res.* 2022 Aug;11(11):843-851. DOI: 10.2217/cer-2021-0281. Epub 2022 Jun 21. PMID: 35726603.
15. Namazi G, Chauhan N, Handler S. Myofascial pelvic pain: the forgotten player in chronic pelvic pain. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2024 Aug 1;36(4):273-281. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000966. Epub 2024 May 21. PMID: 38837702.
16. Vieira KF, Cé R. Aplicabilidade da toxina botulínica para tratamentos estéticos e não estéticos. *Rev Cient Sophia* (2024)16(1). DOI:10.5281/zenodo.13352003
17. Knapman BL, Li FG, Deans R, Nesbitt-Hawes E, Maheux-Lacroix S, Abbott J. Botulinum Toxin for the Management of Pelvic Floor Tension Myalgia and Persistent Pelvic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2024 Jan 1;143(1):e7-e17. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005388.
18. Freyd M. The graphic rating scale. *J Educ Psychol* 1923;14:83–102.
19. Mufatto AA, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo reduz dor e outros sintomas da dismenorreia primária. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)45-54. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)45-54.
20. Cavalheiro E, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo versus Liberação Miofascial Instrumentalizada na SPM e dismenorreia. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)55-66. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)55-66.
21. Latorre GFS, Rosa LN. Manobra do Ligamento Largo aumenta em mais de 500% a espessura do endométrio: relato de caso. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)67-75. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)67-75.
22. Latorre GFS, Ayala A. Ferramentas de imagem para avaliação e evolução do tratamento de aderências conectivas: estudo piloto. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(1)5-14.
23. Latorre GFS, Silva PM, Silva FAP, et al. Incontinência urinária causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2024;4(1)32-43. DOI: 10.62115/rbfp.2024.4(1)32-43.
24. Biswas A, Ratnam SS. Vaginismus and outcome of treatment. *Ann Acad Med Singap.* 1995 Sep;24(5):755-8. PMID: 8579326.
25. Kearney R, Sawhney R, DeLancey JO. Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. *Obstet Gynecol.* 2004 Jul;104(1):168-73. doi: 10.1097/01.AOG.0000128906.61529.6b. PMID: 15229017; PMCID: PMC1415268.

26. Tetik S, Yalçinkaya Alkar Ö. Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Sex Med.* 2021 Sep;18(9):1555-1570. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.07.004. Epub 2021 Aug 6. PMID: 34366265.
27. Turan Ş, Usta Sağlam NG, Bakay H, Gökler ME. Levels of Depression and Anxiety, Sexual Functions, and Affective Temperaments in Women With Lifelong Vaginismus and Their Male Partners. *J Sex Med.* 2020 Dec;17(12):2434-2445. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.08.018. Epub 2020 Sep 25. PMID: 32981852.
28. Melles RJ, ter Kuile MM, Dewitte M, van Lankveld JJ, Brauer M, de Jong PJ. Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with lifelong vaginismus before and after therapist-aided exposure treatment. *J Sex Med.* 2014 Mar;11(3):786-99. doi: 10.1111/jsm.12360. Epub 2013 Oct 25.
29. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond).* 2010 Sep;6(5):705-19. doi: 10.2217/whe.10.46. PMID: 20887170.
30. Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, et al. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav.* 2015 Aug;44(6):1537-50. doi: 10.1007/s10508-014-0430-z. Epub 2014 Nov 15. PMID: 25398588.
31. Real MF (2005). O PARCEIRO SEXUAL DA MULHER VAGÍNICA. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 16(1). <https://doi.org/10.35919/rbsh.v16i1.481>
32. Ben-Aroya Z, Edwards L. Vulvodynia. *Semin Cutan Med Surg.* 2015 Dec;34(4):192-8. doi: 10.12788/j.sder.2015.0181. PMID: 26650698.
33. Latorre GFS, Gil NA, Echavarria VR, Ayala A. Liberação miofascial (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. *Rev Bras Fisiot Pelvica (2022)* 2(1)4-15.
34. Almhoud H, Alatassi L, Baddoura M, et al. Polycystic ovary syndrome and its multidimensional impacts on women's mental health: A narrative review. *Medicine (Baltimore).* 2024 Jun 21;103(25):e38647. doi: 10.1097/MD.00000000000038647. PMID: 38905372; PMCID: PMC11191963.
35. Stańczak NA, Grywalska E, Dudzińska E. The latest reports and treatment methods on polycystic ovary syndrome. *Ann Med.* 2024 Dec;56(1):2357737. doi: 10.1080/07853890.2024.2357737. Epub 2024 Jul 4. PMID: 38965663; PMCID: PMC11229724.

## A influência do método Pilates na preparação para o parto vaginal: revisão integrativa



Ana Flávia de Oliveira Viégas<sup>1</sup>, Carla Dourado Leão<sup>2</sup>, Larissa de Almeida Barros<sup>3</sup>  
Nayara Gabrielle de Lima Lobo Brito<sup>4</sup>, Raiza da Silva Bentes<sup>5</sup>, Sandra dos Reis Mota<sup>5</sup>

**Submissão:** 09/04/2025

**Aceite:** 30/05/2025

**Publicação:** 30/06/2025

### RESUMO

**Panorama:** O período de gestação é de intensas mudanças e adaptações na vida da mulher, em decorrência da gravidez é frequente o aparecimento de desconfortos, dores e alterações musculoesqueléticas. Portanto, se caracteriza como uma fase importante e que requer cuidados especiais para preservar a saúde e o bem-estar. **Objetivo:** Descrever quais os benefícios que o Método Pilates pode proporcionar durante a gestação. **Método:** Revisão integrativa, de artigos científicos, estudos de caso controle, randomizados, duplo cego, revisão sistemática com metanálise, nos sites Scielo e Google Acadêmico, entre os anos de 2019 a 2024, nos idiomas inglês e português. **Resultados:** Indicam que o Método Pilates oferece benefícios na preparação do corpo da gestante, auxilia no processo de diminuição de dor lombar, dor torácica, fortalece o assoalho pélvico, ajuda no equilíbrio hormonal. **Conclusão:** A fisioterapia atua tanto na prevenção quanto no tratamento, com o objetivo de fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, evitando possíveis alterações patológicas e suas consequências.

### ABSTRACT

**Background:** Pregnancy is a period of intense changes and adaptations in a woman's life. As a result of pregnancy, discomfort, pain, and musculoskeletal changes are common. Therefore, it is characterized as an important phase that requires special care to preserve health and well-being. **Objective:** To describe the benefits that the Pilates Method can provide during pregnancy. **Method:** Integrative review of scientific articles, case-control studies, rounded systematic review, double-blind, with meta-analysis, on the websites Scielo and Google Scholar. **Results:** Indicate that the Pilates Method offers benefits in preparing the pregnant woman's body, assists in the process of reducing lower back pain, chest pain, strengthens the pelvic floor, and assists in hormonal balance. **Conclusion:** Physiotherapy acts both in prevention and treatment, with the objective of strengthening the pelvic floor muscles, avoiding possible pathological changes and their consequences.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, pós-graduanda em fisioterapia pélvica funcional. Univ. da Amazônia, Belém/PA. anafaviaviegas2021@outlook.com

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, pós-graduada em fisioterapia dermato-funcional. Universidade da Amazônia, Belém/PA.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, pós-graduada em fisioterapia em uroginecologia funcional. Universidade da Amazônia, Belém/PA.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, pós-graduada em fisioterapia aplicada a saúde da mulher. Universidade da Amazônia, Belém/PA.

<sup>5</sup> Discente do curso de fisioterapia da Universidade da Amazônia, Belém/PA.

## INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada por mudanças notáveis para a mulher, seu parceiro(a) e toda a família. Durante esse período, o corpo feminino sofre transformações progressivas, se preparando tanto para o nascimento quanto para a maternidade. A gestação é um processo fisiológico normal, que geralmente acontece de maneira saudável e sem complicações<sup>1</sup>.

Essas transformações, incluem adaptações físicas, ajustes biomecânicos e correções posturais, que frequentemente provocam desconforto e dor nas mulheres grávidas. Essas mudanças afetam o dia a dia das mulheres, podendo resultar em restrições nas tarefas diárias e profissionais por causa de desconforto ou dor. As lombalgias, as dores na região pélvica, as neuropatias periféricas e as dores nos membros superiores e inferiores são condições musculoesqueléticas mais comuns nesse período, podendo durar até três anos após o nascimento do bebê<sup>2</sup>.

A prática de atividades físicas como o Pilates se mostra fundamental para a saúde das gestantes. Reconhecido mundialmente, ele é uma atividade fundamental para aprimorar a função física, mental e motora. Esta modalidade engloba uma gama de atividades de baixa intensidade que estimulam a flexibilidade e a resistência do corpo. Ao praticar, é crucial empregar técnicas de respiração apropriadas, uma vez que auxiliam na ativação dos músculos estabilizadores profundos, particularmente o transversal abdominal em conjunto com a pelve, auxiliando no fortalecimento da região pélvica e do tronco, o que é de extrema importância para o PV3.

Ao longo da gravidez, o fisioterapeuta deve se concentrar em exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, ajuste postural, flexibilidade, alongamento e preparação para o nascimento do bebê. Ademais, é crucial promover o fortalecimento muscular dos membros inferiores, superiores, região lombar, abdômen e assoalho pélvico, visando minimizar os efeitos durante o parto e evitar complicações como incontinência urinária e prolapso genitais, que podem continuar após o período gestacional<sup>2</sup>.

A gestante precisa de assistência de um fisioterapeuta, que a orientará na manutenção do equilíbrio corporal, prevenindo o agravamento do desalinhamento natural provocado pelo ganho de peso durante a gravidez e pela inflamação dos ligamentos. A distribuição correta do peso é crucial para evitar sobrecargas na articulação sacro-ilíaca, o que poderia resultar em inflamação e desconforto<sup>2</sup>.

Nesse contexto, as mulheres grávidas podem se beneficiar da fisioterapia para reduzir as dores e aprimorar sua qualidade de vida. O Método Pilates (MP) é uma opção eficiente para atenuar a dor, potencializar a funcionalidade e fomentar melhorias na área lombo-pélvica, entre outros benefícios<sup>2</sup>. Ademais, a prática regular de exercícios contribui para o aumento da energia diária e o fortalecimento da região pélvica, permitindo que as futuras mães desenvolvam habilidades para controlar essa área. Além disso, as gestantes aprendem a respirar de forma profunda e controlada, uma técnica que se torna útil tanto durante as contrações quanto no trabalho de parto.<sup>2</sup> Desta forma, o objetivo do estudo é elucidar através de uma busca na literatura, a influência do MP na preparação para o PV.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual foram utilizadas as etapas: elaboração de pergunta norteadora: A influência do método Pilates no parto vaginal, gera benefícios materno e fetal? Foi realizada busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos analisados, discussão dos resultados, apresentação da revisão integrativa. A pesquisa foi realizada no período de fevereiro a dezembro de 2024.

Para análise dos estudos selecionados, foi utilizado o modelo do fluxograma Prisma, checklist de 2020. A busca foi realizada em duas bases de dados: Scientific Electronic Library online (SCIELO), (GOOGLE ACADÊMICO), empregando descritores combinados com operadores booleanos "AND" e "OR" de forma controlada: (pilates AND pregnancy) OR (the benefits of pilates AND gestation). Foram incluídos na seleção estudos de artigos completos entre 2019 e 2024, publicados nos idiomas inglês e português, que abordam sobre o tema. Entre os critérios de inclusão, foram incluídas mulheres em idade adulta de 20 a 35 anos de idade, e mulheres em fase reprodutiva no pré e pós-parto.

Estudos de caso controle, randomizados, duplo cego, revisão sistemática com metanálise. A busca por evidência foi realizada com base na estratégia PRISMA (Principais itens para relatar revisões sistemáticas e metanálises).

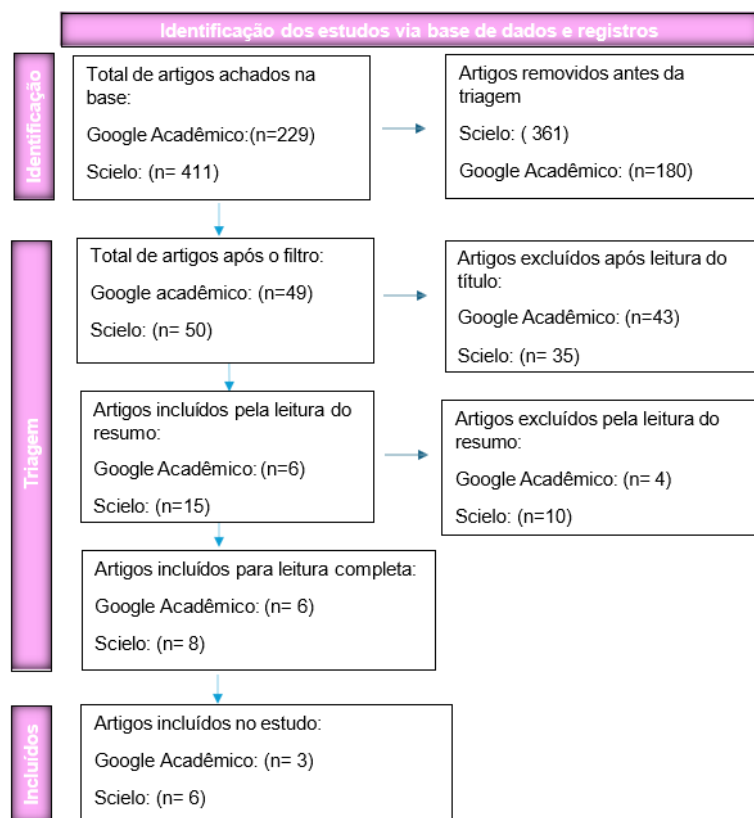
Foram excluídos artigos incompletos, dissertação de mestrado, monografias, teses, estudos de opinião. Também foram excluídas, mulheres fora da fase reprodutiva saudável, mulheres com idade inferior a 20 e superior a 35 anos, mulheres não grávidas, e mulheres em gestação de risco.

Esses dados foram organizados no programa Word, através de tabela. A análise dos dados abrangeu todo o material obtido durante a pesquisa como as análises dos artigos, estudos publicados e demais informações disponíveis. Com essa análise inicialmente, estabeleceu-se a organização de todo o material, dividindo-o de forma a identificar no mesmo as tendências e padrões relevantes para a pesquisa realizada. E a partir dessa organização do material coletado, fez-se a triangulação das visões dos autores quanto a concepção que se tem da Influência do Método Pilates na Preparação para o Parto Vaginal.

## RESULTADOS

No fluxograma 1, foi utilizado o método Prisma para quantificar as informações obtidas através da pesquisa feita nas bases de dados já citadas na metodologia.

**Fluxograma 1:** Fluxograma que compôs a análise quantitativa dos estudos utilizados para compor a revisão.



A Tabela 1 sintetiza os achados desta revisão, fornecendo informações analíticas como títulos, autores, ano de publicação, técnicas empregadas e as conclusões escolhidas. A finalidade de fornecer essas informações é sintetizar as propriedades mais relevantes baseadas nos estudos examinados. A análise dos estudos sobre o impacto do MP durante a gestação indica que essa prática oferece benefícios significativos, como o fortalecimento do assoalho pélvico, melhora da postura, flexibilidade

e equilíbrio. O método alivia dores nas costas, melhora a circulação e pode reduzir complicações no parto. Além disso, prepara fisicamente para o PV, aumentando a resistência muscular e o controle respiratório, o que favorece um parto mais seguro<sup>1</sup>.

**Tabela 1:** Sumário dos estudos que compuseram a presente revisão.

TÍTULO	AUTOR/ANO	MÉTODO	CONCLUSÃO
Os benefícios do método pilates na gestação.	BARROS CS, COSTA CS, SERRA SC, ROSA KO, (2022). [C]	Os artigos incluídos tiveram a data de publicação entre os anos de 2014 e 2021 que abordaram estudo sobre: período gestacional, alterações fisiológicas e posturais na gravidez, benefício do método Pilates na gravidez.	Benefícios do Pilates na gestação, respeitando a particularidade de cada mulher e estágios gestacionais. Tem a vantagem de adaptação, facilitando sua execução e permitindo maior acessibilidade as gestantes, proporcionando bem-estar, qualidade de vida, tratando alterações fisiológicas e hormonais, fortalecendo musculaturas de tronco, para prevenir e/ou evitando a lombalgia gestacional, promovendo a consciência corporal.
Os benefícios do Pilates no período gestacional.	CARNEIRO GS, PACHECO NI, LOPES DC, COUTINHO IV, SILVA AP, SILVA MM, et al, (2022). [C]	Estudo executado em bases de dados de periódicos usados para as buscas ativas dos artigos são: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Scientific Electronic Library Online (Scielo), PubMed, LILACS, MEDLINE, Universidade Federal de Goiás (UFG), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Google Acadêmico.	Pilates obtém vantagens adaptativas, facilita sua execução, permite maior acessibilidade, bem-estar, qualidade de vida, fortalece os músculos do tronco, previne e/ou evita dores lombares, promove a consciência corporal, fortalece o assoalho pélvico, trata das alterações fisiológicas e hormonais e proporciona um pós-parto funcional.
Os benefícios do Método Pilates diante das alterações do período gestacional.	PEREIRA NS, REGO BA, PINTO LF, BLANCO KB, (2020). [C]	Pesquisa realizada nas bases de dados científicos como: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), na biblioteca eletrônica SCIELO, PubMed (Publicações Médicas) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google Acadêmico, no período de 01 de maio a 01 de julho de 2020.	Pilates durante a gravidez têm benefícios potenciais tanto para mulher como para o bebê, devendo ser bem orientados pelo profissional fisioterapeuta, proporcionando uma melhor qualidade de vida da gestante, sem aumento no risco de lesões, prevenindo e tratando complicações causada pelas alterações fisiológicas gestacionais.
Método Pilates e a dor na gestação.	MENDO H, JORGE MS, (2021). [C]	As bases de dados consultadas foram Embase, Scopus, Cochrane Library, Medline, Web of Science, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), LILACS e Scielo.	O MP numa frequência de duas sessões semanais em período de oito semanas, é superior à intervenção mínima para alívio da dor em gestantes. Melhora as condições físicas como menor progressão da diástase abdominal, diminuição da fadiga, manutenção dos parâmetros antropométricos e hemodinâmicos, aumento da força abdominal e do assoalho pélvico, flexibilidade dos músculos isquiotibiais, estabilização lombo-pélvica, postura, capacidade funcional e da QV.

**Tabela 1:** Sumário dos estudos que compuseram a presente revisão (continuação).

TÍTULO	AUTOR/ANO	MÉTODO	CONCLUSÃO
Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto.	BORBA EO, AMARANTE MV, LISBOA DD, (2021). [B]	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida no centro obstétrico da maternidade de um hospital de grande porte, localizado no norte do estado do Rio Grande do Sul.	Na percepção das puérperas, a intervenção fisioterapêutica ajuda na redução do quadro algico, ansiedade e promove o relaxamento. Além de contribuir para o suporte emocional, trazendo maior confiança e segurança, proporcionando que a experiência de parto seja positiva e humanizada. Embora sejam necessários mais estudos relacionados à temática, destacamos a importância e a necessidade de mais profissionais fisioterapeutas nos centros obstétricos.
A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil.	MIELKE KC, GOUVEIA HG, GONÇALVES AC, (2019). [B]	Os dados foram obtidos nos registros dos prontuários e carteira do pré-natal, além do questionário estruturado que foi elaborado pelas autoras do projeto e testado. Foi aplicado 12 horas após o parto, na Unidade de Internação Obstétrica, visando um período de descanso da mulher no pós-parto.	Os métodos não farmacológicos são práticas recomendadas pela OMS e foram utilizadas por uma grande parcela das parturientes deste estudo, sendo o banho e a deambulação os métodos que elas mais conheciam e também os mais utilizados no trabalho de parto. A principal motivação para o uso dos métodos foi a redução da dor. Destaca-se que as mulheres referiram alto grau de satisfação quanto à utilização dessa prática.
Impacto das instruções verbais na contração do assoalho pélvico no puerpério imediato.	AZEVEDO AS, FROTA IP, LIMA AC, OLIVEIRA GN, MOREIRA MA, NASCIMENTO SL (2022) [B]	Estudo quase-experimental com delineamento pré e pós-teste, realizado com 109 mulheres no pós-parto vaginal de uma maternidade de referência em Fortaleza.	Observa-se que a maioria das mulheres no pós parto imediato apresenta dificuldade na capacidade de contração correta e coordenação dos Assoalho Pélvico. As instruções e feedback verbais foram úteis para promover a correta contração do Assoalho Pélvico e a diminuição da utilização de músculos e movimentos acessórios.
Efeito do Método de Pilates em mulheres durante a gravidez e parto.	GONÇALVES H, AMARAL L, 2023 [D]	Palavras-chaves: (Pregnancy) AND (Pilates)” utilizada na base de dados PubMed e Web of Science: Na base de dados PEDro a pesquisa foi efetuada através das palavras “pregnancy” e “pilates” com o operador AND.	A realização de exercício físico baseado no método de Pilates, foi efetivo na redução da dor durante o parto e na maioria dos casos de dor músculo-esquelética, promoveu um aumento da força muscular e da correção postural, e contribuiu para a redução da incapacidade da mulher grávida.
Efeitos do método Pilates na qualidade de vida da mulher durante o período gestacional.	CRUZ YK, CARVALHO QS, MORAIS AA, PONTES LS, BANDEIRA RC, NETO ME, 2024 [D]	De janeiro e maio de 2024, nas bases Scielo, Pubmed, PEDro e BVS, utilizando os seguintes descritores gestação, Pilates e qualidade de vida, assim como seus correspondentes na língua inglesa. Os descritores foram combinados utilizando os conectores “and” e “or” no tópico “pesquisa avançada” das plataformas de busca.	A análise dos estudos incluídos revelou uma variedade de benefícios potenciais associados à prática do Pilates durante a gestação, destacando-se os impactos positivos na saúde física, mental e emocional das mulheres grávidas.

## DISCUSSÃO

Segundo Mendo e Jorge, (2021) [C] as mudanças musculoesqueléticas estáticas e dinâmicas gestacionais, como diminuição na mobilidade do tronco e alteração dos movimentos, aumento da massa e dimensões corporais podem evoluir com dor e desconforto, ocasionando limitações das atividades de vida diária e profissionais. O MP é uma estratégia favorável para a saúde geral das mulheres, a resistência dos membros inferiores, a qualidade de vida, entre outros aspectos físicos e psicológicos, principalmente na melhora do fortalecimento do assoalho pélvico e bem-estar social<sup>4</sup>.

De acordo com Borba et al., (2021) [B] este método para grávidas tem extrema importância na força postural, equilíbrio e sobretudo na concentração dos movimentos, reduzindo as sobrecargas que ocorrem nas articulações, favorece a circulação sanguínea, diminuindo a tensão dos membros inferiores, costas e ombros. Sendo um método baseado em movimentos coordenados, harmônicos e suaves, favorecendo e mantendo postura, proteção da coluna e o equilíbrio<sup>5</sup>.

Para Mielke et al., (2019) [B] estudos relatam que os princípios do MP favorecem o condicionamento cardiorrespiratório em pacientes não gestantes, o que não distinguir-se das gestantes, contudo um pouco mais rápido, já que as mesmas atingem a capacidade máxima do exercício em um nível de trabalho mais baixo que as mulheres não grávidas. Como atividade física na área da fisioterapia, o MP ocasiona flexibilidade, força, consciência corporal, relaxamento adequando, dessa forma, conforto, fortalecimento e alongamento de maneira suave com exercícios de baixo impacto, sem proporcionar sobrecarga nas articulações da gestante<sup>6</sup>.

Conforme relatado por Azevedo et al., (2022) [D] para uma prática segura de exercícios a gestante necessita ser orientada quanto ao alinhamento corporal que deve ser sempre preservado para não reforçar a tendência natural da gestação de desalinhamento, devido a frouxidão ligamentar e excesso de peso. Conforme os resultados deste estudo, o exercício de Pilates durante a gravidez melhora o processo de parto e aumenta a satisfação materna com o parto, sem causar complicações para a mãe e o bebê. As mulheres com gravidez de baixo risco são estimuladas a manter ou iniciar o treinamento aeróbico e de resistência progressiva antes, durante e após o parto. As mulheres grávidas devem fazer uma avaliação clínica antes de iniciar a prática para atestar de que não há motivo médico para suspender o exercício<sup>7</sup>.

Segundo Gonçalves H e Amaral L, (2023) [D] todas essas técnicas e recursos promovem

alívio do quadro algico, melhorando a postura, contribuindo para um aumento do retorno venoso, proporcionando um parto mais rápido e confortável para a parturiente, como também, ressaltou a importância do profissional na prevenção, orientando a gestante sobre as alterações fisiológicas que ocorrem e os cuidados com a alimentação e a importância de exercício físico neste período<sup>8</sup>.

De acordo com Cruz et al., (2024) [D] em contrapartida, existem poucas informações e recomendações sobre a instrução segura e apropriada deste método para gestantes, além de divergências quanto à sua segurança em situações especiais, frequência e dosagem, razão pela qual se optou por investigar esta intervenção fisioterapêutica nesta população específica. Neste estudo, observou-se que o MP produziu benefícios para a saúde das gestantes, inclusive do aspecto da dor<sup>9</sup>.

## CONCLUSÃO

Quanto a questão norteadora desta pesquisa, evidenciou-se os benefícios do MP na preparação para o PV, visto que sua prática tem como foco a promoção da estabilidade dos músculos posturais e do assoalho pélvico, na melhora da concentração, consciência corporal, equilíbrio, coordenação e qualidade dos movimentos, eficaz no tratamento e prevenção dos distúrbios que acontecem durante a gestação, tendo como vantagem direta o alívio de dores, edemas, melhora da qualidade de vida e menores riscos durante o trabalho de parto, melhora da postura, que gera mais espaço para o bebê, na medida que as técnicas utilizadas e baseadas em evidências levam uma maior tolerância a dor, uma melhora na evolução da dilatação e na redução do tempo da fase ativa do trabalho de parto.

A gravidez é um momento que vem acompanhado de várias modificações corporais e hormonais na vida da mulher, além de fatores de risco proporcionados pelas mudanças que acontecem nessa fase e influenciam diretamente na qualidade. Com isso, a prática do Pilates na preparação para o parto natural impacta, positivamente, na saúde e bem-estar da mulher, melhorando os desconfortos adquiridos durante o período gestacional, promovendo um trabalho de parto mais rápido e consciente, reduzindo os danos perineais, prevenindo complicações pós-parto e acelerando o processo de recuperação.

Diante dos dados encontrados, é possível concluir que o método Pilates é seguro e eficaz na melhora da dor, diástase abdominal, força do assoalho pélvico, além de reduzir as chances de trauma

perineal durante o parto natural. Esses efeitos contribuem para otimizar a qualidade de vida da mulher durante a gestação.

É interessante reforçar, que apesar de ter alguns estudos sobre o tema, podemos observar que o método é pouco explorado, e que é necessário mais profissionais aplicando na prática o método Pilates, e evidenciando seus benefícios para o parto, quanto mais profissionais se empenharem em publicar estudos mais mulheres serão beneficiadas.

## REFERÊNCIAS

1. Barros CS, Costa CS, Serra SC, Rosa KO. Os benefícios do método pilates na gestação. Revista Cathedral. 2022; v. 4 n.1: 13-22.
2. Pereira NS, Rego BA, Pinto LF, Blanco KB. Os benefícios do método pilates diante das alterações do período gestacional. Revista Cathedral. 2020; v. 2 n.4: 51-58.
3. Carneiro GS, Pacheco NI, Lopes DC, Coutinho IV, Silva AP, Silva MM, et al. Os benefícios do pilates no período gestacional. Research, Society and Development. 2022; v. 11, n. 14: 2-9. Disponível em: (PDF) Os benefícios do Pilates no período gestacional: revisão integrativa.
4. Mendo H, Jorge MS. Método Pilates e a dor na gestação. BrJP. 2021, jul-set;4(3):276-82. Disponível em: [scielo.br/j/brjp/a/PgXwmqdkBP3MDXZLcQVJdVc/?lang=pt&format=pdf](https://scielo.br/j/brjp/a/PgXwmqdkBP3MDXZLcQVJdVc/?lang=pt&format=pdf)
5. Borba EO, Amarante MV, Lisboa DD. Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto. Fisioter Pesqui. 2021;28(3):324-330. Disponível em: [scielo.br/j/fp/a/pWvNrWw9mSnLQ8Wsgsd7zGR/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/fp/a/pWvNrWw9mSnLQ8Wsgsd7zGR/?format=pdf&lang=pt)
6. Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves AC. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. Av Enferm. 2019;37(1):47-55. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>
7. Azevedo AS, Frota IP, Lima AC, Oliveira GN, Moreira MA, Nascimento SL. Impacto das instruções verbais na contração do assoalho pélvico no puerpério imediato. Fisioter Mov. 2022; v. 35: 2-8. Disponível em: Impacto das instruções verbais na contração do assoalho pélvico no puerpério imediato
8. Gonçalves H, Amaral L. Efeito do Método de Pilates em mulheres durante a gravidez e parto. Escola de Saúde. 2023, 1-15.
9. Cruz YK, Carvalho QS, Morais AA, Pontes LS, Bandeira RC, Neto ME. Efeitos do método pilates na qualidade de vida da mulher durante o período gestacional. Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana. 2024; v.22, n.6, p: 01-17.

# RBFP

[perineo.net/rbfp](http://perineo.net/rbfp)



**DOI:** 10.62115/rbfp.2025.5(1)

