

ANÁLISE DA FORÇA DE CONTRAÇÃO PERINEAL EM PRIMÍPARAS

ANALYSIS OF THE FORCE OF PERINEAL CONTRACTION IN PRIMÍPARAS

RIBEIRO, Joici Adriana Antoniazco Batistão¹; FELICE, Thais Duarte²; SOUZA, Elsiene Stangarlin Fernandes³; SOUZA, Natalia Fernandes Hidalgo⁴

Resumo

Neste trabalho analisamos a força de contração perineal, em primíparas, de 1 a 30 meses pós-parto. Foi realizado um estudo transversal, para avaliar a função da musculatura do assoalho pélvico com o perineômetro pneumático. A amostra foi composta por 30 mulheres apresentaram faixa etária entre 20 a 30 anos, e foram divididas em 3 grupos de acordo com a via de parto: I com 10 primíparas de pós-parto normal; II com 10 primíparas de pós-parto cesárea e III com 10 nulíparas para grupo controle. A variável independente foi à via de parto e a dependente a força muscular do assoalho pélvico. Na pesquisa foi observado que durante a gestação é comum a perda urinária aparecer em 30 % das gestantes, foi o que mostrou o questionário respondido pelas puérperas. O parto vaginal em primíparas diminui a força de assoalho pélvico, após os períodos de 1 a 30 meses pós-parto. E o parto cesárea em primíparas, não diminui a força de contração do AP. se comparada com as nulíparas.

Palavras-Chaves: Primíparas, Assoalho Pélvico, Parto Normal, Parto Cesárea.

Abstract

In this work we analyzed the perinea contraction's force, in primipars, from 1 to 30 months post parturition. A traverse study was accomplished, to evaluate the function of the pelvic musculature floor with the pneumatic perineometry. The sample was composed by 30 women presenting age group among 20 to 30 years, and they were divided in 3 groups in agreement with the childbirth road: I with 10 primipars of normal post parturition; II with 10 primipars of cesarean post parturition and III with 10 nulipars for the control group. The independent variable went to the childbirth road and the dependent the muscular force of the pelvic floor. In the research it was observed that during the gestation it is common to urinary loss to appear in 30% of the pregnant women, it was what showed the questionnaire answered by the puerpers. The vaginal childbirth in primipars reduces the force of pelvic floor, after the periods from 1 to 30 months post parturition. And the cesarean childbirth, in primipars, don't reduces the force of contraction of AP. if compared with the nulipars.

Key-words: Primipars, Pelvic Floor, Normal childbirth, Cesarean childbirth.

¹ Fisioterapeuta; Especialista em Metodologia do Ensino Superior; Profa. do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN, Dourados - MS.

² . Fisioterapeuta; Especialista em Fisioterapia Neurofuncional; Profa. do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN, Dourados - MS.

³ Fisioterapeuta; Mestre em Ciências da Saúde; Profa. do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN, Dourados - MS.

⁴ Fisioterapeuta Graduada pela UNIGRAN – Dourados - MS

Introdução

Desde que o homem evoluiu para a postura ereta, a musculatura perineal tornou-se responsável pelo suporte dos órgãos pélvicos, das variações de pressões e da pressão intra-abdominal (NAGIB *et al.*, 2005).

O períneo é a região estreita entre as partes proximais das coxas, quando os membros inferiores são abduzidos. É uma área losângica que se estende do monte do púbis, as faces mediais das coxas, às pregas glúteas, e a extremidade superior da fenda interglútea (MORENO, 2004).

O assoalho pélvico feminino é dividido em três compartimentos: anterior (bexiga e uretra), médio (vagina) e posterior (reto). Pela proximidade dos compartimentos, os efeitos da fraqueza do assoalho pélvico podem não ser localizados ou ser restritos a um órgão ou compartimento particular (RETT *et al.*, 2005).

Os músculos do assoalho pélvico são compostos por fibras musculares estriadas esqueléticas do tipo I (tônicas) e do tipo II (fásicas). A dificuldade em identificar todas as falhas na integridade do assoalho pélvico pode levar a um tratamento cirúrgico incompleto, ocasionando persistência ou recorrência de distúrbios do assoalho pélvicos (RETT *et al.*, 2005).

Segundo Polden e Mantle (2002), as mudanças gestacionais são, principalmente, o resultado direto da interação de quatro fatores: as mudanças hormonais mediadas no colágeno e no músculo involuntário; aumento do volume total de sangue e assim para útero e rins; o crescimento do feto resultando na conseqüente ampliação e deslocamento do útero; e finalmente o aumento do peso do corpo e as mudanças adaptáveis no centro de gravidade e postura.

Durante a gravidez, o períneo sofre com a influência do peso fetal, pois tem um aumento da pressão intra-abdominal, principalmente quando a gestante assume a postura ortostática e sentada (STEPHENSON; O`CONNOR, 2004).

No momento do parto normal, o períneo tende a se distender, podendo ocasionar lacerações das fibras musculares, ou então o obstetra realiza a episiotomia para aumentar o espaço por onde o feto passará e para diminuir o tempo de parto.

A cesárea não interfere diretamente sobre a musculatura de períneo, o que influencia são as alterações gestacionais, pois a incisão é feita na musculatura abdominal e no útero (STEPHENSON; O`CONNOR, 2004).

O objetivo deste trabalho foi analisar a força de contração perineal em primíparas, compará-la no pós-parto vaginal e cesárea e verificar a influência da episiotomia na contração perineal.

Materiais e Métodos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Unigran (Centro Universitário da Grande Dourados) da cidade de Dourados – MS.

Foi realizado um estudo observacional transversal. A amostra foi composta por 30 mulheres com faixa etária entre 20 a 30 anos, divididas em 3 grupos, de acordo com a via de parto: I com 10 primíparas de pós-parto normal; II com 10 primíparas de pós-parto cesárea e III com 10 nulíparas para grupo controle. As participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A variável independente foi a via de parto e a dependente a força muscular do assoalho pélvico.

A força da musculatura do assoalho pélvico foi avaliada com o perineômetro pneumático, sendo classificado em: de 0 a 10 sauers como ruim, de 11 a 25 sauers como regular, de 26 a 40 sauers como normal, de 41 a 60 sauers como bom, de 61 a 80 sauers como excelente, e de 81 a 100 sauers sendo um valor extraordinário.

Resultados e Discussão

As participantes da presente pesquisa encontram-se na faixa etária entre 20 a 30

anos, onde 70% das pesquisadas tinham idade entre 20 a 23 anos. Gillstrap *et al.* (2002), diz que a idade materna avançada é um fator que pode potencializar a lesão, pois a função do músculo estriado diminui cerca de 1% ao ano, após do pico da meia idade e esta diminuição associa-se à lesão do tecido conjuntivo. A fim de reduzir a possível influencia relacionada à idade, fora selecionado para compor a amostra mulheres entre 20 a 30 anos.

Nessa pesquisa, as mulheres de pós-parto vaginal e pós-parto cesárea estavam com o tempo de pós-parto variando de 01 até 30 meses. Sendo assim, 25% das primíparas estavam com tempo de pós-parto entre 6 a 10, e 11 a 15 meses.

Um estudo realizado por Barbosa *et al.* (2005), mostrou que a diminuição da força de contração perineal persiste por mais de 6 meses após o parto vaginal.

Com relação à perda urinária na infância, das 30 mulheres pesquisadas, apenas 6,7% apresentavam esse sintoma.

Pode-se observar ainda que, das 20 primíparas, 6 mulheres apresentaram incontinência urinária gestacional, perfazendo 30% da amostra.

Scarpa *et al.* (2006) realizaram um estudo com 340 gestantes, com idade média de 26,4 anos, para determinar a prevalência dos sintomas urinários no terceiro trimestre de gestação. Fora observado que 94% das mulheres apresentaram sintomas urinários irritativos, e 28,2% das primíparas apresentaram algum tipo de perda urinária.

A gestação parece envolver processos que predisõem a recorrência de incontinência em gestações subseqüentes e ao longo da vida. O primeiro parto vaginal é responsável por relaxamento tecidual significativo das estruturas do assoalho pélvico e danos nervosos (SCARPA *et al.*, 2006).

Amaro *et al.* (2005) relatam que a prevalência de incontinência urinária é de 23% a 67% durante a gestação, e que 6% a 29% apresentam incontinência no pós-parto.

Nesta pesquisa pode ser observado que das 06 puérperas primíparas que apresentaram perda urinária durante a gestação, apenas 01 persistiu com a perda no pós-parto.

Das 30 mulheres avaliadas, 04 têm perda urinária atualmente, sendo, nas primíparas, 01 delas de pós-parto normal, 01 de pós-parto cesárea, e 02 nulíparas.

Camargo *et al.* (2005) descreve que a musculatura do assoalho pélvico fica prejudicada até 2 meses pós-parto, e que este causa danos a musculatura estriada da pelve. Descreve ainda que o parto vaginal causa maior incidência de incontinência urinária de esforço, enquanto o parto cesárea tem maior incidência em urge-incontinência. Sendo assim, a via de parto normal aumenta a probabilidade de desenvolver incontinência urinária.

Farrel *et al.* (2001) observou em sua pesquisa que, 6 meses após o parto, 26% das puérperas apresentavam IU.

Em relação à força de contração perineal das primíparas e nulíparas, foi observado que 33,3% apresentaram força entre 11 e 20 sauers, 13,3% de 0 a 10 sauers; 23,3% de 21 a 30 sauers; 13,3% de 31 a 40 sauers; 10% de 41 a 50 sauers; e 6,8% de 51 a 60 sauers. Nenhuma mulher avaliada atingiu força acima de 60 sauers.

Segundo o manual do perineômetro da Marca Kroman, os valores força de contração são classificados de ruim a extraordinário, sendo: de 0 a 10 sauers é ruim, de 11 a 25 sauers é regular, de 26 a 40 sauers é normal, de 41 a 60 sauers é bom, de 61 a 80 sauers é excelente, e de 81 a 100 sauers é um valor extraordinário. Sendo assim, nessa pesquisa observa-se que mais de 33,3% das mulheres pesquisadas apresentam força regular.

Na Tabela 1 encontra-se a relação de puérperas de cesárea e seu valor de contração perineal. Nela pode ser observado que 20% da amostra apresentam força de contração perineal entre 11 a 20 sauers, 30% tem entre 21 a 30 sauers, e que 20% têm entre 51 a 60 sauers.

Tabela 1 - Relação entre a força de contração perineal com a frequência em primíparas: pós-parto cesárea e normal.

Perineometria	Pós-parto Cesárea		Pós-parto Normal	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
0 - 10 sauers	0	0,0%	2	20,0%
11 - 20 sauers	2	20,0%	7	70,0%
21 - 30 sauers	3	30,0%	1	10,0%
31 - 40 sauers	1	10,0%	0	0,0%
41 - 50 sauers	2	20,0%	0	0,0%
51 - 60 sauers	2	20,0%	0	0,0%
Total	10	100,0%	10	100,0%

Essa tabela mostra a mesma relação, porém em primíparas de parto normal. Observa-se que 70% dessas primíparas têm força de contração entre 11 a 20 sauers, isto é regular. Ressalta-se que, todas as puérperas avaliadas de parto normal foram submetidas à episiotomia.

De acordo com Barbosa *et al.* (2005), o parto vaginal e a cesárea diminuem a força do assoalho pélvico. Em seu estudo, realizado com 94 mulheres na faixa etária entre 20 a 30 anos, de gestação termo, e parto vaginal com episiotomia ou cesárea em nulíparas, tanto o parto vaginal como a cesárea aumentaram o risco relativo de exame alterado da força muscular de assoalho pélvico.

Segundo Amaro *et al.* (2005) o parto vaginal está fortemente associado à necessidade mais tardia de cirurgia para correção de IUE, pois promove denervação parcial do assoalho pélvico, havendo posterior reinervação. Na maioria das mulheres, cerca de 2 meses após, há retorno da musculatura pélvica para as condições normais. A capacidade de contração da musculatura pélvica é significativamente diminuída 3 a 8 dias pós-parto vaginal, mas permanece normal após cesariana.

Faundes e Cecatti (1991) discorrem que as mulheres preferem o parto cesárea por medo da dor do trabalho de parto, e por manter intacta a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, uma vez que o parto

vaginal produz perda acentuada da função do coito normal.

Na presente pesquisa, nenhuma puérpera de parto normal apresentou força normal de assoalho pélvico. Nas de pós-parto cesárea a força de assoalho pélvico foi melhor em relação ao parto normal (Tabela 1).

Tabela 2 - Relação entre a força de contração perineal com a frequência de nulíparas.

Perineometria	Frequência	Porcentagem
0 - 10 sauers	2	20,0%
11 - 20 sauers	1	10,0%
21 - 30 sauers	3	30,0%
31 - 40 sauers	3	30,0%
41 - 50 sauers	1	10,0%
51 - 60 sauers	0	0,0%
Total	10	100,0%

Na Tabela 2 foi observada a frequência das nulíparas com relação à força de contração perineal. Nessa avaliação, 30% das mulheres têm força entre 21 a 30 sauers e a 31 a 40 sauers.

Em contradição com a pesquisa desenvolvida por Barbosa *et al.* (2005), as primíparas de pós-parto cesárea não apresentaram alteração da força de contração de assoalho pélvico em relação às nulíparas.

Camargo *et al.* (2005) descrevem um estudo onde a episiotomia estava associada com a diminuição na laceração perineal, de 75% para 11%.

Barbosa *et al.* (2005) concluem que a episiotomia é responsável pela diminuição da força muscular do assoalho pélvico.

Na presente pesquisa, não foi possível concluir se a ausência de tal procedimento interfere menos força de assoalho pélvico se comparadas com mulheres episiotomizadas, já que todas as participantes em pós-parto normal foram submetidas a episiotomia.

Conclusões

Considera-se que: a via de parto interfere na força de contração muscular de assoalho pélvico, sendo a via de parto vaginal a mais comprometida. Com relação à via de parto cesárea, observou-se que não há uma diminuição da força se considerado mulheres primíparas com as nulíparas.

Os resultados obtidos nessa pesquisa demonstram necessidade da aplicabilidade de trabalho de reforço muscular do assoalho pélvico preventivo durante a gestação, bem como no pós-parto, e, sugere-se maiores estudos sobre a temática, randomizando grupos e amostras, e novas investigações sobre os benefícios do parto cesáreo e suas taxas crescentes no Brasil.

Referências Bibliográficas

AMARO, J. L. *et al.* **Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais.** São Paulo: Segmento Farma, 2005. 327 p.

BARBOSA, A. M. P. *et al.* Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 11, p. 677-682, nov. 2005.

CAMARGO, F. O. *et al.* Variáveis do Parto Vaginal e Desencadeamento de Problemas no Assoalho Pélvico. **Femina**, v. 33, n. 6, p. 463-66, jun. 2005.

FAUNDES, A.; CECATTI, J. G. A. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, abr/jun. 1991.

FARREL S. A.; ALLEN, V. M.; BASKETT, T. F. Parturition and urinary incontinence in primiparas. **Obstetrics & Gynecology**, v. 97, p. 350-356, 2001.

GILLSTRAP, L. C. III.; CUNNINGHAM, F. G.; VANDORSTEN, J. P. **Operative Obstetrics**. 2ª ed. New York: McGraw-Hill, 2002. 750 p.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. São Paulo: Manole, 2004. 200 p.

NAGIB, A. B. L. *et al.* Avaliação da sinergia da musculatura abdomino-pélvica em nulíparas com eletromiografia e biofeedback perineal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 4, p. 210-215, abr. 2005.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo: Santos, 2000. 422 p.

RETT, M. T. *et al.* Existe Diferença na Contratilidade da Musculatura do Assoalho Pélvico Feminino em Diferentes Posições? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 1, p. 20-3, jan. 2005.

SCARPA, K. P. *et al.* Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 3, p. 153-156, mai/jun. 2006.

STEPHENSON, R. G. O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2004. 520 p.