

**ANÁLISE COMPARATIVA DE PROTOCOLOS DE TRATAMENTO  
FISIOTERAPÊUTICO PARA FORTALECIMENTO DO ASSOALHO PÉLVICO**

PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT PROTOCOLS FOR STRENGTHENING  
PELVIC FLOORING.

CAMILA BATISTA **MACEDO**. Centro Universitário Ingá UNINGÁ.

LUCIANA CRISTINA RAFAEL **OGNIBENI**. Professora do Centro Universitário  
Ingá UNINGÁ.

Rod PR 317, 6114, Maringá-PR, CEP 87035-510. E-mail:  
camila.batista28@hotmail.com

**RESUMO**

Os músculos do assoalho pélvico referem à camada muscular que auxilia no suporte dos órgãos pélvicos formado por músculos, ligamentos e fâscias. Esses músculos são os responsáveis pelo fechamento do hiato urogenital quando se contraem, e desempenham importante papel na manutenção da continência urinária, do conteúdo retal, melhora da função sexual e distendem-se em sua porção máxima na passagem do produto conceptual. O presente estudo teve como objetivo analisar o melhor protocolo de tratamento fisioterapêutico para fortalecimento do assoalho pélvico. Foi realizado a avaliação funcional do assoalho pélvico e em seguida a participante (1) foi submetida aos exercícios de Kegel associado ao biofeedback perina; a (2) realizou o tratamento somente com o biofeedback perina; e a (3) realizou somente os exercícios de Kegel; ao término do tratamento as mesmas foram submetidas a reavaliação funcional do assoalho pélvico. Os tratamentos propostos foram capazes de aumentar a força muscular do assoalho pélvico, porém, não foi possível comparar qual é o melhor método de tratamento, pois não houve diferenças expressivas entre o grau de força das participantes tratadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fisioterapia. Assoalho Pélvico. Biofeedback Perina. Exercícios De Kegel.

**ABSTRACT**

The pelvic floor muscles refer to the muscular layer that assists in the support of the pelvic organs formed by muscles, ligaments and fascias. These muscles are responsible for the closure of the urogenital hiatus when they contract, and play an important role in maintaining urinary continence, rectal content, and improving sexual function, and are stretched at their maximum in the passage of the conceptual product. The present study had as objective to evaluate the protocols of physiotherapeutic treatment for strengthening of the pelvic floor. The functional evaluation of the pelvic floor was performed and then the participant (1) was submitted to the Kegel exercises associated with the biofeedback perine; A (2) performed the treatment only with biofeedback perine; And (3) performed only the Kegel exercises; At the end of the treatment they

were submitted to functional reevaluation of the pelvic floor. The proposed treatments were able to increase the muscular strength of the pelvic floor.

**KEYWORDS:** Physiotherapy. Pelvic Floor. Biofeedback Perine. Kegel Exercises.

## INTRODUÇÃO

A pelve provê um escudo protetor para os importantes conteúdos pélvicos e, também suporta o tronco. Consiste de dois ossos ilíacos e o sacro com o cóccix; esses ossos articulam-se na sínfise púbica e nas junções sacroilíacas (POLDEN; MANTLE, 2002). Além desses ossos pélvicos, a pelve também apresenta o períneo que em sua composição muscular forma um grupo denominado como músculos do assoalho pélvico (MAP).

O períneo representa o conjunto das partes moles que fecham a pelve e suportam as vísceras em posição vertical, correspondendo à área de abertura do anel pélvico inferior, estando limitado pelos ossos da pelve (projeção da sínfise púbica, e pelas tuberosidades isquiáticas) (GROSSE; SENGLER, 2002).

De acordo com Moreira; Arruda (2010), a região entre a vagina e o ânus corresponde ao núcleo fibroso central do períneo, local em que a maioria dos músculos do assoalho pélvico se insere. Também pode ser chamado de corpo perineal, e determina uma área de resistência ou centro de força.

Segundo o grupo de avaliação clínica do assoalho pélvico da Sociedade Internacional de Continência (ICS), o termo “músculos do assoalho pélvico” (MAP) refere à camada muscular que auxilia no suporte dos órgãos pélvicos formado por músculos, ligamentos e fâscias. Esses músculos são os responsáveis pelo fechamento do hiato urogenital quando se contraem, e desempenham importante papel na manutenção da continência urinária, do conteúdo retal, melhora da função sexual e distendem-se em sua porção máxima na passagem do produto conceptual (CAETANO et al., 2004; MOREIRA; ARRUDA, 2010; NOLASCO et al., 2007). Pereira; Mejia, (s/a) ainda complementam dizendo que esses músculos também atuam na prevenção de problemas ginecológicos como os prolapsos genitais, que apesar de não oferecer risco de morte, oferecem grande morbidade em mulheres que as apresentam.

Grosse; Sengler (2002) relatam que os músculos do assoalho pélvico estão dispostos em três planos: profundo, médio e superficial. O plano profundo é constituído pelos músculos elevador do ânus e os músculos isquiococcígeos. O plano médio compõe-se de três músculos: o esfíncter externo da uretra e os dois transversos profundos. O plano superficial possui os músculos transversos superficiais e o constritor da vulva.

O assoalho pélvico feminino é dividido em três compartimentos: anterior (bexiga e uretra), médio (vagina) e posterior (reto). Um dos principais componentes que sustenta esses órgãos é o músculo elevador do ânus, que se divide nos músculos coccígeo, iliococcígeo, pubococcígeo; bem como, pubouretral, pubovaginal e puborretal (BEZERRA et al., 2001).

O músculo elevador do ânus funciona como um eventual mecanismo de fechamento da uretra em momentos de aumento da pressão intra-abdominal,

ajudando a manter a pressão uretral máxima maior que a pressão vesical (SOUZA et al., 2009). O levantador do ânus é um dos principais músculos do assoalho pélvico, sendo inervado pelo nervo pudendo e composto por fibras estriadas dos tipos I e II (ASSIS et al., 2013).

Os músculos do assoalho pélvico (MAP) são constituídos de 70% de fibras do tipo I (fibras de contração lenta) e 30% de fibras do tipo II (fibras de contração rápida). Assim as fibras do tipo I são responsáveis pela ação antigравitacional dos músculos do assoalho pélvico, mantendo o tônus constante e também a manutenção da continência no repouso. E as do tipo II são recrutadas durante aumento súbito da pressão abdominal contribuindo assim para o aumento da pressão de fechamento uretra (NOLASCO et al., 2007).

As fibras do tipo I são altamente resistentes e, conseqüentemente, produzem a contração por longos períodos, apesar da força de contração tender a ser de ordem relativamente baixa. Já as fibras do tipo II são altamente exaustíveis, mas produzem alta ordem de força na contração rápida. A contração voluntária do assoalho pélvico age mais especificamente nas fibras musculares tipo II, promovendo hipertrofia e potencializando a força de contração perineal (MOREIRA; ARRUDA, 2010).

A força muscular é a quantidade máxima de força que um músculo ou grupo muscular pode gerar em um padrão específico de movimento e em uma determinada velocidade. Ela é adquirida através da prática de exercícios específicos baseados no preceito de que os movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular e seus efeitos benéficos incluem desenvolvimento, melhora, restauração ou manutenção da força, da resistência, da mobilidade, da flexibilidade, do relaxamento, da coordenação e da habilidade através dos movimentos. O ganho de força ocorre devido à capacidade dos músculos de desenvolverem tensão e do sistema nervoso de ativá-los, o que desencadeará um maior recrutamento de unidades motoras (NOLASCO et al., 2008).

Nolasco et al. (2008) relatam que a atuação do fisioterapeuta na reeducação perineal do assoalho pélvico, tem como finalidade melhorar a força de contração, promover a reeducação abdominal e um rearranjo estático lombopélvico através de exercícios, aparelhos e técnicas. A reeducação da musculatura do assoalho pélvico torna-se imperativo no programa de tratamento atribuído para pacientes vindos sob forma preventiva ou até mesmo curativa.

Diante disto, o presente estudo teve como objetivo analisar o melhor protocolo de tratamento fisioterapêutico para fortalecimento do assoalho pélvico.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos sob o parecer nº 1.883.397. Trata-se de um estudo de caráter longitudinal, comparativo e descritivo, sendo um estudo de três casos, realizado na Clínica Escola do Centro Universitário Ingá - UNINGÁ, na cidade de Maringá – PR; a partir de uma triagem da lista de espera, que buscou

identificar as participantes com os critérios de inclusão necessários para este estudo.

Como critério de inclusão foi definido a participação de mulheres, com idade entre 20 e 35 anos, nulíparas e que apresentavam redução da força muscular do assoalho pélvico. E de exclusão aquelas que possuíam patologias ginecológicas, tais como: prolapsos genitais e incontinências urinária ou fecal; as doenças neurológicas; déficits de cognição e; virgindade.

As participantes foram orientadas e convidadas a participar do estudo, para isto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, confirmando a participação na pesquisa.

No primeiro atendimento foi realizada a avaliação das participantes, com uma ficha específica de avaliação do assoalho pélvico onde foram coletados os dados pessoais, em seguida, a anamnese e a avaliação funcional do assoalho pélvico.

A anamnese foi coletada com interesse de saber a percepção das participantes em relação aos MAP, e se elas já haviam realizado algum tratamento ou treinamento desses músculos.

Na avaliação funcional do assoalho pélvico, a fisioterapeuta estava calçada com as luvas látex e a participante em posição ginecológica. Inicialmente foi avaliada a vulva (analisando visualmente se era aberta ou fechada), a distância ânus-vulva (apoiando os dedos indicador e médio nessa região) em sequência foi testada a sensibilidade da margem anal, da vulva e da face interna da coxa (tocando essas regiões com o dedo indicador e perguntando se a paciente sentiu, onde, e o que sentiu), foi testado também o reflexo anal e clitoriano (realizando um toque preciso com o dedo indicador na borda anal e no clitóris), núcleo fibroso central do períneo (NFPC) avaliando a mobilidade desse núcleo (pressionando-o e identificando se era atrofiado ou tônico), e por fim a avaliação endovaginal realizada com uma palpação unidigital com gel lubrificante na ponta do dedo indicador, onde a intenção era verificar se havia prolapsos (cistocele, retrocele, uretrocele e/ou histerocele) e avaliar o grau de força muscular do períneo.

Antes de avaliar o grau de força muscular das participantes, foi orientado e ensinado para que as mesmas realizassem somente a contração dos músculos do assoalho pélvico, para isso foi acompanhado a contração através da palpação endovaginal. O grau de força muscular foi classificado de 0 a 5, conforme descrito no quadro 1. A partir da avaliação foi realizado um total de 20 atendimentos, onde foram abordadas três participantes.

**QUADRO 1.** Teste dos músculos elevadores do ânus.

<b>Notação</b>	<b>Efeito</b>
0	Nenhuma contração percebida
1	Contração muito fraca, não provoca deslocamento
2	Contração fraca, ligeiro deslocamento para cima e para frente
3	Contração nítida, os dedos são puxados para cima e reunidos na linha mediana
4	Resistência moderada para baixo e para trás, sem impedir o deslocamento em toda sua amplitude
5	Resistência importante, deslocamento completo

**FONTE:** GROSSE; SENGLER, 2002.

Durante os atendimentos a participante (1) foi submetida aos exercícios de Kegel associado ao biofeedback perina em dias alternados; a participante (2) realizou o tratamento somente com o biofeedback perina; e a participante (3) realizou o somente os exercícios de Kegel.

Os exercícios de Kegel foram realizados inicialmente em posição deitada, depois sentada, ajoelhada, semi-ajoelhada, quatro apoios e em pé. Todas essas posturas eram realizadas na mesma sessão, onde as participantes executavam 1 série de 10 repetições em cada postura. Sendo que para as fibras fásicas mantinha a contração de 3 segundos e relaxamento de 9 segundos, em todos os atendimentos. E para as fibras tônicas, nos dez primeiros atendimentos foi mantida a contração de 5 segundos e relaxamento de 5 segundos. A partir do décimo atendimento o tempo de sustentação aumentou para 10 segundos e relaxamento de 10 segundos para as fibras tônicas.

O biofeedback perina da marca Quark, inicialmente foi utilizado com resistência leve até o 10º atendimento, do 10º ao 15º evoluiu-se para moderada e do 15º ao 20º evoluiu-se para resistência máxima. O tempo de contração e relaxamento para as fibras tônicas e fásicas seguiu os mesmos critérios realizados nos exercícios de Kegel.

As participantes não foram incentivadas a realizar as contrações em casa, pois não estariam sendo orientadas e supervisionadas, o que poderia interferir nos resultados do tratamento.

Ao término do tratamento as participantes foram reavaliadas, seguindo os mesmos critérios da avaliação inicial. A análise dos resultados foi feita através da comparação do grau de força do assoalho pélvico antes e após o tratamento.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Assis et al. (2013) ressaltam a importância de estudos na prevenção primária das disfunções do assoalho pélvico, pois o treinamento dos MAP pode ser utilizado como prática preventiva e tem indicação em algumas fases da vida das mulheres. Recomenda-se que, independente da presença de sintomas patológicos, é aconselhável que todas as mulheres façam um programa de exercícios de reabilitação do assoalho pélvico. Diante disto, é importante salientar que as participantes do presente estudo não apresentavam patologias associadas, desta forma as mesmas realizaram o tratamento de forma preventiva.

A conduta fisioterapêutica para a prevenção da patologias pélvicas visa a realização de exercícios que aumentam a força da musculatura pélvica, pois dispõe de diversas técnicas e equipamentos utilizados para conscientização, estimulação, fortalecimento muscular, entre outros. Dentre as formas de tratamento fisioterapêutico, a cinesioterapia pode, também, ser utilizada como terapia preventiva, e estes devem ser realizados para se ter um envelhecimento sadio (SILVA et al., 2015). Corroborando com o presente estudo, que foi realizado apenas um trabalho preventivo para aumento de força muscular. Vale ressaltar que este trabalho deve ser iniciado o quanto antes.

No que diz respeito às caracterizações das participantes do presente

estudo, a participante (1) possuía 20 anos, relatou ter percepção de fraqueza nos músculos do assoalho pélvico, porém nunca realizou tratamento fisioterapêutico. A participante (2) também com 20 anos, relatou que realizava uma contração não duradoura do assoalho pélvico, e também nunca realizou tratamento fisioterapêutico. E a participante (3) com 22 anos, relatou que percebia a contração de outros grupos musculares quando contraía o assoalho pélvico, e também nunca realizou tratamento. Além disso, todas elas relataram não conhecer o tratamento fisioterapêutico com este foco específico na uroginecologia.

O desuso, a debilidade e a hipotonicidade dos músculos do assoalho pélvico geram fraquezas musculares de leves a severas, que podem contribuir tanto para disfunções sexuais como patologias ginecológicas, tais como os prolapso genitais. As consequências de um assoalho pélvico enfraquecido podem gerar tanto um impacto físico, como psicológico e social na vida dos indivíduos (FORTUNATO et al., s/a; PIASSAROLLI et al., 2010).

No âmbito das áreas atuadas pelo profissional fisioterapeuta, a Uroginecologia e Obstetrícia ainda é um pouco obscura na visão de grande e importante parcela da população, visto que muitas mulheres apresentam disfunções no assoalho pélvico, porém são poucas as que conhecem o tratamento fisioterapêutico para estes fins.

Barbosa et al. (2009) corroboram com o presente estudo, evidenciando em sua pesquisa que muitas mulheres não dão atenção necessária para o assoalho pélvico. E essa baixa valorização ocorre devido ao fato das mulheres acharem que muitos sintomas não merecem atenção, não são fortes ou não incomodam. E para outras o desconhecimento sobre os tipos de tratamento pode contribuir para que essas mulheres não procurem ajuda profissional.

Durante a avaliação funcional do assoalho pélvico realizado através do método manual, no que diz respeito à sensibilidade e reflexos, foram encontrados resultados de normoestesia e de normorreflexia, respectivamente em todas participantes. A distância ânus-vulva apresentou-se normal nas três; o núcleo fibroso central do períneo (NFCP) das três participantes encontrou-se atrofiado; e a condição da vulva era aberta (nas participantes (2) e (3)) e, fechada (na participante (1)).

O núcleo fibroso central do períneo é representado pela distância anovulvar, entre a parte posterior da fúrcula vulvar e o esfíncter anal, sendo normalmente de 3 a 3,5 cm. Distâncias inferiores a 2 cm podem traduzir alterações uroginecológicas, como, por exemplo, diminuição severa da força muscular e ocorrência de prolapso. Além da distância, o tônus também é um importante componente para manutenção de uma adequada contração. Quando encontrada uma consistência elástica, é indicativo de normalidade (GOUVEIA et al., 2012).

A sensibilidade e os reflexos foram avaliados a fim de verificar a integridade do sistema nervoso, uma vez que o nervo pudendo é responsável pela inervação dos músculos do assoalho pélvico, e sua lesão pode ocasionar insuficiência dos elementos de sustentação, bem como o relaxamento da musculatura periuretral, comprometendo a integridade do assoalho pélvico (HERRMAMM et al., 2003).

Gouveia et al. (2012) relatam que a avaliação funcional do assoalho

pélvico através do método manual apresenta alta sensibilidade e especificidade, permitindo, além da análise inicial, um prognóstico após terapêutica. Colaborando com o presente estudo, onde foi realizada avaliação do assoalho pélvico de forma manual.

Os MAP são iguais a qualquer outra musculatura do corpo e necessita de movimento para que sua função seja preservada. Por ser uma região pouco conhecida por aquelas que não possuem o hábito de explorar o próprio corpo, os MAP tornam-se fracos devido à inatividade muscular (BERBAM, 2011). Justificando o grau de fraqueza muscular apresentado pelas participantes na fase pré-tratamento. Os resultados da avaliação da força muscular pré e pós o tratamento estão descritos no Quadro 2.

**QUADRO 2-** Resultados da força muscular pré e pós tratamento fisioterapêutico.

Participantes	Força Muscular	
	Pré-tratamento	Pós-tratamento
1	Grau 3	Grau 5
2	Grau 2	Grau 5
3	Grau 2	Grau 4

**FONTE:** Autoria Própria.

Como podemos observar neste quadro, todas participantes obtiveram melhora da força muscular do assoalho pélvico, somente a participante (3), que foi tratada apenas com Exercícios de Kegel, não conseguiu atingir o grau de força máximo, ao contrário das outras que atingiram o grau 5.

A maioria das mulheres é incapaz de realizar uma contração somente pela simples instrução verbal, por isso é importante um controle palpatório intravaginal e a presença de um fisioterapeuta (NOLASCO et al., 2007). Grosse; Sengler (2002), afirmam que a informação e a conscientização representam uma fase essencial na reeducação. Ambos os autores, colaboram com este estudo, onde inicialmente foi realizado o trabalho de orientação e percepção para que as participantes realizassem uma contração isolada dos MAP.

Filho et al. (2013) relatam que o efeito do tratamento do assoalho pélvico apresenta melhores resultados em mulheres que participam de um programa individual e supervisionado pelo profissional fisioterapeuta. Corroborando com o presente estudo que foi realizado de forma individualizada e supervisionada.

O elevador do anus é a musculatura essencial para o reeducador, pois é por seu intermédio que desenvolvemos as qualidades musculares do assoalho pélvico (GROSSE; SENGLER, 2002). No presente estudo, foi trabalhada essa musculatura, uma vez que ela é o principal músculo a ser reeducado, porém envolveu-se também outros músculos do assoalho pélvico.

Estudo realizado por Assis et al. (2013) no que diz respeito ao ganho de força muscular do assoalho pélvico, o seu programa de exercícios enfatizou a realização de poucas repetições diárias, com aumento gradativo da intensidade da força e do tempo de contração para o recrutamento do maior número de unidades motoras, que resultou em aumento significativo da força dos MAP. Corroborando com o presente estudo, onde foram realizadas poucas repetições diárias com aumento gradativo da intensidade de força e do tempo de contração.

Os exercícios visa essencialmente o fortalecimento muscular, sendo uma técnica que permite, por meio da contração e do relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, resultados mais efetivos, observando-se melhora ou cura em vários pacientes de forma mais duradoura (SOUSA et al., 2011).

Silva et al. (2015), mostram dados de que em 1999 autores já diziam que o tratamento cinesioterapêutico são exercícios perineais, também conhecidos como exercícios de Kegel, e são eficientes para tanto para tratamento quanto para prevenção e foram desenvolvidos para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, que faz a sustentação da bexiga e a uretra.

A fisioterapia dispõe de vários métodos que têm como objetivo o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, pois a melhora da função desta musculatura favorece uma contração consciente e efetiva, conquistando benefícios relacionados aos elementos de sustentação e melhora da resistência uretral (ANDREAZZA; SERRA, s/a).

O estudo de Sousa et al. (2011) mostra que a cinesioterapia é uma das formas de tratamento mais eficazes para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, podendo ser aplicada isoladamente ou associada a outras técnicas. Demonstrando que a força de contração da musculatura pélvica aumentou significativamente com os exercícios de Kegel após seis semanas de tratamento. Colaborando com o presente estudo onde foi realizada a técnica isolada em uma participante e associada na outra, demonstrando também aumento de força, porém realizados em dez semanas de atendimento.

A cinesioterapia é então, uma terapia através dos movimentos, onde são utilizados como forma de tratamento, tendo como base os movimentos voluntários e repetidos indicados devido ao aumento do tônus das fibras musculares lentas ou tipo I e das fibras musculares rápidas ou tipo II (NOLASCO et al., 2008).

Guedes; Sebben (2006) relatam que o biofeedback é um método eficaz na reeducação dos músculos do assoalho pélvico e, também, no fortalecimento desses músculos, uma vez que fornece parâmetros de uma contração máxima. O biofeedback auxilia o paciente a se autoconhecer e a desenvolver o controle voluntário de suas contrações do assoalho pélvico. Colaborando com o presente estudo, onde o aparelho de biofeedback estava sempre à vista da participante dando um incentivo para ela realizar uma contração máxima do assoalho pélvico.

O estudo de Assis et al. (2013) refere que o uso do biofeedback são várias técnicas audiovisuais que informam ao paciente sobre a atividade dos músculos, enquanto este tenta controlar a função desses músculos. E apresenta um outro estudo que comparou um programa de treinamento com exercícios associados ao feedback verbal, com exercícios associados a biofeedback visual; e verificaram que o grupo com biofeedback visual apresentou melhores resultados de controle de força.

Nolasco et al. (2008) relatam a comparação da efetividade dos exercícios da musculatura pélvica usando o feedback verbal e o aparelho de biofeedback e em seus achados encontraram que o grupo com biofeedback teve 76% de melhora e o grupo de feedback verbal teve 50%, concluindo a eficácia dos exercícios da musculatura pélvica utilizando os dois métodos, porém o grupo do aparelho com biofeedback apresentou melhores resultados.



Corroborando com o presente estudo, onde o tratamento realizado somente com o aparelho de biofeedback apresentou um resultado melhor em relação ao realizado apenas com os exercícios de Kegel.

Em um estudo realizado por Silva et al. (2014), utilizando a cinesioterapia de Kegel e o biofeedback perina, mostra que houve um aumento de força muscular do assoalho pélvico de grau 2 para grau 5. Colaborando com o presente estudo onde se atingiu o grau de força máximo, o grau 5, na participante que utilizou os dois tipos de tratamento, bem como naquela que utilizou apenas o biofeedback perina.

A relevância da cinesioterapia mostrada nos estudos de Guedes; Seeben (2006) destacaram o programa de exercícios de Kegel como sendo fundamental para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. No estudo de Valério et al. (2013) mostram recomendações sobre o aparelho de biofeedback preconizado por Kegel que também é muito utilizado no tratamento do assoalho pélvico, pois é muito usado na reabilitação da musculatura pélvica, auxiliando o fisioterapeuta a conseguir um resultado mais eficaz sobre o fortalecimento dos músculos pélvicos. Colaborando com a associação do biofeedback com os exercícios de Kegel, realizados no presente estudo.

Não há consenso nos dados da literatura sobre o número de repetições, tempo de contrações ou frequência e duração do tratamento do assoalho pélvico. O número de contrações relatado nos estudos varia entre 24, 36 chegando até 80 contrações ao dia, e duração da contração variando de 4 a 40 segundos. Isso ocorre devido às diferenças anatômicas e funcionais de cada mulher (FILHO et al., 2013). No presente estudo foram realizadas 60 contrações ao dia, e duração da contração de 3 a 10 segundos.

Sousa et al. (2011) relatam que é de responsabilidade do fisioterapeuta orientar e motivar as pacientes quanto à realização dos exercícios em casa para aprimorar ainda mais as técnicas de fortalecimento, contradizendo com o presente estudo, o qual não foi orientado as participantes a realizar os exercícios em casa para que não houvesse interferência nos resultados do trabalho.

## **CONCLUSÃO**

Pode-se concluir que os tratamentos propostos foram capazes de aumentar a força muscular do assoalho pélvico, porém neste estudo não foi possível comparar qual é o melhor método de tratamento, pois não houve diferenças expressivas entre o grau de força das participantes tratadas.

Os tratamentos fisioterapêuticos na área da Uroginecologia são capazes de promover melhora aos indivíduos, como demonstrado neste estudo, onde as condutas propostas trouxeram resultados positivos. Isso mostra tanto para os profissionais quanto para indivíduos leigos, que o aumento da força muscular apresentado é apenas um, dos grandes benefícios da Fisioterapia Uroginecológica.

Consegue-se reconhecer e vale ressaltar que este estudo apresentou um número pequeno de participantes, não permitindo apontar qual o melhor método de tratamento. Diante disto, sugere que novas pesquisas sejam

realizadas com um número maior de participantes, pois acredita-se que desta forma será possível demonstrar resultados mais expressivos, a fim de incrementar os resultados aqui obtidos.

## REFERÊNCIAS

- ANDREAZZA, E. I.; SERRA, E. **A influência do método pilates no fortalecimento do assoalho pélvico.** Disponível em: <http://activepilates.com.br/producoes/A-INFLUE%CC%82NCIA-DO-ME%CC%81TODO-PILATES-NO-FORTALECIMENTO-DO-ASSOALHO.pdf> Acesso em: 29 jun. 2017.
- ASSIS, T.R. et al. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de múltiparas. **Rev Bras. Ginecol. Obstet.**, v.35, n.1, 2013.
- BARBOSA, S.S. et al. Como profissionais de saúde da rede básica identificam e tratam a incontinência urinária feminina. **Rev Mundo da Saúde**, v.33, n.4, p.449-456, 2009.
- BERBAM, L. W, **Exercícios de kegel e ginástica hipopressiva como estratégia de atendimento domiciliar no tratamento da incontinência urinária feminina: relato de caso.** Ijuí – RS. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2011.
- BEZERRA, M. R. L. et al. Identificação das estruturas músculo-ligamentares do assoalho pélvico feminino na ressonância magnética. **Rev Radiol. Bras.**, v. 34, n.6, p.323-326, 2001.
- CAETANO, A.S. et al. **Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço.** Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=963680> Acesso em 12 jul. 2016.
- FILHO, A.L.S. et al. Análise dos recursos para reabilitação da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com prolapso e incontinência urinária. **Rev Fisioter. Pesqui.**, v.20, n.1, 2013.
- FORTUNATO, G. L. et al. Correlação entre a força dos músculos do assoalho pélvico e a satisfação sexual de mulheres. **Cad Esc Saud**, v. 2, n. 6, p. 143-158, S/A.
- GOUVEIA, P. F. et al. **Métodos de avaliação do assoalho pélvico.** Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5402](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5402). Acesso em: 27 jun. 2017.
- GROSSE, D.; SENGLER, J. **Reeducação Perineal.** 1 ed. São Paulo: Ed.

Manole, 2002.

GUEDES, J.M.; SEBBEN, V. Incontinência urinária no idoso: abordagem fisioterapêutica. **Rev Bras. De Cien. Envelhec. Hum.**, v.3, n.1, p.105-113, 2006.

HERRMAMM, V. Eletroestimulação letroestimulação transvaginal do assoalho assoalho pélvico no tratamento da incontinência incontinência urinária urinária de esforço esforço: avaliações clínica clínica e ultra-sonográfica. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 49, n. 4, p. 401-405, 2003.

MOREIRA, E.C.H.; ARRUDA, P.B. Força muscular do assoalho pélvico entre mulheres continentes jovens e climatéricas. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde.**, v. 31, n. 1, p. 53-61, 2010.

NOLASCO, J. et al. Atuação da Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: revisão bibliográfica. **Rev Digital: Buenos Aires.**, ano 12, n.117, 2008.

NOLASCO, J. et al. **Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino.** Disponível em [http://www.aquapilates.com.br/arquivos\\_imagem/\\_1303481594.pdf](http://www.aquapilates.com.br/arquivos_imagem/_1303481594.pdf). Acesso em: 14 jul. 2016.

PEREIRA, A. G. P.; MEJIA, D. P. M. **O papel da fisioterapia no prolapso uterino.** Disponível em: [http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320-O\\_Papel\\_da\\_Fisioterapia\\_no\\_Prolapso\\_Uterino.pdf](http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/97/320-O_Papel_da_Fisioterapia_no_Prolapso_Uterino.pdf). Acesso em: 30 jul. 2017.

PIASSAROLLI, V. P. et al. **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a06v32n5.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2017.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e Obstetrícia.** São Paulo: Ed. Santos, 2002.

SILVA, G. C. et al. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço – relato de caso. **Rev UNILUS: Ens e Pesq**, v. 11, n. 25, 2014.

SILVA, R. E. G. et al. Tratamento cinesioterapeutico como medida de prevenção da incontinência urinária de esforço em mulheres idosas e a sua relação com a qualidade de vida. **Journal of Amazon Health Science.**, v. 1, n. 1, 2015.

SOUSA, J.G. et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. **Rev Fisioter. Mov.**, v.24, n.1, 2011.

SOUZA, C.E.C. et al. Estudo comparativo da função do assoalho pélvico em mulheres continentes e incontinentes na pós menopausa. **Rev Bras. Fisioter.**,

v.13, n.6, 2009.

VALÉRIO, T. M. O. S. et al. Cinesioterapia na incontinência urinária de esforço na mulher. **Rev Cient do ITPAC.**, v. 6, n.4, 2013.