

Quase todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica



Gustavo F. Sutter Latorre¹, Solange Diane Rohenkohl², Flávia Heck Vianna³, Taís Assis⁴, Ana Bárbara Lanz⁵, Bárbara Parise⁶, Taynara Oriente⁷, Isabela Lima Araújo⁸, Camila de Souza Rocha⁹, Isabella Cardona Motta¹⁰, Fabiana Tereza Marini¹¹, Carine Caldato Dallastra¹², Priscila Moura e Silva¹³, Julia Magnus Citrao¹⁴, Jade Meneses Batista¹⁵, Camila Moura Mourão¹⁶, Ana Caroline Emiliano Fernandes Pereira¹⁷, Taissa Moreno Delgado Prates¹⁸, Alessandra Ayala¹⁹.

Submissão: 23/08/2022

Aceite: 29/08/2022

Publicação: 31/08/2022

RESUMO

Panorama: Talvez o mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica diz que a maioria dos pacientes possui assoalho pélvico hipoativo, mas a evidência clínica atual sugere o contrário. **Objetivo:** descrever qual o diagnóstico cinesiológico-funcional (DCF) mais comum em pacientes que buscam Fisioterapia Pélvica. **Método:** Estudo transversal exploratório multicêntrico. Idade, sexo, queixa e DCF da atividade dos levantadores do ânus (hiperativos ou hipoativos) foram estatisticamente descritos. Correlação entre idade, queixas e diagnóstico funcional foram estudadas pelo teste de Wilcoxon. **Resultados:** Dos 350 pacientes de 17 cidades das 5 regiões brasileiras de média etária $42,5 \pm 1$ anos, 91,7% foram mulheres, 95,1% do sistema privado e 297 pacientes (85%) apresentou assoalho pélvico hiperativo. Não houve correlação entre idade, queixas e DCF. **Conclusão:** A maioria dos pacientes que buscam o serviço de Fisioterapia Pélvica possui assoalho pélvico hiperativo, necessitando primariamente liberação miofascial e não necessariamente treinamento muscular do assoalho pélvico. Não há correlação entre a queixa e o DCF ou sexo e idade e o DCF.

ABSTRACT

Background: Maybe the oldest paradigm of Pelvic Physiotherapy says that most patients have a hypoactive pelvic floor, but current clinical evidence suggests otherwise. **Aims:** to describe the most common kinesiological-functional diagnosis (KFD) in patients seeking Pelvic Physiotherapy. **Method:** Multicenter, exploratory cross-sectional study. Age, sex, complaint and KFD of levator ani activity (hyperactive or hypoactive) were statistically described. Correlation between age, complaints and functional diagnosis were studied using the Wilcoxon test. **Results:** Of the 350 patients from 17 cities in the 5 Brazilian regions with a mean age of 42.5 ± 1 years, 91.7% were women, 95.1% from the private system and 297 patients (85%) had a hyperactive pelvic floor. There was no correlation between age, complaints and KFD. **Conclusion:** Most of the patients who seek the Pelvic Physiotherapy service have a hyperactive pelvic floor, requiring primarily myofascial release and not necessarily pelvic floor muscle training. There is no correlation between the complaint and KFD or sex and age and KFD.

¹ Fisioterapeuta Pélvica, Mestre em Fisioterapia, Doutor em Medicina, Portal Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil, gustavo@perineo.net
² Fisioterapeuta Pélvica, Santo Ângelo/RS, sol_rohenkohl@hotmail.com | ³ Fisioterapeuta Pélvica, Ribeirão Preto/SP, flaviahfisioterapeuta@gmail.com
⁴ Fisioterapeuta Pélvica, Rio de Janeiro/RJ, taissassifisio@gmail.com | ⁵ Fisioterapeuta Pélvica, Igrejinha/RS, ana.blanz@gmail.com
⁶ Fisioterapeuta Pélvica, Tubarão/SC, barbaramarise@gmail.com | ⁷ Fisioterapeuta Pélvica, Sarandí/PR, taynaraorienta@hotmail.com
⁸ Fisioterapeuta Pélvica, Iguatu/CE, fisioisabelalima@gmail.com | ⁹ Fisioterapeuta Pélvica, Salvador/BA, c.rochafisioterapia@gmail.com
¹⁰ Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre/RS, isabellacardonamotta@hotmail.com | ¹¹ Fisioterapeuta Pélvica, Pinhalzinho/SC, fabi_marini@outlook.com
¹² Fisioterapeuta Pélvica, Charrué/RS, fisioelvicarine@gmail.com | ¹³ Fisioterapeuta Pélvica, Picos/PI, primoura00@gmail.com
¹⁴ Fisioterapeuta Pélvica, Balaenário Camboriú/SC, juliamagnus@hotmail.com | ¹⁵ Fisioterapeuta Pélvica, Salvador/BA, jedembatista@gmail.com
¹⁶ Fisioterapeuta Pélvica, Belém/PA, camilamourao@hotmail.com | ¹⁷ Fisioterapeuta Pélvica, Patos/PB, krol_emiliano@hotmail.com
¹⁸ Fisioterapeuta Pélvica, Brasília/DF, taissamd@gmail.com | ¹⁹ Fisioterapeuta Pélvica, Florianópolis/SC, alessandra@perineo.net

INTRODUÇÃO

Para todas aquelas que, como você, cara leitora, busca no conhecimento científico a inspiração para levar melhores técnicas aos seus pacientes, a Fisioterapia Pélvica é aquilo que chamamos *ciência aplicada*¹. Noutros termos, pesquisadores desenvolvem e testam as técnicas com base num conjunto de regras conhecido como “método científico”, e profissionais clínicos (aqueles que atendem ao público), que atuam com base na evidência científica, colocam em prática estas técnicas, tornando finalmente este conhecimento acessível à população em geral. Sem o profissional clínico, portanto, o pesquisador de qualquer ciência aplicada tem pouco ou nenhum valor prático para o mundo real. Por isto, muitíssimo obrigado a você, clínico, que nos lê neste momento!

Pois bem. Ciências aplicadas, como a Fisioterapia Pélvica, são formadas por PARADIGMAS – definidos hoje pela maioria dos dicionários como “*algo que serve de exemplo ou modelo*” ou “*um padrão*”²⁻⁵. Assim, paradigmas seriam o conjunto de valores que aceitamos como reais para o momento (ou valores que “acreditamos”, embora crença não seja um termo muito preciso porque, em ciência, quando a evidência aponta para outro lado, a ‘crença’ muda). Alguns exemplos de paradigmas atuais da Fisioterapia Pélvica seriam de que disfunções dos músculos levantadores do ânus podem causar disfunções sexuais⁶, urinárias⁷, anorretais⁸ e biomecânicas⁹; ou de que liberação miofascial trata dores genitais¹⁰, e assim por diante.

Mas o mais importante: a ciência evolui a partir das trocas de paradigmas¹ e, deste modo, o presente objetivou estudar um dos, talvez, mais antigos paradigmas da Fisioterapia Pélvica: o de que a maioria dos pacientes que chegam aos nossos consultórios têm assoalho pélvico “fracos” ou, mais corretamente, *hipoativos*. Este paradigma remonta à aurora de nossa área, desde as publicações pioneiras do ginecologista norte-americano Arnold H. Kegel, que associou a incontinência urinária ao “tônus fraco dos músculos genitais”¹¹.

Todavia, no presente, com a evolução do processo diagnóstico em Fisioterapia Pélvica, parece que a evidência clínica tem apontado para a contramão deste nosso antigo paradigma, ou seja, de que boa parte dos pacientes que chegam – senão sua maioria – apresenta assoalhos pélvicos hiperativos, e não hipoativos. O esclarecimento desta questão fundamental é, por fim, é a razão do presente estudo.

MÉTODO

Estudo transversal multicêntrico de caráter exploratório, a partir da revisão de prontuários de consultórios de Fisioterapia Pélvica, públicos e privados, distribuídos por todos o território nacional. Foram selecionados, por conveniência, 19 consultórios nas cidades de Belém/PA, Salvador/BA, Iguatu/CE, Picos/PI, Patos/PB, Brasília/DF, Rio de Janeiro/RJ, Ribeirão Preto/SP, Balneário Camboriú/SC, Tubarão/SC, Pinhalzinho/SC, Sarandi/PR, Porto Alegre/RS, Santo Ângelo/RS, Charrua/RS e Igrejinha/RS. A maioria dos consultórios era privados e de uso único das fisioterapeutas pélvicas responsáveis e coautoras do presente, mais uma clínica municipal que fornece Fisioterapia Pélvica pelo SUS.

Os dados foram extraídos de prontuários de pacientes que haviam assinado termo de consentimento para manipulação científica destes dados de forma anônima, sendo a presença deste termo o critério de inclusão único. Pelo caráter amplo do presente estudo exploratório, não houve critérios de exclusão.

Os diagnósticos cinesiológico-funcionais dos MÚSCULOS LEVANTADORES DO ÂNUS foram definidos, por fisioterapeutas pélvicas, com base no seguinte: *assoalhos pélvicos hiperativos*: presença de encurtamento, pontos-gatilhos, amplitude de movimento diminuída e tônus aumentado à palpação e *assoalhos pélvicos hipoativos*: ausência dos sinais de hipoatividade, força, potência e endurance diminuídos e tônus diminuído à palpação¹². As versões v.40 e v.41 da Ficha de Avaliação Cinesiológico-Funcional da Musculatura do Assoalho Pélvico, [aqui disponível](#), em particular a parte relativa à avaliação dos músculos levantadores do ânus, foi utilizada para auxiliar neste diagnóstico.

Os dados brutos sexo, idade, queixa e diagnóstico cinesiológico-funcional foram compilados em uma tabela simples e exportados para o software estatístico SPSS v.20. Estatística descritiva foi utilizada para apresentação dos dados a seguir, e o teste de Wilcoxon foi utilizado para estudar possíveis correlações entre diagnóstico cinesiológico-funcional, idade e queixas. Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unileão, sob o parecer CAAE nº 54925222.6.0000.5048, e faz parte dos resultados preliminares de um estudo maior ainda em andamento.

RESULTADOS

Foram levantados 350 prontuários relativos à 321 (91,7%) pacientes do sexo feminino e 29 (8,2%) de pacientes masculinos, dentre os quais 333 (95,1%) foram advindos do sistema privado e 17 (4,8%) do sistema público de saúde brasileiro. A presença de cidades de todas as regiões brasileiras trouxe representatividade amostral dos presentes resultados para todo o território nacional.

A média etária da amostra foi de $42,5 \pm 1$ anos. Um total de 297 pacientes (85% da amostra) apresentou assoalho pélvico hiperativo. Não houve correlação significativa ($p \leq 0,05$) entre idade e queixas, nem entre idade e diagnóstico cinesiológico-funcional ou queixas e diagnóstico cinesiológico-funcional.

As queixas descritas foram constipação, dor ao evacuar, incontinência anorretal, incontinência urinária, retenção urinária, infecções urinárias de repetição, prolapso, baixo desejo sexual, baixa lubrificação durante a excitação ou fora dela (ressecamento vaginal), disorgasmia/anorgasmia, hiato urogenital alargado (vagina larga), hipersensibilidade genital, edema genital, dor sexual, dor genital, dor pélvica, cialgia, fissura vaginal pós-coital, candidíase de repetição, diástase abdominal e edema abdominal. Não houve correlação entre as queixas e o diagnóstico cinesiológico-funcional ($p \leq 0,05$).

DISCUSSÃO

O diagnóstico cinesiológico-funcional define o diagnóstico do profissional de fisioterapia, e difere do diagnóstico de todos os demais profissionais de saúde pelo fato, ao contrário de ser focado na queixa (diagnóstico nosológico), estabelece qual problema estrutural e funcional está causando a queixa¹³⁻¹⁵. Pode-se concluir que o fisioterapeuta não avalia as queixas, como incontinência urinária, prolapso genital, dor genital ou disfunção erétil, mas sim os comprometimentos das 'estruturas problemáticas' sobre movimento (cinesiologia) e função, que estão causando estas queixas. Um bom diagnóstico cinesiológico-funcional deve, portanto, apontar 1) QUAL(is) estrutura(as) está(ão) causando a(s) queixa(s) (ex. um músculo, um ligamento, uma mucosa, etc.), e 2) qual a NATUREZA do problema desta estrutura (hiperativo, hipoativo, incoordenado, fibrosado, etc.).

A partir daí, o tratamento pode ser focado precisamente no tipo de problema que está causando a queixa, por exemplo, levantadores do ânus hiperativos – que necessitam, portanto,

liberação miofascial; ou isquiocavernosos hipoativos – que necessitam reforço específico; rabdofíncter incoordenado – necessitando treino de coordenação (e não reforço!), e assim por diante. Assim paramos de “chutar” tratamentos a partir de técnicas tabeladas do tipo “receita de bolo”, para escolher com precisão as técnicas específicas para resolver, de uma vez por todas, cada caso em particular.

Mais especificamente quanto ao item 2 do diagnóstico cinesiológico-funcional, ou a natureza (ou tipo) do problema, são descritos na literatura a **impercepção** (falha na propriocepção, ou sequer conseguir mover o assoalho sob comando verbal), **hipoatividade** (“fraqueza”), **hiperatividade** (incapacidade de relaxar propriamente ou por completo), **incoordenação** (dificuldade de contrair e relaxar com eficiência) e **desprogramação** (falha na pré-contração do assoalho pélvico)¹⁶⁻¹⁸. Esta classificação é particularmente útil à presente discussão, pelo fato de que o paradigma de que a maioria dos pacientes possui assoalho pélvico hipoativo, conforme demonstramos, inverteu-se.

Mostramos que a maioria absoluta dos pacientes, que buscam serviços de Fisioterapia Pélvica, possuem, à primeira avaliação funcional, diagnóstico de assoalho pélvico hiperativo – e não hipoativo como acreditava-se anteriormente. Assim, protocolos eficientes de liberação miofascial podem ser estatisticamente mais relevantes do que protocolos de treinamento do assoalho pélvico, ao menos para a grande maioria da população. Os estudos de hiperatividade dos componentes do assoalho pélvico, não só os musculares profundos e superficiais, mas também dos tecidos conectivos que formam todo esse complexo, têm evoluído de maneira relevante¹⁹, de modo que este novo paradigma de hiperatividade do assoalho pélvico desabrocha num momento extremamente fértil para a otimização da efetividade e eficiência das sessões de Fisioterapia Pélvica, traduzidas assim em resultados melhores em menos sessões.

Demonstramos também que o diagnóstico cinesiológico-funcional (DCF), seja de hiperatividade ou hipoatividade dos músculos levantadores do ânus, é independente da idade ou da queixa que traz a paciente para o consultório. Estas observações sustentam a importância de se estabelecer o DCF logo na primeira avaliação do paciente, e traçar os objetivos do tratamento (OT) a partir deste diagnóstico cinesiológico-funcional. Os OTs são nada mais do que a inversão do DCF, por exemplo, para músculos levantadores do ânus hiperativos (DCF) necessitamos liberação miofascial (OT); ou para músculos superficiais hipoativos (DCF) necessitamos reforço de músculos superficiais (OT). Somente após definido o OT é que a fisioterapeuta deve escolher as técnicas dentro de seu arsenal,

selecionando aquelas que cumpram os OTs estabelecidos com base no DCF. Escolher as técnicas terapêuticas a partir das queixas é, além de amador, impreciso e, a não ser por pura sorte, vai levar a tratamentos equivocados.

Convém ressaltar que estes dados, apesar de representativos de todas as regiões brasileiras, referem-se, em sua grande maioria, à população de brasileiras que buscam serviços privados de Fisioterapia Pélvica, de modo que a exploração destes mesmos dados em pacientes da rede pública de saúde, incluindo clínicas universitárias, se fazem urgentes.

CONCLUSÃO

A quase totalidade dos pacientes que buscam serviços de Fisioterapia Pélvica, públicos ou privados, para todas as regiões brasileiras, possui músculos levantadores do ânus hiperativos. Esta hiperatividade da quase totalidade da população brasileira que busca Fisioterapia Pélvica independente da queixa, sexo ou da idade.

O plano de tratamento, portanto, não deve ser estruturado sobre a queixa da paciente, mas sim de um diagnóstico cinesiológico-funcional, a partir do qual os objetivos de tratamento devem ser delineados e, somente a partir daí, escolhidas as técnicas fisioterapêuticas apropriadas. Para os casos de assoalho pélvicos hiperativos, métodos de liberação miofascial específicos são fundamentais e, considerando que a maioria absoluta das pacientes possui assoalho pélvico hiperativo, técnicas de liberação miofascial são primariamente mais necessárias que programas de treinamento do assoalho pélvico em si.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo só se tornou possível pelo esforço e dedicação de 18 fisioterapeutas pélvicas que, sem receber qualquer compensação além do simples gosto de participar do presente estudo e do amor pela prática baseada em evidência científica, escolheram sacrificar momentos de descanso ou de lazer com suas famílias, para dedicar horas de trabalho organizando os dados de seus consultórios, e assim dar corpo à estatística que serviu de espinha dorsal às conclusões apresentadas. Hoje nós fizemos história: a #familiadafisioterapiapelvica agradece toda a dedicação e profissionalismo da #familiaintensivao.

REFERÊNCIAS

1. Bunge, M (1966). "Technology as applied science". In Rapp, F. (ed.). Contributions to a Philosophy of Technology. Theory and Decision Library (An International Series in the Philosophy and Methodology of the Social and Behavioral Sciences). Dordrecht, Netherlands: Springer. ISBN 978-94-010-2184-5.
2. Michaelis: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. paradigma. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/paradigma>. Acesso em 23/08/2022.
3. Oxford Languages. parafigma. In: Google Search [define: paradigma]. Acesso em 23/08/2022.
4. Priberam Dicionário. paradigma. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/paradigma>. Acesso em 23/08/2022.
5. Dicio: Dicionário Online de Português. paradigma. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/paradigma/>. Acesso em 23/08/2022.
6. Silva BCA, Amorim D, Nunes EFC, Latorre GFS. Disfunção sexual feminina e parto normal: uma revisão integrativa da literatura. R Bras Ci Saúde 21(4):363-368, 2017
7. Smith ARB, Hosker GL, Warrell DW. The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, v.96, janeiro, p.24-28, janeiro de 1989.
8. Barroso AMF, Sá MTMA, Nunes ECF, Latorre GFS. Abordagem fisioterapêutica na incontinência fecal: revisão de literatura. Fisioterapia Ser. 2018;13(4)426-430.
9. Chen L, Ashton-Miller JA, Hsu Y, DeLancey JOL. Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. American College of Obstetricians and Gynecologists, v.108, p.324-32, 2006.
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. Kegel AH. Physiologic treatment of poor tone and function of genital muscles and urinary stress incontinence. West Journal of Surgery, v.57, p. 537-535, 1949.
12. Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor: Bridging Science and Clinical Practice. 2 ed. London: Churchill Livingstone, 2015, 446 p.
13. Costa RSC, Silva LR, Santos A, Limeira TM, Reis H, Morais MC, Fonseca P. Diagnóstico Clínico x Diagnóstico Cinesiológico Funcional. Rev Trab Acedêmicos. v3, n3 (2016).
14. Klein GF. O Diagnóstico Cinesiológico Funcional e o futuro da Fisioterapia no Brasil. Rev Nova Físio (2005). Disponível em <https://www.novafisio.com.br/o-diagnostico-cinesiologico-funcional-e-o-futuro-da-fisioterapia-no-brasil/>. Acesso em 23/08/2022.
15. COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº80/1987. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2837>. Acesso em 23/08/2022.

16. Tomen A, Fracaro G, Nunes ECF, Latorre GFS. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 24(3):121-130, set/dez, 2015.
17. Batista NMTL, Oliveira AN, Nunes ECF, Latorre GFS. Força e coordenação motora da musculatura do assoalho pélvico e a função sexual feminina. Interdisciplinary Journal of Health Education. 2017 Jan-Jul;2(1):10-15.
18. Latorre GFS, Fraga R, Seleme MR, Mueller CV, Berghmans B. An ideal e-health system for pelvic floor muscle training adherence: Systematic review. Neurourology and Urodynamics. 2018;1–18. <https://doi.org/10.1002/nau.23835>
19. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.