

Relação entre a musculatura do assoalho pélvico com a disfunção intestinal e lombalgia após o parto

Relation between the muscle from pelvic floor with the intestinal disfunction and low back pain after birth

Bruno Gonçalves Dias Moreno

Professor Mestre em Ciências da Reabilitação – FMUSP
e professor Curso de Fisioterapia da FAI

Evelise Trindade Galiego

Flávia Videira

Aluna de graduação em Fisioterapia na FAI

Resumo

Foi realizado um estudo da incidência de disfunção intestinal e lombalgia e a sua relação com a musculatura do assoalho pélvico em mulheres que se encontravam no pós-parto. Para tanto, foram aplicados os questionários de Oswestry para dor lombar, o International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) para incontinência urinária e os critérios de Roma II para a constipação intestinal em 22 mulheres na faixa etária de 18 a 35 anos, que estavam no período de 6 a 12 meses após o parto e que tiveram uma gestação de 37 a 41 semanas; selecionadas durante a coleta de dados aleatória no Posto de Saúde de Adamantina/SP. Os resultados foram apresentados por frequência relativa, e para verificar a relação entre as variáveis encontradas, foi utilizado teste estatístico qui-quadrado e considerados significantes valores de $p < 0,05$. A incidência de dor lombar com incapacidade grave foi de 9,09%, incapacidade moderada de 22,72% e incapacidade mínima 68,18%. A constipação intestinal esteve presente em 54,54% da amostra e a incontinência urinária em 36,36%. As relações da incidência de Incapacidade por Lombalgia e de Incontinência Urinária ($p=0,883$) e da incidência de Incontinência Urinária e de Constipação Intestinal ($p=0,675$), não apresentaram diferenças estatisticamente significantes. Pôde-se concluir, que as participantes apresentaram elevado índice de incapacidade por lombalgia, constipação intestinal e incontinência urinária, considerando o tempo pós-gestacional, quando estas foram avaliadas. Não foi possível observar, nas voluntárias avaliadas, uma relação direta entre a disfunção da musculatura do assoalho pélvico com incapacidade por lombalgia e com a constipação intestinal.

Palavras-chave: Assoalho Pélvico. Incontinência

Urinária. Lombalgia. Constipação intestinal.

Abstract

A study was performed on the intestinal dysfunction and low back pain incidence and its relation with the muscle from pelvic floor on women at after birth stage. It consisted basically, in applying Oswestry questionnaires about low back pain, the International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ - SF) on urinary incontinence and the criteria from Roma II relatively to constipation, in 22 women from 18 to 35 years-old that were on their 6 to 12 months period after birth and that had a pregnancy from 37 to 41 weeks; selected during the random collection of data at the Health Department of Adamantina/SP. The results were presented by relative frequency, and to verify the relation between the variables found, it was used an statistic test qui-square and considered significant values of $p < 0,05$. The incidence of low back pain with severe incapacity was 9,09%, moderate incapacity 22,72% and minimum incapacity 68,18%. The constipation was in 54,54% of the samples and the urinary incontinence in 36,36%. The relation of incidence of incapacity because of low back pain and urinary incontinence ($p=0,883$) and the incidence of urinary incontinence and constipation ($p=0,675$), did not show significant statistic difference. It could be concluded that the participants showed high level of incapacity due to low back pain, constipation and urinary incontinence, considering the time after birth when they were evaluated. It was not possible to observe in the volunteers evaluated here a direct relation between the muscle of pelvic floor with incapacity because of low back pain against constipation.

Keywords: Pelvic Floor. Urinary incontinence. Low back pain. Constipation.

Introdução

No período gestacional, para o perfeito crescimento e desenvolvimento fetal são necessárias várias transformações e adaptações físicas, fisiológicas e psicológicas na mulher (REZENDE, 1995; SOUZA, 1998; KISNER & COLBY, 1999). Isto é possível pela influência hormonal desencadeada a partir do momento da fecundação. Essas alterações, apesar de necessárias, podem levar ao aparecimento de incômodos que são explicados pelo efeito relaxante e suavizante dos hormônios da gravidez (POLDEN & MANTLE, 2002).

O puerpério é o período que se segue ao parto, no qual os órgãos e sistemas envolvidos direta ou indiretamente na gravidez e no parto sofrem processos regenerativos, na tentativa de retornarem às condições pré-gestacionais (POLDEN & MANTLE, 2002). De acordo com Rezende (1995), a involução puerperal completa-se no prazo de 6 semanas, até a completa recuperação das alterações determinadas pela gestação, parto e retorno dos ciclos menstruais ovulatórios normais.

A grande maioria das dores e problemas do pós-natal geralmente desaparecem de modo espontâneo após algumas semanas, no entanto existem alguns que perduram e tornam-se patentes somente quando a mãe retorna às suas rotinas diárias, podendo demorar vários meses antes que possam ser notados (POLDEN & MANTLE, 2002).

O tecido conjuntivo colagenoso e os ligamentos do corpo ficarão mais elásticos e frouxos durante a gestação, e o tempo estimado para a recuperação completa segundo Calguneri et al. (1982) é de quatro a cinco meses após o parto. Neste período a mulher ficará mais propensa a lesões durante os movimentos balísticos (CALGUNERI; BIRD; WRIGHT, 1982; RUOTI; MORRIS; COLE, 2000).

A musculatura do assoalho pélvico que forma o suporte inferior da cavidade abdômino-pélvica sofrerá diretamente alterações durante o período gestacional e no momento do parto podendo ser distendida, rompida ou ambas durante o processo do nascimento (KISNER & COLBY, 1999). Também poderá haver dano neurológico resultando em fraqueza muscular e hipotonicidade, levando ao prolápio dos órgãos pélvicos, incontinência urinária (IU) e prejudicando a eliminação normal de fezes (KISNER & COLBY, 1999; POLDEN & MANTLE, 2002).

O termo constipação intestinal (CI) descreve esta dificuldade na defecação, seja pelo emprego de força, e/ou diminuição na frequência da passagem das fezes (MOORE-GILLON, 1984). O processo reprodutivo nas mulheres exerce papel preponderante nas disfunções do assoalho pélvico, na maioria das vezes por causa das características anatômicas originais que facilitam o nascimento por via vaginal (PATEL, 2006). Este é um dos principais fatores de risco que predispõe as mulheres a desenvolver IU.

O alinhamento postural torna-se um mecanismo essencial para a manutenção da continência urinária, uma vez que a pelve estaticamente equilibrada contribuirá para a conservação de um posicionamento correto das vísceras abdominais e um perfeito funcionamento dos órgãos de sustentação, favorecendo, assim, uma correta transmissão das pressões intra-abdominais (GROSSE & SENGLER, 2002). Porém, uma variedade de ajustes posturais a nível da coluna vertebral ocorrerão afim de manter a projeção do centro de gravidade na área de sustentação na posição ereta durante a gestação (BENETTI et al., 2005), sendo a acentuação da curvatura lombar a mais evidente, e acontece devido a um desequilíbrio muscular em decorrência da fraqueza e distensão da musculatura abdominal e a inclinação pélvica anterior ocasionando um encurtamento na musculatura lombar (KENDALL; MCREADY; PROVANCE, 1995). Este desequilíbrio pode levar desde desconfortos ao aparecimento de lombalgias. Atualmente, a prevalência de algias na coluna vertebral e pelve nas gestantes em países como Suécia, EUA, China e Israel, fica em torno de 50% a 80% (FRANKLIN & CONNER-KERR, 1998; OSTGAARD; ANDERSON; SHULTZ; MILLER, 1993).

São pouco comuns estudos que abordam a relação do assoalho pélvico com as alterações decorrentes do período gestacional que não são revertidas fisiologicamente, que registrem sua predominância e incidência.

Este artigo tem como objetivo verificar a prevalência de disfunção intestinal e lombalgia e a sua relação com a musculatura do assoalho pélvico em mulheres que se encontravam no pós-parto.

Material e Métodos

Foi realizado estudo descritivo, observacional onde

constaram como critério de inclusão: mulheres na faixa etária de 20 a 35 anos, que estavam no período de 6 a 12 meses após o parto (vaginal ou cesária) e que tiveram uma gestação de 37 a 41 semanas; selecionadas durante a coleta de dados aleatória no Posto de Saúde de Adamantina/SP.

A faixa etária foi determinada de acordo com dados estatísticos do Ministério da Saúde (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC), no qual demonstrou que é nessa faixa etária que ocorreram o maior número de partos a termo realizados na cidade de Adamantina.

O período puerperal foi determinado levando-se em conta os achados da literatura, os quais afirmam que as alterações fisiológicas decorrentes da gravidez deverão desaparecer até um período de 6 meses e que após este, considera-se como sendo uma consequência anormal da gestação (POLDEN & MANTLE, 2002).

Como critérios de exclusão constaram: aquelas que receberam algum tipo de tratamento fisioterapêutico após o parto e que apresentaram IMC inferior a 20 Kg/m² e superior a 35 Kg/m². Tais critérios foram eleitos a fim de que o grupo pudesse ser homogêneo, de modo a não comprometer o resultado da pesquisa.

Para tanto, foi empregado um questionário estruturado pelas autoras contendo os dados pessoais além dos questionários de Oswestry para dor lombar (FAIRBANK; DAVES; COUPER; O'BRIEN, 1980), o International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF) (TAMANINI; DAMBROS; D'ANCONA; PALMA; RODRIGUES, 2007) para incontinência urinária e os critérios de Roma II (DROSSMAN; CORAZZIARI; TALLEY, 2000) para constipação intestinal. Todas as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (em apêndice).

O questionário foi respondido individualmente e uma única vez, sob a supervisão das autoras acerca do esclarecimento de dúvida no que diz respeito à interpretação das perguntas.

A incidência de CI, IU e Incapacidade por Lombalgia, foram apresentadas por frequência relativa. Para verificar se existe relação entre incontinência urinária e constipação intestinal, ou incontinência urinária e incapacidade por lombalgia, foi utilizado teste estatístico qui-quadrado

e considerados significantes valores de $p < 0,05$. As informações coletadas pelo questionário foram tabuladas e analisadas fornecendo uma estatística descritiva.

Resultado

A amostra constou de 22 mulheres, com idade média de 29,09 ($\pm 4,7$) anos, IMC médio de 24,95 ($\pm 3,8$) Kg/m² e média de 2,5 ($\pm 1,2$) filhos por mulher.

A prevalência de dor lombar com incapacidade grave foi de 9,09% (2 mulheres), incapacidade moderada de 22,72% (5 mulheres) e incapacidade mínima 68,18% (15 mulheres) ($\pm 0,302$), conforme ilustrado na Figura 1.

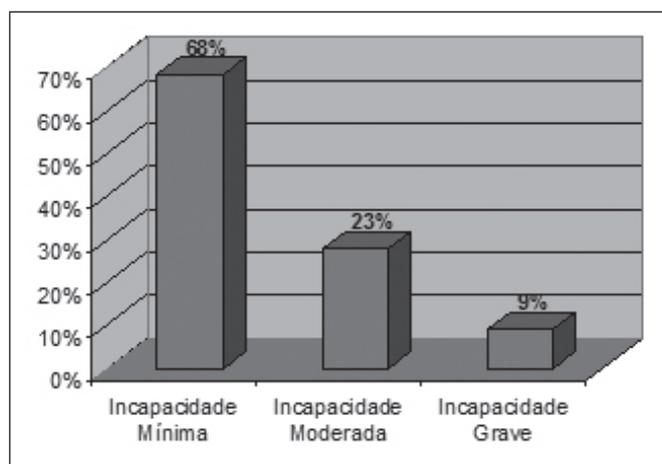


Figura 1 - Distribuição de frequência relativa da incapacidade funcional por lombalgia

A CI esteve presente em 54,54% da amostra (12 mulheres) (Figura 2) e a IU em 36,36% da amostra (8 mulheres) (Figura 3).

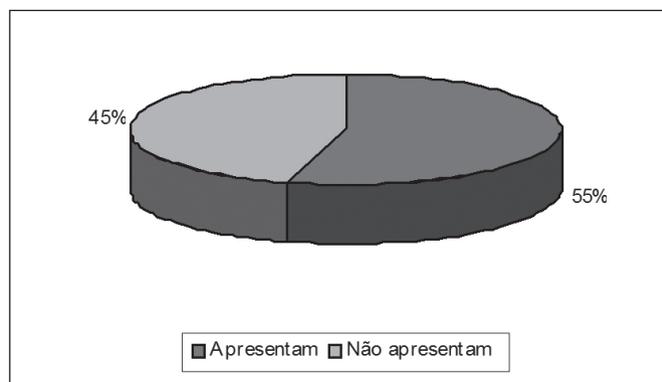


Figura 2 - Distribuição de frequência relativa de Constipação Intestinal

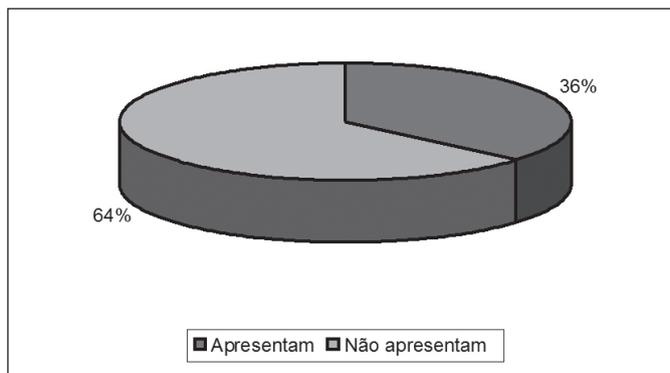


Figura 3 – Distribuição de frequência relativa de Incontinência Urinária

Os resultados obtidos, quando relacionada à prevalência de Incapacidade para Lombalgia e a de IU, não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=0,883$), conforme ilustrado na Figura 4. Da mesma forma, quando relacionada à prevalência de IU e a de CI, também não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=0,675$), ilustrado na Figura 5.

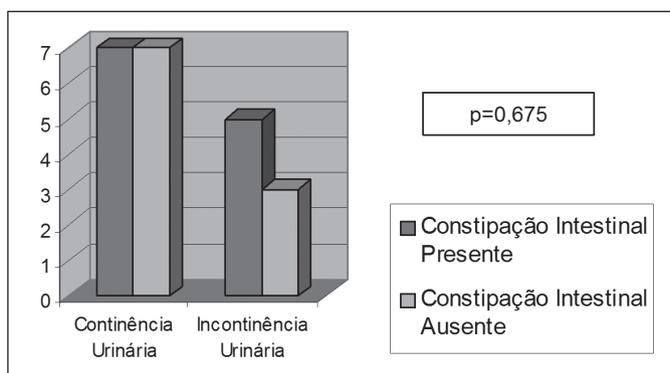


Figura 4 - Relação entre a incidência de Incontinência Urinária e a Constipação Intestinal

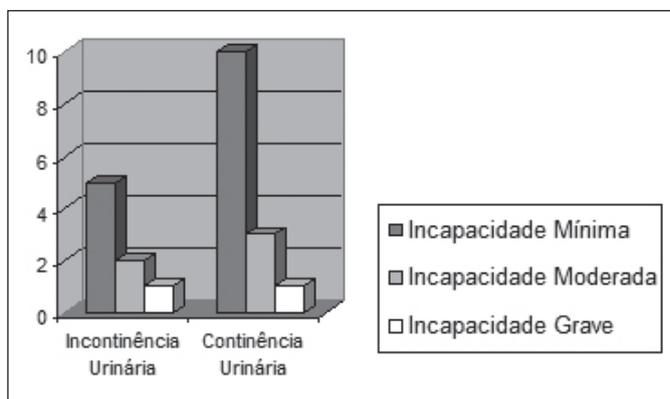


Figura 5 - Relação entre a incidência de Incontinência Urinária e a Incapacidade por Lombalgia

Discussão

No presente estudo observou-se uma prevalência elevada de CI - 54,54% da amostra. Um estudo populacional canadense que avaliou exclusivamente mulheres, verificou prevalência de CI de 14,1% em mulheres jovens, 26,6% na meia idade e 27% em idosas, entretanto, o critério diagnóstico utilizado foi a auto-avaliação (CHIARELLI; BROWN; MC ELDUFF, 2000). Utilizando-se os critérios de Roma II, um estudo espanhol envolvendo 349 participantes, de ambos os sexos e a idade entre 18 e 65 anos, verificou prevalência de CI de 22% em mulheres (GARRIGUES et al, 2004). Já em outra pesquisa populacional, realizada no Canadá com 1.149 participantes, observou-se prevalência de CI de 21,1% na população feminina (PARE et al, 2001). Os altos índices encontrados neste estudo podem estar relacionados aos danos sofridos pela musculatura pélvica, que ocorreram durante o parto resultando em enfraquecimento do assoalho pélvico, mas também há vários fatores que são associados à CI tais como idade, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, inatividade física, baixa ingestão calórica e o estilo de vida dos países industrializados (ANDRE; RODRIGUEZ; MORAES, 2000; FAIGEL, 2002), que não foram investigados neste trabalho. Além do mais, a literatura investigada não levou em consideração uma amostra contendo apenas mulheres que estavam no período pós-parto.

Os resultados obtidos neste estudo apontaram uma prevalência de IU elevada (36,36%) quando comparada com outros achados epidemiológicos. Farrell (2001) em um estudo com primíparas, observou IU em 26% das mulheres seis meses após o parto, enquanto que em um estudo australiano a prevalência de IU em mulheres com idade entre 18 e 23 anos foi de 12,8% (CHIARELLI; BROWN; MC ELDUF, 1999). A paridade é um dos fatores que mais se procura associar ao desenvolvimento de IU, que parece ser comum durante a gravidez, ocorrendo em aproximadamente de 1/3 à metade de todas as mulheres (GUARISI et al, 2001). Ela é decorrente de um desequilíbrio entre as forças da tonicidade da musculatura lisa e estriada, e da resistência uretral. Decorre ainda da posição intrapélvica da uretra proximal em relação ao colo vesical, onde os aumentos da pressão intra-abdominal, quando presentes, devem ser transmitidos diretamente à uretra. Um assoalho pélvico hipotônico impede a transmissão ideal desta pressão, a qual não se propagará até a junção uretrovesical e propiciará a perda urinária (GROSSE & SENGLER, 2002). A literatura

tem mostrado que a maioria das mulheres deixa de ter a queixa de perda urinária logo após o parto, no entanto não foi o que mostraram os resultados aqui obtidos.

Este estudo pôde constatar que todas as participantes da amostra apresentaram algum grau de incapacidade por lombalgia (incapacidade grave 9,09%; incapacidade moderada 22,72% e incapacidade mínima 68,18%). Apesar da definição clínica de instabilidade lombar ser difícil, uma vez que critérios clínicos claros e aceitos para seu diagnóstico ainda não existam, a mesma é frequentemente mencionada como uma causa subjacente da lombalgia crônica (BISSCHOP, 2003).

Bergmark (1989) em um estudo biomecânico revelou a existência de dois sistemas musculares que mantêm a estabilidade da coluna: o sistema muscular local, músculos diretamente inseridos nas vértebras lombares (multifídios e transversos do abdome) e o sistema muscular global, músculos mais superficiais (reto abdominal e oblíquo externo) que em seu papel de estabilizador da coluna trabalha em sinergismo com a musculatura do assoalho pélvico. Na maioria das gestantes há alterações que determinarão uma mudança do ângulo de inserção dos músculos abdominais e pélvicos, resultando numa distensão excessiva dos mesmos, com conseqüente prejuízo do vetor de força destes músculos e com uma diminuição na força de contração. Esses músculos podem levar seis semanas para retornar ao estado pré-gestacional e seis meses até que a força total retorne (RICARD & SALLÉ, 2002).

Apesar deste estudo ter mostrado elevados índices de lombalgia, não se pode relacioná-lo exclusivamente à hipotonicidade da musculatura do assoalho pélvico pois sabe-se que nem toda lombalgia que se manifesta no período gestacional tem como fator desencadeante a própria gestação. Aliás, grande parte das lombalgias já existia antes da mulher engravidar, persistindo ou se agravando neste período.

A acentuação da curvatura lombar e a inclinação pélvica anterior influenciam diretamente a região das vísceras que estão suspensas pelas estruturas ósseas e musculares vertebrocostais. A maior parte dos problemas viscerais tem como origem uma adaptação deficiente à posição ortostática que é agravante para a modificação do ângulo de diversos órgãos, inclusive a bexiga, o que pode levar além de outros problemas a IU (SOLIGO et al, 2000). Desta forma, este estudo tentou buscar a relação entre a IU e a lombalgia que decorre dessas alterações posturais

adaptativas à gravidez, que de acordo com Kisner e Colby (1999), geralmente não se corrigem espontaneamente após o parto, sendo esta mantida como uma postura adquirida.

Os resultados obtidos, no entanto, quando relacionada à prevalência de Incapacidade para Lombalgia e a de IU, não puderam ser relacionados, pois não apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=0,883$). Da mesma forma não foi possível relacionar a CI e a IU ($p=0,675$), apesar de Soligo et al., (2000) reportarem que 54% das mulheres com distúrbios do trato urinário apresentaram sintomas intestinais. Outro estudo ainda, realizado em Taiwan, incluindo 320 mulheres, mostrou que 31,5% das pacientes com sintomas do trato urinário baixo apresentaram constipação (NG et al, 2002).

Conclusão

Pode-se concluir que as participantes apresentaram elevado índice de incapacidade por lombalgia, CI e IU, considerando o tempo pós-gestacional, quando estas foram avaliadas. Não foi possível observar, nas voluntárias avaliadas, uma relação direta entre a disfunção da musculatura do assoalho pélvico com incapacidade por lombalgia e com a CI.

Referências

ANDRE, S.B.; RODRIGUEZ, T.N.; MORAES FILHO, J.P.P. Constipação intestinal. **Rev. Brás. Méd.**,12:53-63, 2000.

BENETTI, F.A.; PEGOROTTI, C.; WITTIG, D.S.; DEPRÁ, P.P.; CAMPOS, M.H.; SABATINO, J.H. Período gestacional e pós-parto: comportamento da curvatura lombar. **Rev de Fisit da USP**, 12:565, 2005.

BERGMARK, A. Stability of lumbar spine. A study in mechanical engineering. **Acta Orthop. Scand.**, 230(Suppl):1-54, 1989.

BISSCHOP, P. Lumbar instability: consequences for the Physiotherapist. **Terapia Manual**, 1(4):122-6, 2003.

CALGUNERI, M.; BIRD, H.Á.; WRIGHT, V. Changes in joint laxity during pregnancy. **Ann. Rheum. Dis.**, 41, 126-8, 1982.

- CHIARELLI, P.; BROWN, W.; MC ELDUFF, P. Constipation in Australian women: prevalence and associated factors. **Int. Urogynecol. J.**, 11:71-8, 2000.
- CHIARELLI, P.; BROWN, W.; MC ELDUFF, F.P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. **Neurourol Urodyn**, 18:567-77, 1999.
- DROSSMAN, D.A.; CORAZZIARI, E.; TALLEY, N.J. The Rome II modular questionnaire. In: Drossman DA, editors. Rome II: the functional gastrointestinal disorders : diagnosis, pathophysiology, and treatment: a multinational consensus. 2ª edition. McLean, VA: **Degnon Associates**, p.670-88; 2000.
- FAIGEL, D.O. A clinical approach to constipation. **Clin. Cornerstone**, 4:11-21, 2002.
- FAIRBANK, J.C.; DAVES, J.B.; COUPER, J.; O'BRIEN, J.P. The Oswestry low back pain disability questionnaire. **Physiotherapy**, 66: 271-73, 1980.
- FARRELL, S.A.; ALLEN, V.M.; BASKETT, T.F. Parturition and urinary incontinence in primiparas. **Obstet. Gynecol.**, 97(3):350-6, 2001.
- FRANKLIN, M.E.; CONNER-KERR, T. An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. **J. Orthop. Sports Phys. Ther.**, 28:133-8, 1998.
- GARRIGUES, V.; GALVEZ, C.; ORTIZ, V.; PONCE, M.; NOS, P.; PONCE, J. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a populational-based study survey in Spain. **Am. J. Epidemiol.**, 159:520-6, 2004.
- GUARISI, T.; PINTO NETO, A.M.; OSIS, M.J.; PEDRO, A.O.; COSTA PAIVA, L.H.C.; FAÚNDES, A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 35(5): 428-34, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 Set 2007.
- GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação perineal**. São Paulo: Manole, 2002.
- KENDALL, F.P.; MCREADY, E.K.; PROVANCE, P.G. **Músculos, provas e funções**. 4ª ed. São Paulo: Manole, 1995.
- KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Manole, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Citado em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvSP.def>>. Acesso em: 25 Out 2006.
- MOORE-GILLON, V. Constipation: what does the patient mean? **J. R. Soc. Med.**, 77:108-10, 1984.
- NG, S.C.; CHEN, Y.C.; LIN, L.Y.; CHEN, G.D. Anorectal dysfunction in women with urinary incontinence or lower urinary tract symptoms. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, 77:139-45, 2002.
- OSTGAARD, H.C.; ANDERSON, G.B.J.; SHULTZ, A.B.; MILLER, J.A.A. Influence of some biomechanical factors on low back pain in pregnancy. **Spine**, 1:61-5, 1993.
- PARE, P.; FERRAZZI, S.; THOMPSON, W.G.; IRVINE, E.J.; RANCE, L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of health care seeking. **Am. J. Gastroenterol.**, 96:3130-7, 2001.
- PATEL, D.A.; XU, X.; THOMASON, A.D.; RANSOM, S.B.; IVY, J.S.; DELANCEY, J.O. Childbirth and pelvic floor dysfunction: an epidemiologic approach to the assessment of prevention opportunities at delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 195(1):23-8, 2006.
- POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Santos, 2002.
- REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- RICARD, F.; SALLÉ, J.L. **Tratado de osteopatia**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.
- RUOTI, R.G.; MORRIS, D.M.; COLE, A.J. **Reabilitação Aquática**. São Paulo: Manole, 2000.

SOLIGO, M.; LALIA, M.; CITTERIO, S.; SCAINI, A.; PRISCO, L.D.; MILANI, R. Spontaneous reporting of bowel symptoms in women with urinary disorders [abstract]. *Int Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunction*, 11(Suppl 1):13, 2000.

SOUZA, E.B.L. **Fisioterapia aplicada a obstetrícia e aspectos de neonatologia: uma visão multidisciplinar.** 2ª ed. Belo Horizonte: Health, 1999.

TAMANINI, J.T.N.; DAMBROS, M.; D'ANCONA, C.A.L.; PALMA, P.C.R.; NETTO Jr, N.R. Validacion of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF) for Portuguese. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 38(3): 438-44, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Abr 2007.