

ARTIGO ORIGINAL

Efeitos da ginástica abdominal hipopressiva em mulheres com constipação intestinal – estudo de caso

The effects of gymnastics abdominal hipopressive in women with constipation

Letícia Fernandez Frigo¹, Pricila Machado¹, Daniela Vauchere¹

¹Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, RS, Brasil.

Recebido em: agosto 2014 / Aceito em: setembro 2014

leticia_frigo@yahoo.com.br

RESUMO

A constipação intestinal atinge de 15% a 30% da população mundial; no Brasil cerca de 35 milhões de indivíduos possuem esses sintomas e a incidência é maior no sexo feminino. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo foi analisar os efeitos da Ginástica Abdominal Hipopressiva (GAH) na constipação intestinal em mulheres. **Método:** para avaliar a constipação foi utilizado o questionário de ROMA III, antes e após o protocolo de exercícios. **Resultados:** após cinco semanas da GAH a dor e o desconforto abdominal diminuíram, as participantes não tiveram mais dificuldade de relaxar a musculatura e a frequência das evacuações tornou-se diária. **Considerações finais:** a queda da pressão abdominal e a mobilização das vísceras, através do enfoque hipopressivo, pode ter sido a razão pela qual a frequência das evacuações aumentaram e a dor e desconforto abdominal diminuíram.

Palavras-chave: Constipação Intestinal; Mulheres; Ginástica Abdominal Hipopressiva; Pressão Abdominal.

ABSTRACT

*Constipation affects 15% to 30% of the population, in Brazil about 35 million people have these symptoms and the incidence is higher in the female sex. **Objective:** The purpose of present this study was to analyze the effects of Gymnastics Abdominal Hipopressive in women with constipation. **Method:** for the analysis of the results we used the ROMA III questionnaire before and after the exercise protocol. **Results:** after five weeks with GAH decrease the abdominal pain and increased the frequency of bowel movements. **Final considerations:** the fall abdominal pressure and mobilization of the viscera, through the focus hipopressive may have been the reason*

why the frequency of bowel movements increased and abdominal pain and discomfort decreased.

Keywords: Constipation; Woman; Gymnastics Abdominal Hipopressive; Abdominal Pressure.

INTRODUÇÃO

A constipação intestinal crônica (CC) é um sintoma que pode ser originado de distúrbios intestinais e é caracterizado pela diminuição e dificuldade dos movimentos intestinais¹. Análises epidemiológicas mostram que cerca de 15% a 30% da população mundial e no Brasil, segundo a Federação Brasileira de Gastroenterologia, a prevalência é de 35 milhões de indivíduos².

Segundo a *World Gastroenterology Organization*, as causas da CC incluem fatores psicológicos, aspectos nutricionais inadequados, síndrome do intestino irritável ou doenças do assoalho pélvico³. Destaca-se, na literatura, que indivíduos do gênero feminino são mais afetadas do que os homens, principalmente mulheres com idade fértil⁴.

Ao analisarmos meios de tratamentos não farmacológicos, notamos que a atividade física, a ingestão de fibras e líquidos são de grande importância apesar de evidências científicas para tais tratamentos ainda sejam escassas. Os recursos mais utilizados são os que estimulem o reflexo peristáltico e aumentem a motilidade do cólon⁵.

Além das dificuldades dos movimentos intestinais, dificuldade em evacuar, sensação de evacuação incompleta, distensão abdominal, desconforto, mal-estar geral ou dor abdominal, os sintomas incluem diminuição da frequência das evacuações e aumento da pressão intra-abdominal⁶.

Um dos principais tratamentos fisioterapêuticos é a reeducação muscular, como forma preventiva ou reabilitadora e um dos recursos é a chamada Ginástica Abdominal Hipopressiva (GAH)⁷, apresentando bons resultados, bai-

xos índices de efeitos colaterais, além de custo reduzido..

A manobra que melhor estimula a ação sinérgica entre o assoalho pélvico e a musculatura abdominal é a execução de uma expiração forçada⁸. A GAH é uma técnica definida como uma postura sistêmica, que envolve a ativação de diferentes grupos musculares esqueléticos antagonistas do diafragma do ponto de vista postural. Esta prática, através da aspiração diafragmática, provoca uma hipopressão abdominal e diminuição da pressão, tanto intratorácica como intra-abdominal⁹.

Desta forma, o objetivo desse estudo foi analisar os efeitos de um programa da GAH na constipação intestinal de mulheres.

MÉTODO

Para análise dos efeitos da GAH em mulheres constipadas, foi realizada uma pesquisa do tipo experimental, sem grupo controle, com abordagem quantitativa. A população e amostra deste estudo foi composta por sete participantes, entretanto devido aos critérios de exclusão, a pesquisa foi realizada com três estudantes, do gênero feminino em idade reprodutiva, nuligestas, sedentárias e que faziam uso de método contraceptivo, com faixa etária de 20 a 23 anos.

Os critérios de exclusão foram: mulheres que apresentavam alguma patologia metabólica, problemas respiratórios, fissura anal, estenose, hemorróidas, que tivessem passado por um procedimento médico gastroenterológico (colonoscopia e polipectomia, por exemplo) ou que estivessem realizando alguma terapia medicamentosa que pudesse provocar constipação intestinal ou efeito laxativo. Também foi critério de exclusão mais de três faltas no programa ou duas faltas consecutivas.

A coleta foi realizada com autorização do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) do município de Santa Maria, RS e com a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, número do Protocolo 370.2010.2. As voluntárias assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, através do qual declararam seu aceite em participar da pesquisa e foi garantido sigilo e anonimato quanto à identidade das participantes.

Realizou-se uma avaliação no Laboratório de Práticas em Saúde (LPS) da UNIFRA. Nesta avaliação foi aplicado uma Ficha de Avaliação contendo dados de cada participante e uma avaliação auto-referida por meio da pergunta "Você tem Constipação Intestinal ou prisão de ventre?". Essa pergunta serviu para medir a concordância entre a definição segundo os critérios de Roma III⁶ e a informação auto-referida pela entrevistada.

O Questionário de Roma III representa uma forma padronizada para o diagnóstico da constipação⁶ e apresenta sua validação para a população brasileira (CITAR ARTIGO DE VALIDAÇÃO), possui 17 questões fechadas referentes ao trânsito intestinal e sintomatologia relacionada. O questionário foi aplicado antes de iniciar o atendimento e após cinco semanas de prática da GAH. As voluntárias foram orientadas a responder sobre o funcionamento natural do intestino, ou seja, sem uso de medicamentos, chás, determinados alimentos ou qualquer outro método que interferisse no funcionamento gastrointestinal. Também foi orientado que as participantes não mudassem sua dieta e seus hábitos de vida diários durante o período dos

experimentos.

Após a realização da ficha de avaliação e do questionário, foi realizado no LPS um Protocolo de GAH, com duração de cinco semanas, frequência de duas vezes semanais, nos meses de abril à maio de 2011, totalizando dez sessões e duração de aproximadamente quarenta e cinco minutos. Os exercícios foram realizados em diferentes posições estáticas com o mesmo parâmetro de aspiração diafragmática e foram elaborados através dos estudos de Caufriez⁹. Seguiram a sequência de: Inspiração diafragmática lenta, Expiração total, Aspiração diafragmática e uma Manutenção em apneia entre 15 a 30 segundos. O protocolo foi padronizado no que diz respeito ao número de repetições e séries, permanecendo os mesmos até o final da aplicação. O tratamento foi composto por oito posturas (de pé, de pé com o tronco para frente, semi-sentado, de joelhos, quatro apoios, decúbito supino, sentado-joelho-no-peito e posição de cócoras) e uma série de três repetições.

A análise dos dados foi expressa através de estatística descritiva, percentual, média e desvio padrão e a correlação de concordância foi através do teste kappa.

RESULTADOS

A idade das mulheres avaliadas variou de 20 a 23 anos, com média de 21,3 anos. A concordância entre constipação auto-referida e segundo o consenso Roma III foi avaliada segundo o teste Kappa, sendo o coeficiente igual a 100%.

Nos questionários aplicados antes de iniciar o Protocolo da GAH, em todas as pacientes, os dois critérios que mais se destacaram foram dor e desconforto abdominal e dificuldade de relaxar durante a evacuação. O número de evacuações semanais inferiores a três foi presente em 100% da amostra. Nenhuma das participantes deste estudo referiu fazer o uso de manobras manuais para facilitar a evacuação. Quanto à ingestão hídrica, 100% da amostra relataram ingerir em torno de dois copos de 200ml de água por dia.

Após cinco semanas realizando as posturas da GAH duas vezes por semana, o questionário foi aplicado novamente. A dor e o desconforto abdominal foram novamente os mais citados, as voluntárias referiram diminuição desses sintomas de "sempre" para "frequentemente" e em todas os episódios a dor cessou após a evacuação (Figura 1).

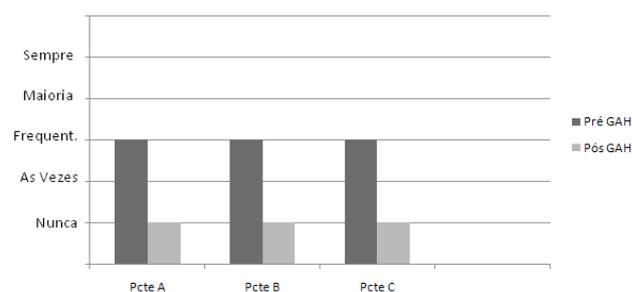


Figura 1 - Frequência de dor e desconforto abdominal Pré e Pós GAH.

Ao analisar a dificuldade de relaxar ao evacuar, é possível verificar que os relatos passaram de “frequentemente” para “nunca ou raramente” (Figura 2).

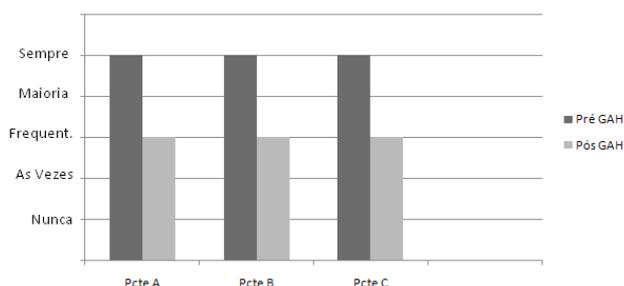


Figura 2 - Frequência da dificuldade de relaxar ao evacuar Pré e Pós GAH.

Entre as mulheres avaliadas após a GAH, 100% relataram conseguir evacuar todos os dias, como mostra na Figura 3, conseguindo relaxar e sem ter a sensação de esvaziamento incompleto.

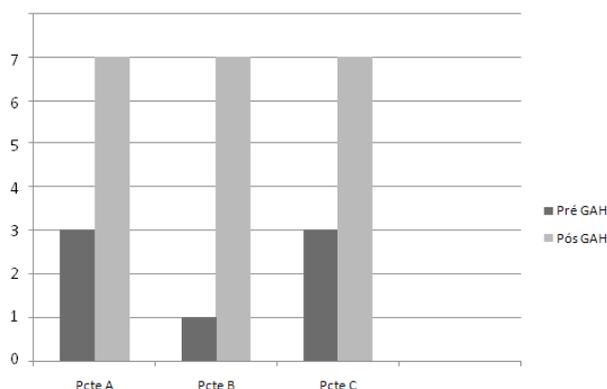


Figura 3 - Frequência de evacuações semanais.

DISCUSSÃO

Averiguações científicas mostram que cerca de 10% a 20% de adultos e adolescentes possuem sintomas compatíveis com a constipação intestinal; a maioria dos estudos encontram um predomínio do sexo feminino. Os sintomas da síndrome do intestino irritável são recorrente com o passar do tempo e muitas vezes se confundem com outros distúrbios funcionais; prejudicam a qualidade de vida e resultam em custos dos cuidados de saúde elevados¹⁰.

A CC ocorre predominantemente após os 20 anos de idade, iniciando-se com uma sintomatologia leve que progride com o decorrer dos anos¹¹. Desde a infância, as meninas aprendem a não utilizar banheiros desconhecidos e isso pode contribuir para que estas se tornem mais propensas a ignorar o reflexo evacuatório normal. Sugere-se que a redução na frequência de movimentos intestinais estaria associada com anormalidades funcionais do cólon, as quais tendem a piorar com a idade¹². Entretanto, no presente estudo, foi prevalente em mulheres jovens com menor faixa etária.

Um dos critérios de inclusão seriam mulheres nuligestas, pois a constipação é um problema digestivo muito

comum, sendo bastante frequente no período gestacional. É seguida de constipação em aproximadamente uma em cada quatro grávidas¹³.

Uma pesquisa realizada sobre o papel da avaliação clínica e dos testes de fisiologia colo-reto anal, constatou-se que a síndrome do intestino irritável (32%), a disfunção do assoalho pélvico (29%) e a constipação funcional secundária a inadequação dietética e de hábitos de vida (22%) foram os principais diagnósticos etiológicos da constipação crônica¹⁴.

Das pacientes avaliadas 66,6% apresentavam sintomas de diarreia. As fezes podem ser sólidas, porém, esforçando-se para defecar pode ocorrer fezes amolecidas ou aquosas. Alguns pacientes se sentem constipados, porque eles têm dores na bexiga na hora de defecar ou sentimentos de evacuação incompleta que os levam a tensão após a passagem das fezes, podendo ocorrer um erro sobre o que é constipação e o que é diarreia¹⁰.

O consumo regular de fibras alimentares é uma das recomendações feitas por nutricionistas. Estas recomendações estão baseadas de que as fibras alimentares possuem efeitos fisiológicos que são responsáveis por alterações significativas nas funções gastrointestinais humanas, além de prevenir diversas doenças como constipação, hemorroidas, câncer de cólon e arteriosclerose¹⁴.

Outro fator relevante é a ingestão hídrica, as voluntárias do presente estudo, não faziam a ingestão de líquidos recomendada (1,5 a 2,0 litros/dia)¹¹. As voluntárias relataram ingerir em torno de 2 copos de 200ml de água diários, para a regulação intestinal destaca-se a importância de uma ingestão generosa de líquidos no decorrer do dia¹¹.

Nas mulheres avaliadas 33,3% relataram evacuar uma vez por semana e as outras 66,6% em média três vezes por semana. O assoalho pélvico é capaz de resistir por algum tempo a altas pressões, até mesmo em uma atividade tônica duradoura devido à posição estática. No entanto, em muitos casos e, sob certas condições, chega um determinado tempo que o relaxamento gera doenças funcionais, como por exemplo: incontinência urinária, incontinência anal, etc.¹⁵.

Em casos de constipação, o diafragma contrai fortemente para exigir o esforço de “empurrar” e a inspiração consequentemente é bloqueada. Por essa razão e também quando o corpo está em posição ereta vertical, as vísceras da pelve sofrem compressão permanentemente e quando necessário, é importante colocar as vísceras em condições de repouso e de decompressão¹⁶.

O relaxamento do músculo puborretal, abertura do ângulo anorretal e o esvaziamento são considerados os movimentos de uma defecação normal. Em algumas mulheres isso não ocorre e estas acabam fazendo uso da musculatura abdominal. Esse esforço defecatório crônico contribui para uma neuropatia progressiva e consequente disfunção do assoalho pélvico¹⁷.

Os exercícios, as posturas e as manobras com enfoque na ginástica abdominal hipopressiva têm o objetivo, principalmente de normalizar as estruturas músculo-aponeuróticas antagonistas e realizar queda da pressão no recinto manométrico abdominal, através da aspiração diafragmática e da atividade reflexa de tipo I¹⁸. Além disso, a musculatura estriada perineal tem sido uma atividade elétrica contínua, que é explicado pela presença de aproximadamente 80% das fibras do tipo I nos músculos do

assoalho pélvico¹⁵.

A Fisioterapia Uroginecológica é uma ferramenta utilizada para a manutenção do adequado recrutamento do assoalho pélvico e conservação da normalidade do tônus muscular local¹⁹. Além disso, proporciona uma abordagem terapêutica que vem ganhando maior projeção na área clínica, apresentando bons resultados, baixos índices de efeitos colaterais, além de custo reduzido⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que consiste a fisioterapia de pacientes com constipação intestinal, ainda há poucos estudos sobre a escolha da terapia mais adequada, entretanto o tratamento fisioterapêutico está ganhando cada vez mais a aceitação por parte dos pacientes e pelos profissionais da área da saúde, representando uma alternativa eficaz e segura aos pacientes.

No presente estudo a GAH proporcionou uma diminuição relevante dos episódios de dor e desconforto abdominal, ocasionadas pela constipação. Além disso, os resultados deste estudo sugerem que a técnica usada aumentou as evacuações para uma frequência diária, o que torna uma alternativa eficaz que deveria ser oferecida como uma das primeiras opções de tratamentos.

Pesquisas futuras, com maior número de indivíduos, deverão ser consideradas, para que os efeitos terapêuticos sejam também avaliados e possibilite uma averiguação a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Sinclair, M., The use of abdominal massage to treat chronic constipation, *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (2010), doi:10.1016/j.jbmt.2010.07.007.
2. FBG - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GASTROENTEROLOGIA. Disponível em: <<http://www.fbg.org.br>> Acessado em: 30/8/2010.
3. WGO - WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION. Practice Guidelines: Constipation. Disponível em: <<http://www.worldgastroenterology.org>> Acessado em: 30/8/2010.
4. Soligo, M. *et al.* Patterns of constipation in urogynecology: Clinical importance and pathophysiologic insights. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006);195:50–5.
5. Lamas K, Lindholm L, Stenlund H, Engstro B, Jacobsson C. Effects of abdominal massage in management of constipation - A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 46 (2009),759–767.
6. ROME FOUNDATION: The Funcional Gastrointestinal Disorders. Constipation module. Questionários de diversas disfunções gastrointestinais, 2008. Disponível em: <<http://www.romecriteria.org>> Acesso em: 09/08/2010.
7. Teixeira A, Guimarães C, Zimer S, Oliveira A. Tratamento Fisioterapêutico na Incontinência Urinária de esforço em mulheres de 35 a 55 anos. *RUBS, Curitiba*, 2005; 1(3):12-16.
8. Moreno, A. L. Fisioterapia em Uroginecologia. 2.ed. São Paulo: Manole, 2009.
9. Caufriez, M. *et al.* Efectos de un programa de entrenamiento estructurado de Gimnasia Abdominal Hipopresiva sobre la estática vertebral cervical y dorsolumbar. *Fisioterapia*. 2006; 4(28):205-16.
10. Longstreth G, Thompson G, Chey W, Houghton L, Mearin F, Spiller R. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-1491.
11. Silva, J. *et al.* Constipação intestinal, consumo diário de fibras dietéticas e líquidos em mulheres praticantes de atividade física sistemática. *Nutrição Brasil* 2006; 3(5):124-133.
12. Collete V, Araujo C, Madruga S. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2010;26(7):1391-1402.
13. Kawaguti F, *et al.* Constipação na Gravidez. *Rev Bras Coloproct*, 2008;28(1):046-049.
14. Lacerda-Filho A, Lima M, Magalhães M, Paiva R, Cunha-Melo J. Chronic Constipation - the role of clinical assessment and colorectal physiologic tests to obtain an etiologic diagnosis. *Arquivos de Gastroenterologia*, 45(1),(2008);50-57.
15. Jorge J, Monteiro J. O efeito das fibras alimentares na ingestão, digestão e absorção dos nutrientes. *Nutrição Brasil*. 2008;4(4):218-229.
16. Caufriez, M. Contribución al estudio sobre el tono del suelo pélvico *Prog Obstet Ginecol* 2007;50(5):282-91.
17. Calais-Germain B. O períneo feminino e o parto. São Paulo: Manole, 2005.
18. Baracho E. Fisioterapia aplicada a obstetria: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3.ed. Rio de Janeiro, RJ: Medsi, 2007.
19. PALMA, P. Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais. Campinas, SP: Personal Link, 2009.
20. Caufriez, M. Contribución al estudio de la contractilidad del suelo pélvico. *Fisioterapia* 2008;30(2):69-78.