

REEDUCAÇÃO UROGINECOLÓGICA NO PÓS-OPERATÓRIO: NORMALIZAÇÃO DAS FUNÇÕES VISCERAIS E PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES

Daiane Nascimento Alves¹, Rodolfo Luiz da Silva², Ana Paula Cardoso², Luís Vicente F. Oliveira¹

¹UNIVAP – Universidade do Vale do Paraíba, Av. Shishima Hifumi 2911 –Urbanova, São José dos Campos – SP, oliveira@univap.br

²UNIVERSITAS – Centro Universitário de Itajubá, Av. Dr. Antonio Braga Filho, 687 – Varginha, Itajubá – MG, rodolfo_fisio@yahoo.com.br

Resumo – O presente relato de caso caracterizou-se do tipo experimental e vem esclarecer a utilização de recursos terapêuticos para o fortalecimento do assoalho pélvico. Através do conhecimento normal da anatomia da cintura pélvica, serão citadas susceptíveis causas relacionadas a fraqueza da musculatura perineal devido a agressões sofridas pelo mesmo. O enfraquecimento das estruturas de suporte, aumentadas ou danificadas por traumatismos, tornam possível o deslocamento ou descida dos órgãos da posição normal. Com o deslocamento dos órgãos pélvicos as pacientes apresentarão várias ocorrências físicas, como: fraqueza muscular perineal, incontinências urinárias, distopias genitais. Sendo um estudo de caso com uma paciente que passou por três intervenções cirúrgicas abdominais. O tratamento durou três meses, os dados foram organizados em formas de gráfico e quadros para análise dos mesmos, onde foi verificado que a reeducação uroginecológica e a terapia manual auxiliaram no fortalecimento muscular do assoalho pélvico e na normalização das funções orgânicas. Para a eficácia do tratamento, deve haver a conscientização do médico, fisioterapeuta e principalmente da paciente.

Palavras-chave: Reeducação uroginecológica, fortalecimento do assoalho pélvico, fraqueza muscular, complicações pós-operatórias.

Introdução

Segundo Grosse e Sengler (2002) o termo reeducação perineal reúne diferentes técnicas fisioterapêuticas utilizadas com a finalidade essencial de melhorar o controle e as qualidades da musculatura do assoalho pélvico. Foi um ginecologista californiano, Arnold Kegel, em 1948, o primeiro a compreender o interesse desta musculatura. Posteriormente tivemos outros nomes como: Magnus Fall em 1970 na Suécia e Alain Bourcier em 1980 na França, onde ainda hoje é o lugar mais desenvolvido nesta área. Segundo Centro de Tratamento de Miomas (2005) Colégio Norte Americano de Obstetras e Ginecologistas estima que 25 a 50% das pacientes submetidas a uma histerectomia terão uma ou mais complicações, embora de pequeno porte ou reversíveis. Em primeiro lugar, uma histerectomia encerra a possibilidade de uma mulher ter filhos. Outras complicações incluem: lesões ao intestino, à bexiga, ureteres (fino tubo que liga o rim à bexiga, levando a urina), sangramento vaginal, infecção, dor pélvica crônica e diminuição da resposta sexual. Como qualquer outro tipo de cirurgia, a histerectomia pode levar a riscos maiores como: 500 mulheres morrem em cada ano, devido a uma histerectomia nos EUA.

“Nos Estados Unidos a cirurgia com maior número de complicações é a histerectomia

abdominal” (STEPHERNSON ; O’CONNOR, 2004). Van Geelen realizou um estudo em 2000, enviando um questionário para 2.157 mulheres com idade entre 50 e 74 anos e constatou queixas urogenitais moderadas e severas naquelas que já haviam sido histerectomizadas. “A composição de forças de retenção passiva, troficidade da uretra e do assoalho pélvico foi considerada por Raz como responsável por 30% dos mecanismos da continência” (GROSSE ; SENGLER, 2002). O prolapso uterino ou de cúpula vaginal resulta da lesão de complexo ligamentar cardinal-útero-sacro, o qual suspende o útero e a porção superior da vagina sobre o diafragma pélvico, e da perda do tônus muscular, com alargamento do hiato genital e perda da estabilidade proporcionada pela placa dos levantadores. Do mesmo modo, quando se remove o útero em uma histerectomia e existe um defeito na união das margens superiores das fâscias pubocervical e retovaginal, e frouxidão nos mecanismos de suspensão da cúpula vaginal, pode se desenvolver um prolapso de cúpula ou enterocele. Do mesmo modo que existe propensão para prolapso, existe propensão a incontinências urinárias, fraqueza perineal, debilidade no funcionamento orgânico pelas aderências pós cirúrgicas. (MORENO, 2004).

As aderências levam a perda de mobilidade e motilidade de uma víscera em razão de uma alteração dos planos de deslizamento de um

órgão sobre as estruturas que o envolve. Por regra geral estas aderências são seqüelas de patologias infecciosas ou intervenções cirúrgicas. Os órgãos deslizam entre si durante o trabalho diafragmático e movimentos do tronco. As vísceras não são sensíveis à dor, mas seus envoltórios são, e podem ser origem de um reflexo neurovegetativo nociceptivo (SCHWARZ, 1997), o que explica a enorme dor sentida pelas pacientes nos pós operatórios. O suporte primário dos órgãos pélvicos é dado pelo diafragma pélvico, pela fásia endopélvica e pelas paredes vaginais (MORENO, 2004). E sendo o assoalho pélvico a musculatura onde “cruzam-se as forças de enrolamento e endireitamento do tronco”, eliminaremos pontos de tensão e a flacidez muscular colocando o corpo em equilíbrio (PIRET; BEZIERS, 2000). As serosas, as fásias e ligamentos que sustentam os órgãos lhe conferem mobilidade. A saúde de um órgão depende desta mobilidade. Lesões no sistema músculo esquelético levam a fixação visceral (aderência), que leva a perda de mobilidade ou o excesso de mobilidade que leva a hiperdeslocamento. A não adaptação do corpo à nova situação levará a transtorno funcional e a adaptação inadequada a transtorno estrutural (PIRET; BÉZIERS, 2000).

Este estudo têm então o objetivo de avaliar os efeitos da reeducação uroginecológica e da terapia manual no quadro de pós operatório, principalmente na pós histerectomias onde existe grande incidência de complicações; visando a diminuição do quadro algico, melhora das funções viscerais envolvidas e fortalecimento da musculatura de sustentação dos órgãos pélvicos. Logo, justifica-se este estudo pela necessidade de proporcionar alívio da dor, normalização das funções viscerais e prevenção das complicações citadas; visando melhorar a qualidade de vida desta paciente.

Materiais e Métodos

A pesquisa foi um estudo de caso, de natureza experimental, sendo uma variação do plano clássico apresentando pré-avaliação, avaliação intermediária e pós-avaliação, sem grupo controle. O estudo foi realizado com uma paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, de etnia branca, residente no município de Ituiutaba – MG, esta realizou três procedimentos cirúrgicos em menos de um ano e meio, isto foi o principal critério de inclusão da mesma neste estudo, com sua prévia autorização.

Avaliamos sua força da musculatura perineal, no primeiro mês de pós-operatório (P.O), no segundo mês de P.O, e no terceiro mês de P.O; os dados foram descritos no protocolo de avaliação fisioterapêutica em Uroginecologia da Escola

Paulista de Medicina (ficha de avaliação), nesta consta toda a história da paciente.

Para proceder este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: protocolo de avaliação fisioterapêutica em Uroginecologia – Unifesp (Escola Paulista de Medicina) para diagnóstico, lubrificante vaginal, camisinha sem lubrificante, aparelho de Biofeedback para avaliação (Perina), avaliação de força muscular subjetiva com toque vaginal bidigital, máquina fotográfica digital, exames de ultra-som realizados pela paciente.

A paciente foi encaminhada ao tratamento por seu urologista, logo após sua última intervenção cirúrgica datada de 23 de setembro de 2004. Num primeiro momento, a mesma foi avaliada (pré-teste), através da ficha de avaliação; nesta constaram itens sobre anamnese com dados específicos, exame físico externo, sendo que o exame físico interno (intravaginal) foi realizado com um mês de pós operatório à pedido médico. Em seqüência, foi realizado um programa de tratamento que incluiu cinesioterapia do assoalho pélvico, terapia manual (alongamento da fásia renal e liberação diafragmática) e “ginástica abdominal hipopressiva” (CAUFRIEZ, 1995).

As sessões foram realizadas semanalmente, três vezes por semana, em um tempo de 50 minutos; totalizando três meses de tratamento. A avaliação de força muscular do assoalho pélvico foi realizada por toque vaginal bidigital (subjetiva) e pelo biofeedback (objetiva) por três vezes; um mês após a cirurgia, quando se completou dois meses e quinze dias após o término do tratamento, para averiguação da evolução da paciente.

A cinesioterapia do assoalho pélvico baseia-se no princípio que contrações voluntárias repetitivas aumentam a força muscular. O programa de exercícios não está padronizado. Há na literatura divergências com relação ao tempo de tratamento, os tipos de exercícios, o tempo e a intensidade da contração realizada (MORENO, 2004).

Para as avaliações físicas externa e internas (intravaginal) de força muscular, a paciente permaneceu em decúbito dorsal em posição ginecológica modificada sobre a cama (desnuda da cintura para baixo) e o terapeuta ao seu lado.

Resultados

Serão apresentados os dados obtidos através da ficha de avaliação e da ficha de evolução coletados a partir do tratamento fisioterapêutico. Os fatores determinantes da evolução da paciente são, o grau de sua força muscular do assoalho pélvico e o funcionamento visceral do sistema urinário comprovados através de exames de ultrasonografia.

Além disto a dor foi um fator relevante neste estudo, devido as intervenções cirúrgicas já sofridas pela paciente e por esta última que mexeu muito com todos os seus órgãos e tecidos; no primeiro mês tivemos maior cuidado, pois a paciente relatava muita dor. A partir do segundo mês o quadro álgico começou a ceder, fazendo com que o tratamento fosse menos desconfortável e conseguimos maiores resultados.

Os dados que serão apresentados são referentes a força muscular e funcionamento visceral íntegro; além de relatos da paciente sobre a diminuição do quadro de dor. Segundo Knight (2000), evidencia que a dor nunca foi objetivamente definida nem medida de modo adequado.

A figura 1 é referente à intensidade da dor verificada no período de tratamento de 3 meses, sendo quantificada pela escala adaptada de dor percebida de Borg.

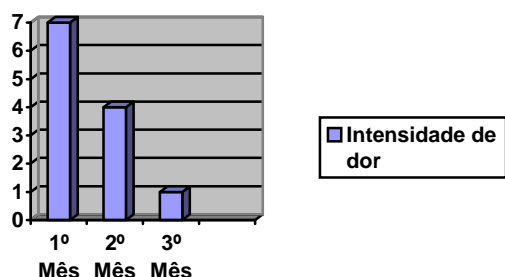


Figura 1: Intensidade da Dor.

Atraves do aparelho Perina usando sua graduação mais leve de resistência (0 a 2,9 mmHg), pode-se fazer a avaliação da força do assoalho pélvico. Avaliação associada do tempo de manutenção desta contração, que de acordo com Ortiz (MORENO,2004) , que deve estar acima de 5 segundos para ser considerado normal (tabela 1).

Tabela 1: Avaliação da força de contração do assoalho pélvico.

Coletas	Grau de força Perina (mmHg)	Tempo de sustentação da contração (seg.)
1º P.O.	Fibra tipo I 0,7 mmHg; Fibra tipo II 1,2 mmHg.	Nenhuma 02 segundos
2º P.O.	Fibra tipo I 1,2 mmHg; Fibra tipo II 1,7 mmHg.	04 segundos 02 segundos
3º P.O.	Fibra tipo I 2,5 mmHg; Fibra tipo II 2,9 mmHg	05 segundos 03 segundos

Na tabela 2, têm-se os laudos das Ultrasonografias pré e pós cirúrgicas, relacionadas a data da última intervenção; sendo que de acordo com o diagnóstico médico a paciente estava com o rim esquerdo quase paralisado devido a grande aderência tecidual cicatricial que formou-se ao redor do ureter esquerdo, posteriormente confirmaram ser uma endometriose “proporcionada pela hysterectomia” (comentários médicos sem comprovação científica) e grandes cistos ovarianos causados pelo “encarceramento” do ovário esquerdo pós hysterectomia. Dado a este quadro as vísceras abdominais principalmente rim e ureter esquerdos, bexiga e intestinos encontravam-se em funcionamento debilitado, sendo necessário encaminhamento cirúrgico e tratamento fisioterápico pós cirúrgico, descritos neste estudo.

Tabela 2: Informações dos Laudos de Ultrasonografia.

Ultrasonografia pré cirúrgica	Ultrasonografia pós cirúrgica (2 meses)
- Hidronefrose mais atrofia renal à esquerda – funcionamento débil	- Rim esquerdo de pequenas dimensões – funcionamento normal apesar da atrofia renal que permanecerá devido aos problemas anteriores.
- Histerectomia anterior	
- Grande imagem anexial à esquerda, suspeita cística e aderência tecidual	

Discussão

Segundo Alter (1999) quando o corpo é submetido a uma agressão podem ocorrer restrições fasciais (é o caso das cirurgias). Para atenuar tais restrições, forças biomecânicas anormais de tensão podem ser aplicadas ao tecido. Essas restrições não são permanentes já que o colágeno(material bruto da fascia/ tecido conjuntivo) tem uma meia vida limitada(300 a 500 dias) e, à medida que o osso adapta-se às tensões que lhes são impostas, a fásia executa o mesmo processo. Portanto, se tensões negativas(uso, postura aderências) são modificadas para que tensões positivas sejam impostas(mobilizações, exercícios)o tecido conjuntivo disfuncional pode melhorar com o tempo (CHAITOW , 2001)

Se o movimento é executado no propósito da estruturação, ele traz, naturalmente em si, componentes capazes de conferir ao corpo elasticidade e firmeza (BERTAZO , 2000). E na verdade, essa é a nossa proposta nesta pesquisa,

usar a reestruturação de um segmento traumatizado para reorganizar as funções fisiológicas envolvidas e desorganizadas pelas cirurgias.

Condições que afetam adversamente a musculatura e a inervação do diafragma pélvico podem alterar a sua função de suporte das vísceras pélvicas. Como consequência, sobrepõe-se uma tensão maior às suas estruturas fasciais ligamentares, o que predispõe ao deslocamento das paredes dos órgãos pélvicos. A excessiva tensão do sistema de suporte fascial pélvico como resultado da queda do diafragma pélvico faz com que os seus órgãos sejam impelidos em sentido caudal como resultado do aumento das pressões abdominais, o que gera progressivas separações e atenuações dentro da fásia endopélvica (MORENO, 2004).

As aderências modificam essencialmente os eixos de motilidade, as ptoses modificam os eixos e a amplitude da motilidade e os víscero-espasmos modificam, sobretudo a amplitude da motilidade das vísceras (E. Schwarz, 1997). As intervenções cirúrgicas causam todas estas modificações, unidas a fraqueza muscular pré-existente, a qual aumenta depois de procedimentos agressivos; gerando uma mudança geral no posicionamento e funcionamento dos órgãos, tecidos e músculos.

Conclusão

A grande incidência de complicações pós-operatórias aparecem devido a falta de assistência correta da equipe multidisciplinar que cuida dos pacientes, ainda é de difícil acesso as indicações médicas para os fisioterapeutas nesta área. Para isto, têm-se as necessidades de pesquisas comprovando a eficácia do nosso tratamento, proporcionando melhores resultados pós-cirúrgicos e uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

Neste estudo concluiu-se que as técnicas de reeducação uroginecológicas são bastante eficazes no fortalecimento muscular perineal e na melhora do funcionamento das vísceras envolvidas nos procedimentos cirúrgicos. Entretanto, é um tratamento delicado onde temos que ter muita seriedade para que os pacientes persistam; sendo que diferentemente de outras áreas da fisioterapia, esta requer um tempo de tratamento maior para obter-se bons resultados (3 a 6 meses).

Os diversos autores citados se encontram em busca de conhecimento acerca da temática. Com isso, nos instiga a aprimorar cada vez mais não só a causa das referidas disfunções, mas a forma de tratamento. Dessa forma, espera-se que este

trabalho possa despertar interesse para a realização de novas pesquisas e que a utilização da reeducação uroginecológica e da terapia manual se estenda no campo da fisioterapia em relação as disfunções urológicas, ginecológicas e proctológicas.

Ainda não se sabe ao certo até que ponto e por quanto tempo consegue-se manter os resultados obtidos pela reeducação uroginecológica. Estudos têm sido realizados com o intuito de averiguar a persistência destes resultados.

No Brasil as técnicas de reeducação uroginecológica e terapia manual têm sido divulgadas nos últimos anos, o que justifica a limitação de estudos na referida temática. Também é necessário que haja interdisciplinaridade entre os profissionais da área da saúde para que ocorra maiores informações em relação as atuações que a fisioterapia pode promover à várias patologias, sendo assim mais fácil haver encaminhamento médico dentre outras áreas para algum possível tratamento fisioterapêutico.

Referências

- ALTER, M. J. **Ciência da Flexibilidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BEINFAIT, M. **Fascias e Pompagens: estudo e tratamento do esqueleto fibroso**. 2ª ed. São Paulo: Summus, 1999.
- CAUFRIEZ, M. **Gymnastique Abdominale Hypopressive**. Bruxelas, 1995.
- CHAITOW, L. **Técnicas de palpação: Avaliação e diagnóstico pelo toque**. São Paulo: Manole, 2001.
- GROSSE, D; SENGLER, J. **Reeducação perineal**. 1º ed. São Paulo: Manole, 2002.
- KAPANDJI, A.I. **Fisiologia Articular: tronco e coluna vertebral**. 5ª ed. São Paulo: Panamericana, 2000
- MORENO. A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 1º ed. São Paulo: Manole, 2004.
- PIRET, S; BÉZIERES; M. M. **A Coordenação Motora – Aspecto Mecânico da Organização Psicomotora do Homem**. 2ªed. São Paulo: Summus, 2000.
- SCHWARZ; E. **A medicina manual no quadro da Medicina Interna**. Paris: Masson, 1997.
- STEPHERSON, R. G; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia Aplicada á Ginecologia e Obstetrícia**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2004.
- <http://www.mioma.com.br/opcoes.htm>
Acesso em 13 fevereiro de 2005.