

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LEÃO SAMPAIO
CURSO BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

WELKIA DE MACÊDO TORRES

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO
PÉLVICO EM GESTANTES: UMA REVISÃO DE LITERATURA NARRATIVA.**

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2018

WELKIA DE MACÊDO TORRES

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO
PELVICO EM GESTANTES: UMA REVISÃO NARRATIVA.**

Monografia apresentada à Coordenação do
Curso de Graduação em Fisioterapia do Centro
Universitário Doutor Leão Sampaio, em
cumprimentos às exigências para obtenção do
grau de bacharelado em Fisioterapia

Orientadora: Rejane Fiorelli de Mendonça

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2018

WELKIA DE MACÊDO TORRES

**ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO
PELVICO EM GESTANTES: UMA REVISÃO NARRATIVA.**

Monografia apresentada à
Coordenação do Curso de Graduação
em Fisioterapia, do Centro Universitário
Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às
exigências para obtenção do grau de
bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Rejane Fiorelli de
Mendonça

Data de aprovação: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Rejane Fiorelli de Mendonça (Orientador)

Examinador 1:

Examinador 2:

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me proporcionado essa oportunidade, por estar hoje conseguindo concluir mais uma etapa da minha vida. Foi o senhor que me sustentou aqui.

A minha mãe Edileuza, a que me ensinou que mesmo tudo desabando, cem meio a dificuldades, jamais em hipótese alguma, não pode deixar abalar-se, pois sempre há um outro dia, outras oportunidades. Tudo passa. Obrigada por ser essa mãe, mulher determinada e guerreira que você é, por sempre ter acreditado em mim e na minha capacidade. A senhora é o meu espelho.

Ao meu pai Wilson, que faça chuva ou faça sol, está ali batalhando pela sua família, sempre disposto para o que der e vier. Obrigada por ser esse pai tão generoso e tão amoroso. Aos meus irmãos, Weydja, Weydson e Gabriela. Pois vocês fazem parte de toda essa minha história. Das minhas conquistas, derrotas. Sei que independente do que me aconteça, vocês irão sempre me apoiar, me aconselhar, e me mostrar o melhor caminho. Nada na minha vida teria graça se não tivesse vocês ao meu lado. Deus foi muito generoso comigo.

A minha avó, Maria Clotilde. Ah, como sou grata a Deus por te ter na minha vida. A senhora foi e sempre será fundamental na minha vida. Obrigada por sempre está presente nas nossas vidas. A minha orientadora Rejane Fiorelli de Mendonça, por ser tão paciente, dedicada, responsável e sempre acessível. Tenho certeza que não poderia ter escolhido orientadora melhor. Obrigada, por acreditar no meu potencial.

Aos meus amigos, que aprendi tanta coisa no decorrer desses anos. Passamos por tantas emoções. Muitos desesperos e choros... Mas sabíamos que no final daria tudo certo, independente do que acontecesse. Foram anos de convivência e que agora cada um vai para um lado para alcançar seus objetivos. Saibam que vocês são especiais para mim e contem sempre comigo para o que der e vier.

Aos meus mestres, que jamais irei esquecê-los. Tive a oportunidade de ter professores excelentes no decorrer da minha vida acadêmica. Obrigada por todos os ensinamentos.

TORRES, W. M. **Atuação da fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico em gestantes: uma revisão narrativa.** Juazeiro do Norte-CE: Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, 2018.

RESUMO

Durante o período gestacional, ocorrem várias mudanças que irá afetar a qualidade de vida da gestante. Entre eles, fatores psicológicos e fisiológicos. As disfunções do assoalho pélvicos mais recorrentes na gestação são: prolapso genitais, incontinência urinária, disfunções sexuais entre outros. Vai ocorrer alterações em vários sistemas: Hormonais, esquelético, cardiovascular e na biomecânica. Objetivo: Descrever a atuação da fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico em gestante através da revisão narrativa. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa caracterizada por uma revisão de literatura narrativa. Para realização da seleção das bases bibliográficas foram priorizados estudos de intervenção dos últimos 10 anos (2008 a 2018) através da biblioteca virtual em saúde (BVS) que reúne pesquisas em bancos de dados on line como Scielo, Pubmed e Medline (National Library of Medicine). Os descritores relacionados para a pesquisa foram: assoalho pélvico, gestação, gravidez, gestante, disfunção do assoalho pélvico. Estes descritores foram cruzadas com o descritor fisioterapia e também combinados com recursos, biofeedback, exercícios de kegel, cinesioterapia, eletroestimulação. Associando o termo booleano: and. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol. Resultados: Foi identificado nos resultados que exercícios próprios para o assoalho pélvico irá fortalecer a musculatura, e ajudará nas disfunções das incontinências urinárias, fraqueza muscular e períneo. A massagem perineal e exercícios hipopressivos podem ter resultados positivos na musculatura desse assoalho. Conclusão: Evidencia-se que há poucos estudos relacionados nessa área. Essas disfunções do assoalho pélvico podem ser tratadas de forma precoce durante o período gestacional e pós-parto.

PALAVRAS CHAVES: Assoalho pélvico; Fisioterapia; Gestante; Urogineco

TORRES, W. M. **Physiotherapy performance in pelvic floor dysfunction in pregnant women: a narrative review.** Juazeiro do Norte-CE: Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, 2018.

ABSTRACT

During the gestational period, several changes occur that will affect the quality of life of the pregnant woman. among them, psychological and physiological factors. The most recurrent pelvic floor dysfunctions in gestation are: gentle prolapses, urinary incontinence, sexual dysfunctions among others. Changes will occur in several systems: hormonal, skeletal, cardiovascular and biomechanical. **Objective:** To describe the performance of physical therapy in pelvic floor dysfunction in pregnant women through narrative review. **Methodology** This is a research characterized by a review of narrative literature. In order to carry out the selection of the bibliographic databases, prioritized intervention studies of the last 10 years (2008 to 2018) through the Virtual Health Library (VHL), which brings together researches in online databases such as Scielo, Pubmed and Medline (National Library of Medicine). The related keywords for the research were: pelvic floor, gestation, pregnancy, pregnant, pelvic floor dysfunction. These keywords were cross-referenced with the keyword physiotherapy and also combined with features, biofeedback, kegel exercises, kinesiotherapy, and electrostimulation. Associating the term Boolean: and. Articles were included in Portuguese, English and Spanish. **Results:** It was identified in the results that proper exercises for the pelvic floor will strengthen the musculature, land help in the dysfunctions of urinary incontinence, muscular weakness and perineum. Perineal massage and hypopressive exercises may have positive results on the musculature of this floor. **Conclusion:** It is evidenced that there are few studies related in this area. These pelvic floor dysfunctions can be treated early during the gestational and postpartum period.

KEYWORDS: Pelvic floor; Physiotherapy; Pregnant; Urogynecology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01- Alterações biomecânicas na gestante.....	9
Figura 02- Anatomia funcional do assoalho pélvico.....	12
Figura 03- Assoalho pélvico.....	12
Figura 04- Área perineal.....	13

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Resultados conforme ano/autor, tipo de estudo e objetivos.....	19
Tabela 02- Resultados de acordo com autor/ano, metodologia e resultados.....	22
Tabela 03- Recursos evidenciados na reabilitação do assoalho pélvico na pesquisa.....	26

LISTA DE SIGLAS

AP:Assoalho pélvico;

FMAP: força dos músculos do assoalho pélvico;

IU: Incontinência urinária;

LAM: Músculo levantador do ânus;

LSCS: Segmento cesariana;

MAP: musculatura do assoalho pélvico;

MCP: Metacarpofalângea;

MOED: Orientação de exercícios domiciliares;

OASI: Lesões do esfíncter anal obstétrico;

OR: ODDS RATIO;

PAP: prolapso anatômico pós-parto;

POP: prolapsos de órgãos pélvicos;

SNS: Conselho Nacional de Saúde;

TAMP: Treinamento do assoalho pélvico;

VBAC: Parto normal após cesariana

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. OBJETIVOS.....	4
2.1 OBJETIVO GERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
3. REFERENCIAL TEÓRICO	5
3.1 PROCESSO GESTACIONAL.....	5
3.1.2 Alterações fisiológicas na gestante	5
3.1.3 Hormônios	6
3.1.4 Sistema cardiovascular.....	7
3.1.5 Sistema respiratório	8
3.1.6 Alterações biomecânicas	9
3.1.7 Anatomia funcional do assoalho pélvico	10
3.1.8 Disfunções do assoalho pélvico	12
3.1.9 Recursos da fisioterapia para reabilitação do assoalho pélvico	14
3.1.10 Fisioterapia obstetrícia.....	15
4. METODOLOGIA.....	16
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	16
4.2 ELEGIBILIDADE DOS ARTIGOS	16
4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA COM RELAÇÃO AOS ARTIGOS ENCONTRADOS PARA A PESQUISA.....	17
4.3 ANÁLISE DE DADOS	18
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	18
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	19
6. CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

O início da gestação transcorre com fenômenos complexos, os quais acarretam alterações psicológicas, orgânicas, fisiológicas e sociais afetando a vida da mulher e familiares, não sendo descrito com estado patológico. As principais alterações relatadas por gestantes são decorrentes ao aumento de peso, aumento das mamas e do abdome, que são diferenciadas de pessoa para pessoa e levando em consideração ao período gestacional em que se encontram (COSTA et al., 2010).

A gestação é um fenômeno fisiológico onde a mulher pode sofrer lesões no corpo. o prolapso de órgãos que compõem o assoalho pélvico se desloca de forma parcial, total, ou permanente. De qualquer porção vaginal ou estrutura pélvica no seu local constante proclividade das paredes do útero e da vagina 2. Olsen et al., em 1997; ele afirma que 11% dessas gestantes precisam realizar cirurgias para reparação das disfunções deste assoalho e que 29% delas mostram reaparecimento e que necessitam de uma nova cirurgia (MANOLE, 2015).

Devido ao aumento do volume abdominal ocorrerá uma sobrecarga no A.P, levando a uma perda do tônus e força muscular. O assoalho pélvico compõe-se por dois ossos denominados ossos do quadril e por estruturas musculares e facetárias, os quais fornecem juntos, suporte para as vísceras pélvicas (PALMA, 2009). Os distúrbios do assoalho pélvico e trato urinário inferior, trata-se de condições com alta prevalência, especialmente entre mulheres (LOPES et al, 2017).

A sustentação e a funcionalidade das estruturas pélvicas, consiste da relação dinâmica que existe entre a fáscia endopélvica e a musculatura do assoalho pélvico.(MANOLE, 2015).

Em mulheres, a incontinência urinária tem um dado estatístico de 27,6% e durante o período gestacional pode alterar para 20% e 6% (MAGAJEWSKI; BECKHAUSER; GROT, 2013). Por consequência da gestação e as disfunções recorrentes no assoalho pélvico e as alterações hormonais A incontinência urinária é apontada como um fator recorrente.

A fisioterapia tem o papel importante na reabilitação da gestante nas disfunções do assoalho pélvico. Desde o início do processo gestacional tem como objetivo tratar e reabilitar a musculatura desse assoalho, diminuindo as disfunções e orientá-las formas de prevenção e possíveis tratamentos.(BARACHO, ELZA, 2012).

O profissional da fisioterapia é habilitado para intervir e ampliar estratégias terapêuticas, pode intervir na reabilitação das alterações que ocorrem na musculatura do assoalho pélvico, atuando tanto para intervenção, quanto terapêutica (LEMOS, 2014).

Além de orientá-las, cabe ao fisioterapeuta preparar essa gestante para que a mesma tenha fisicamente uma funcionalidade durante o período gestacional e puerpério. O terapeuta intervém nesse processo conscientizando em relação a postura e desenvolver a capacidade da musculatura que sofrerá alteração no corpo exigidas durante a gestação, parto e pós parto (BARACHO, ELZA , 2018).

Diante do apresentado, questiona-se, a qual será a atuação da fisioterapia sobre as disfunções do assoalho pélvico em gestantes? Quais recursos a fisioterapia utiliza para tratar estas disfunções?

O presente trabalho justifica-se pela necessidade em aprimorar conhecimento na área e se aprofundar recursos da fisioterapia mais utilizados para tratar as disfunções do assoalho pélvico em gestantes e seus resultados positivos na reabilitação deste assoalho.

Este estudo se torna relevante para a parte acadêmica evidenciando revisões de estudos intervencionistas que abordem a atuação da fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico em gestantes, fomentando as bases científicas e que contribua para o enriquecimento de conhecimento para a comunidade acadêmica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a atuação da fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico em gestante através da revisão narrativa.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Discutir as disfunções do assoalho pélvico mais frequentes na gestante;
- Evidenciar os recursos fisioterapêuticos mais utilizados no tratamento nas disfunções do assoalho pélvico.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PROCESSO GESTACIONAL

A partir do início da vida até a longevidade, o período da mulher é formado por vários ciclos, dentre essas fases, a mulher usurpa o prazer que é ter um ser no seu próprio ventre. Essa etapa é capaz de ser considerada a mais importante de todas as outras etapas que a mesma vivência. Sendo assim, modificações psíquicas e fisiológicas (REZENDE, 2005).

O período gestacional tem uma duração em cerca de 280 dias, que se coincide com 40 semanas, desde a fecundação até o momento do nascimento (BJELLAND, 2010). O tempo de gestação é classificada em três períodos o que condiz no primeiro trimestre. O primeiro trimestre tem o tempo sucedido entre a 1ª semana e a 13ª semana, já o segundo, compreende a fase entre 14ª e a 27ª semana enquanto o terceiro semestre vai englobar desde a 28ª até a 4ª semana de gestação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Segundo Albert et al. , as dores que acometem as regiões da lombar e região pélvica podem ser destacadas como as fundamentais causas de queixas das gestantes, com uma porcentagem de 4 a 78% (Albert, 2002).

O primeiro trimestre é classificado como o período inicial da gestação, é onde começa a ocorrer todos os processos de modificações posturais, mudanças no corpo, ocorrendo mal estar, desejos e mudanças de humor, sensibilidade aumentada e medo de sofrer aborto (SOIFER, 1980; FIGUEIREDO, 2000; COLMAN e COLMAN, 1994 apud PACHECO et al., 2005).

3.1.2 Alterações fisiológicas na gestante

Ocorrem várias mudanças na fase de gestação, entre elas, estão os distúrbios hormonais que irão causar um impacto na divisão da massa corporal causando também uma alteração no processo articular (FOT, 2000). Irá ocorrer também um crescimento da região uterina, mamária, fluxo sanguíneo e ainda uma

retenção hídrica, que são apontados como causadores do ganho de peso que a gestante adquire (RIBAS, GUIRRO, 2007).

Segundo Kisner (1998) e Artal et al. (1999) no decorrer dessa fase as utilidades do organismo da mãe se mostram mais difíceis no sentido de desenvolver e gerar o feto até mesmo na hora do parto.

Diante das alterações fisiológicas decorrente da gravidez, há uma estimativa que quase todas as gestantes passam por vários incômodos músculo esqueléticas no decorrer do ciclo gestacional (BORG-STEIN, 2005).

O útero passa por alterações tais como alargamento e hipertrofia necessitando mais de vascularização por sua carência maior de perfusão do fluxo sanguíneo, entretanto por outro lado a placenta por conta da elevação progressiva, existe um aumento de do fluxo de sangue uterino placentário com o decorrer do progresso da gestação, o que requer uma demanda maior de vasos sanguíneos (CUNNINGHAM, 1993).

Vai ocorrer também alterações no sistema genital como por exemplo no útero que é um órgão de tecido fibroso muscular, que chega a pesar na faixa de 70 g e sua concavidade é em média de 10ml. No período da gestação chega a atingir cerca de 1.100 g, e sua concavidade aproximadamente 4.500 a 5.000 ml a termo. Já os ovários são os responsáveis pela formação do corpo lúteo que são responsáveis pela produção da progesterona, que vai sustentar o processo gestacional no decorrer do 1º trimestre (SOGIMIG, 2007).

3.1.3 Hormônios

A fase é um período onde ocorre várias mudanças hormonais e liberação dos mesmos, que não são apenas liberados pela gestante e sim também pela placenta. O objetivo desses hormônios é intervir na facilitação dos nutrientes. Assim, ocasionando a estimulação no desenvolvimento e no crescimento do feto (LEMOS, 2014).

As mudanças hormonais são classificadas como razões dessas modificações, bem como o peso elevado e as alterações posturais adaptáveis (FONSECA, 2009).

A progesterona é classificada como hormônio da gravidez, esse hormônio é fundamental para que haja o crescimento do endométrio, o mesmo tem função que irá determinar uma resposta imunológica na gestante, assim, sendo capaz de modificar o prognóstico no período da gravidez. Com o aparecimento desse hormônio, os linfócitos periféricos que estão presentes nessa fase de grávidas saudáveis irão produzir proteínas que são mediadoras e que tem a função de induzir a progesterona (SZEKERES-BARTHO, 2005).

A relaxina está presente na classe da família da insulina (SHERWOOD OD, 2004). No período gestacional esse hormônio é filtrado pelo corpo lúteo do decorrer da 12ª semana vai ocorrer uma elevação dos níveis séricos acompanhado por uma redução até 17ª semana de gestação (BORG STEIN, 2005).

O efeito da relaxina irá proporcionar um aumento no tamanho da vagina como também das células epiteliais, provocando uma redução na sensação vaginal (WARNOCK, 2006; STUCKEY, 2008).

Os hormônios IGF1 e Lactogênio placentário humano não estão só relacionados no processo de desenvolvimento da placenta. Estão envolvidos também com o peso e possibilitando uma melhor nutrição para o feto. Esses hormônios se encontram presente na circulação sanguínea, que se associa ao nível da atividade física e a sua intensidade (CLAPP, 2006).

3.1.4 Sistema cardiovascular

Na mulher grávida, destaca-se 4 alterações cardiovasculares: O débito cardíaco vai estar elevado e a volemia também. O volume sanguíneo que é ejetado entre ambos os ventrículos em um determinado período de tempo na corrente sanguínea. É capaz de ter um aumento do volume sanguíneo em volta de 30 a 50%. Vai ocorrer também um acúmulo de água no corpo e de sódio que são alterados por

consequência do estrogênio que irá ter um aumento na sua ação. Os mesmos podendo elevar o débito cardíaco numa porcentagem de 40 a 50% (PORTÃO, 2008).

No organismo, ocorrem disfunções na formação de elementos humorais sanguíneos (CUNNINGHAN, 2009). Desde a 10ª semana de gestação o fluxo sanguíneo e o endotélio vascular passam por alterações. As proteínas pró coagulantes são alteradas tornando o sistema hemostático da grávida, fazendo com que a mesma tenha probabilidade de adquirir uma trombo embolia (MOREIRA, CES, 2008).

Por causa da progesterona e relaxina ficam em estado de hipotonia estarão mais alongados os e ágeis. Ocorre uma diminuição da pressão arterial, contudo, o débito cardíaco vai estar aumentado (LEOCADIO, 2007).

Portão (2008) afirmou que a redução da resistência vascular periférica diminuída que reduz a pressão arterial diastólica encontra-se existente desde o segundo trimestre da do período gestacional.

3.1.5 Sistema respiratório

No sistema respiratório, durante o período gestacional, acontecem diversas modificações fisiológicas para uma melhor adaptação do feto e da gestante. O sistema respiratório é muito exigido para suprir às necessidades que essa fase necessita (MCAULIFFE, 2002; NEPPELENBROEK, 2006).

As adaptações que ocorrem no sistema respiratório se torna adaptável às alterações mecânicas e bioquímicas que são causadores do aumento dos volumes e capacidades nas concavidades da região pulmonar, que de uma certa forma, acomete a função do aparelho respiratório (REZENDE, 2003).

A fase da mulher na gravidez é apontada por sofrer alterações tanto funcionais, quanto estruturais para satisfazer as necessidades do feto e preparar a mãe até o parto, mas pra que isso aconteça é preciso que o seu metabolismo basal esteja aumentado tendo como resposta um aumento da massa dos tecidos

metabolicamente ativos e um aumento da carga no sistema cardiovascular, renal e respiratória (HEENN, 2001).

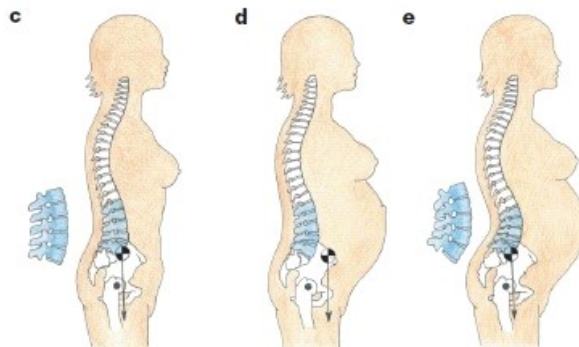
3.1.6 Alterações biomecânicas

As queixas que as grávidas mais relatam no período da gravidez e com mais frequência, é a dor na região lombar que se localiza na região abaixo do dorso entre a região glútea e o arco costal (FERREIRA, CHJ, 2001). Essa queixa é normal nas gestantes e na população como um todo (DE SOUSA, 2003).

As alterações que ocorrem no sistema esquelético e na biomecânica da gestante são devido à ação dos hormônios que contribuem para que tenha um aumento da frouxidão ligamentar (MARNACH et al., 2003).

Na biomecânica, irá ocorrer por várias alterações. Vai ter um deslocamento para frente por consequência das regiões abdominal e seios, consequentemente ocorrendo uma desordem no aspecto postural como: o arco plantar reduzido, os joelhos estarão em hiperextensão e a região pélvica com ante versão. Essas alterações causam um aumento na lordose lombar, tendo como consequência um tensionamento da musculatura paravertebral (SOUZA ELBL, 2002).

FIGURA 01: Alterações biomecânicas na gestante.



Fonte: <http://scienceblogs.com.br/rnam/> HYPERLINK

Além das mamas aumentadas de tamanho e o ganho de peso. São elementos que auxiliam na locomoção do centro da gravidade da gestante para parte inferior e superior, sendo capaz de aumentar uma lordose lombar, proporcionando uma ante versão pélvica e por consequência também ocorrer alteração no apoio (CONTI, CALDERON e RUDGE, 2003).

A instabilidade e o aumento da carga nas articulações por consequência da massa corporal elevada causam um desarranjo no centro da gravidade, ocasionando um desequilíbrio na biomecânica, aumentando o índice de 25% em relação às quedas durante essa fase (BUTLER, 2006).

De acordo com Nóren., et al e Ostgaard., et al durante o ciclo do período da gestação, a lombalgia poderia ser considerada clinicamente em dor lombar, dor na região da pelve na região posterior ou uma junção de anterior e posterior.

A marcha da grávida pela literatura clássica é considerada como uma marcha anserina. Essa marcha é determinada pelas alterações que provocam na gestante como: alteração que causa na pelve, na base de apoio, e uma hiperlordose lombar. Na região pélvica vai ocorrer uma rotação e obliquidade acompanhado com o quadril rodado externamente. A base de apoio da grávida é acompanhada juntamente com o tamanho aumentado da região pélvica. As modificações que ocorrem durante a gravidez, de uma certa forma parecem repercutir no equilíbrio para preservar a marcha normal (FOT, 2000).

3.1.7 Anatomia funcional do assoalho pélvico

A concavidade da região pélvica é apoiada pelos órgãos da região pélvica: a musculatura que está envolvida na cavidade, os ligamentos, que são causadores na imobilidade, sendo limitado pelo músculo do obturador externo e interno e também pelos ossos da região que envolve o quadril (RAMOS, 20014).

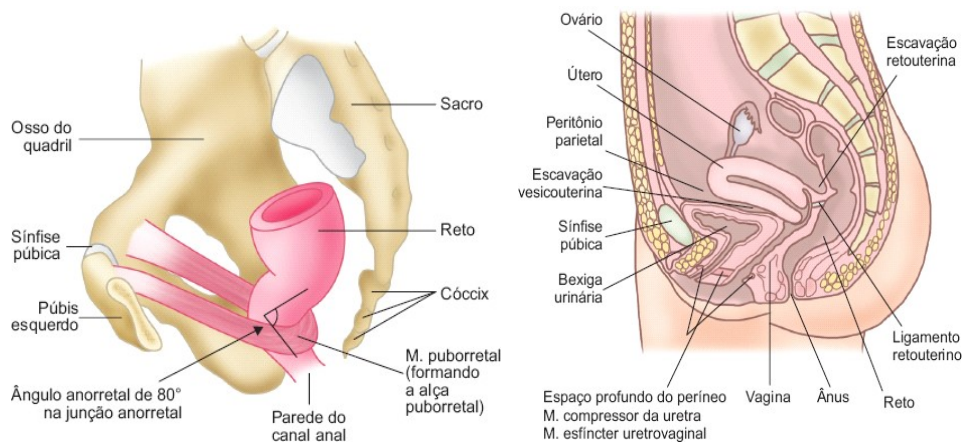
O assoalho pélvico constituído por órgãos que são formados por músculos e fáscias que estão na situados na localidade do períneo. é um órgão que se localiza na parte inferior da concavidade pélvica e seu formato é idêntico a um losango (MORENO, 2009).

O conjunto das fáscias, músculos, ligamentos, irão proporcionar uma sustentação e dar suporte aos órgãos da pelve que são(vagina, bexiga e reto) preservar a incontinência fecal e urinária, fazendo com que permita a passagem do feto durante o parto, sendo fundamental para o funcionamento sexual (STANDRING, 2009 ; MARANA HRC, 2011).

Limitam-se na parte anterior ao longo do arco do púbis, na parte posterior pelo cóccix, e na região lateral dos ligamentos sacrotuberal, os ísquios púbicos e nas extremidades lateralmente do sacro e cóccix. o assoalho pélvico tem sua musculatura constituída pelo conjunto do levantador do ânus. O músculo levantador do ânus compõe o diafragma pélvico e se subdivide em partes de acordo, onde as musculaturas e as vísceras pélvicas as quais os feixes se correlacionam. O Levantador do ânus se localiza na região contralateral e anterior, rafe coccígea, originando a placa da musculatura levantador do ânus. As vísceras são jogadas nessa placa que se estiver contraída vai fazer com que impeça o prolapso genital (STANDRING, 2009).

Por um longo período de tempo a superfície do períneo foi classificada como uma superfície anatômica composta junto da membrana perineal e diafragma urogenital. Nessa superfície se localiza a musculatura do transverso profundo do períneo que está na parte externa do esfíncter uretral, esfíncter uretrovaginal e também o músculo compressor da uretra. a musculatura perineal externa representa as fibras da musculatura do bulboesponjoso, isquiocavernoso e o músculo do transverso do períneo que ajudam no desempenho do assoalho pélvico (STANDRING, 2009).

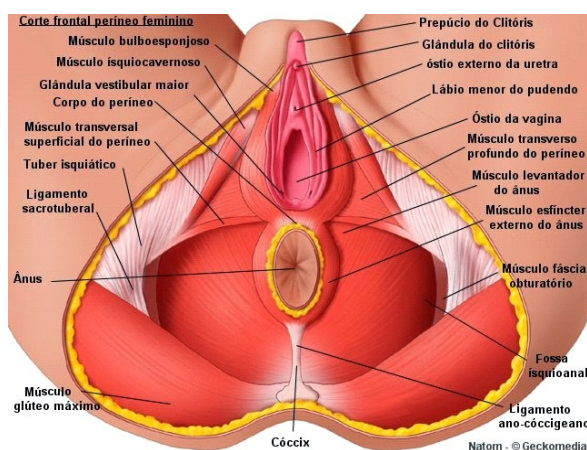
O diafragma pélvico tem uma estrutura de tenda na posição inversa, está inserido na região lateral em um grau maior de que a parte medial. é constituído pela musculatura coccígea e levantador do ânus em conjunto com as fáscias posterior e anterior (POLDEN e MANTLE, 1993; MORENO, 2004; BEREK, 2008 MOREIRA, 2008 apoud MOREIRA e ARRUDA, 2010).

FIGURA 02: Anatomia funcional do assoalho pélvico.

Fonte: Elza Baracho, 2018.

3.1.8 Disfunções do assoalho pélvico

A pelve é definida pela estrutura do diafragma pélvico músculo facial que está retido na região superior e se encontra e descende centralmente até ao descerramento abaixo da pelve em formato de funil. outras estruturas compõem o assoalho pélvico além do diafragma. outros músculos, ligamentos e fâscias, que tem a função de sustentar as estruturas internas, possibilita a saída do feto através do canal do parto e ação dos esfíncter para uretra, vagina e reto (BARACHO, ELZA, 2018).

FIGURA 03: Assoalho pélvico.

Fonte: Elza Baracho, 2018.

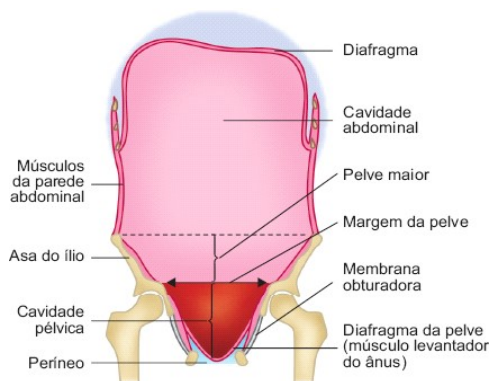
Com o intuito da gestante e do feto obterem uma qualidade de vida adequada durante o período gestacional a realização das práticas das atividades físicas estão mais em evidência desde a década passada (COMMITTEE OBSTETRIC PRACTICE, 2000).

As alterações que ocorrem no assoalho pélvico, quando diagnosticadas precocemente na gravidez, tais como: problemas sexuais, prolapso na região genital e as incontinências são de fundamental importância. esse quadro tem que ter mais cautela, pois podem acarretar problemas futuros, tendo como consequência problemas emocionais, funcionais, no meio social, além do que, ainda ter custos no sistema de saúde (LEMOS, 2014).

Se caracteriza como incontinência urinária pela (ICS) “International Continence Society” como qualquer redução na quantidade de urina de forma involuntária, com isso sendo capaz de acarretar complicações sociais (KORELO, 2011). A incontinência urinária ela pode ser definida por três tipos, que são classificadas como: por esforço (que é quando há a perda da urina de forma involuntária; A urge incontinência (quando há uma perda da urina acompanhada com a vontade de urinar) e a mista (que é quando é acompanhado pelos dois tipos de incontinência) (TOLEDO, 2011).

É através de cirurgias e antibióticos que a incontinência urinária é medicada historicamente. Arnold Kegel, mesmo que em 1948 já tinha apresentado sequências de exercícios com o intuito de diminuir os sintomas da musculatura do períneo (CAMMU, 2000; D’ANCBNA CAL, 2001).

FIGURA 04: Área perineal.



Fonte: Elza Baracho, 2018.

3.1.9 Recursos da fisioterapia para reabilitação do assoalho pélvico

O fisioterapeuta sabendo dos resultados que a biomecânica trás para a gestante, se torna mais simples realizar condutas terapêuticas exclusiva para a intervenção, prevenindo as alterações musculoesqueléticas que vem agravando nessa fase. A verificação referente a disfunções que ocorre nesse período é de fundamental importância serem inseridas no processo de avaliação fisioterapêutica (LEMOS, 2014).

Dando mais importância aos músculos que recebem mais sobrecarga no decorrer desse período. os que mais tem sobrecarga são: os eretores da coluna, a musculatura adutora e abduzora do quadril, os flexores do joelho, a musculatura que está envolvida na região pélvica e abdominal (LEMOS, 2014).

Exercícios que exigem uma maior base ao longo das atividades dinâmicas e estáticas, aparentam ter uma eficácia maior em relação ao controle postural e o equilíbrio, proporcionando a facilitação na realização das atividades (LEMOS, 2014).

É através de exercícios próprios para o assoalho pélvico que o ganho da musculatura é obtida. as ações são feitas de forma voluntária que possibilitam uma elevação da força muscular. Seus resultados positivos envolvem melhorias no relaxamento, motricidade, restauração ou sustentação da força e progresso na habilidade e coordenação através da mobilidade (HILBERATH, 2006; RUBINSTEIN, 2001).

Por intermédio de um plano de tratamento supervisionado e habilitado para o assoalho pélvico na fase da gestação é capaz de preservar a atividade funcional promovendo mecanismo fisiológico de incontinência fecal, urinária e sexual. Visto que a musculatura do assoalho pélvico é muito importante nessas situações (GRAPE HH, 2009).

A cinesioterapia é classificada como um tratamento fisioterapêutico por meio de movimentos. Os exercícios relacionados a cinesioterapia tem sido designado para algumas situações de incontinência urinária, consequentes da elevação do tônus das fibras tipo I e tipo II (LAYCOCK, 1994; BERNARDES et al., 2000; CAMARRÃO et al., 2003).

O biofeedback, é um dos recursos terapêutico mais usado para reeducar a musculatura do assoalho pélvico que juntamente com outras técnicas para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. esse recurso tem a função para que permaneça a contração muscular e a função fisiológica do assoalho pélvico.(MORENO, 2009).

3.1.10 Fisioterapia obstetrícia

A maternidade é o início da vida da mulher, sendo um período onde o seu corpo passa por várias modificações. Embora que, com o desenvolvimento e a modernidade estejam em evidência, a gestante de certa forma, sentem medo por se sentirem pouco preparadas para o part. Por isso, tendo um acompanhamento do fisioterapeuta no decorrer dessa fase, é de suma importância trabalhar as disfunções musculoesqueléticas que esse período provoca. (KALLYNE VASCONCELOS DUARTE, 2012; CINTIA RAQUE BIM, 2002; ANA CRISTINA DA NÓBREGA MARINO TORRES LEITE, 2012).

O fisioterapeuta não só trabalha nas alterações fisiológicas do corpo da gestante, mas também, ele ajuda no emocional. Com o profissional sendo como suporte, ele irá usar vários recursos para o controle da dor, entretanto o profissional contribui para um bom parto e bem estar tanto para mãe, quanto para o filho. (KALLYNE VASCONCELOS, 2012).

Fisioterapia tem como objetivo o fortalecimento e a reabilitação dos músculos do assoalho pélvico. Na incontinência urinária há a perda da força dessa musculatura. A mesma procura objetivar na prevenção e tratamento, Fazendo com que haja uma ocorrência de reeducação no trato urinário e sua atividade miccional. (OLIVEIRA, 2011).

O fisioterapeuta tem que ter conhecimento de técnicas e dos efeitos que essas técnicas podem causar, o relaxamento é um tratamento que tem como objetivo proporcionar a grávida um período de gestação mais tranquila. com um índice de risco menor tanto para mãe, quanto para o bebê. (LEMOS, 2012).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa caracterizada por uma revisão de literatura narrativa. De acordo com Noronha e Ferreira (2000) o tipo de revisão, irá averiguar uma temática própria, e a produção bibliográfica em um período definido. Proporciona uma visão coletiva de tópico específico, destacando métodos e conceitos atuais na bibliografia que foi escolhida. Enfatizando nas disfunções do assoalho pélvico que ocorre no período gestacional, e quais os métodos terapêuticos abordados pela fisioterapia para ação preventiva e reabilitadora.

Atallah; Castro (1997). Afirma que a revisão narrativa é de caráter descritivo-discursivo, onde as discursões que são apresentadas são amplas informações de relevâncias científicas. Se torna mais fácil compreensão do leitor para um assunto específico. Porém a desvantagem é que os conteúdos podem ser inconclusivos.

4.2 ELEGIBILIDADE DOS ARTIGOS

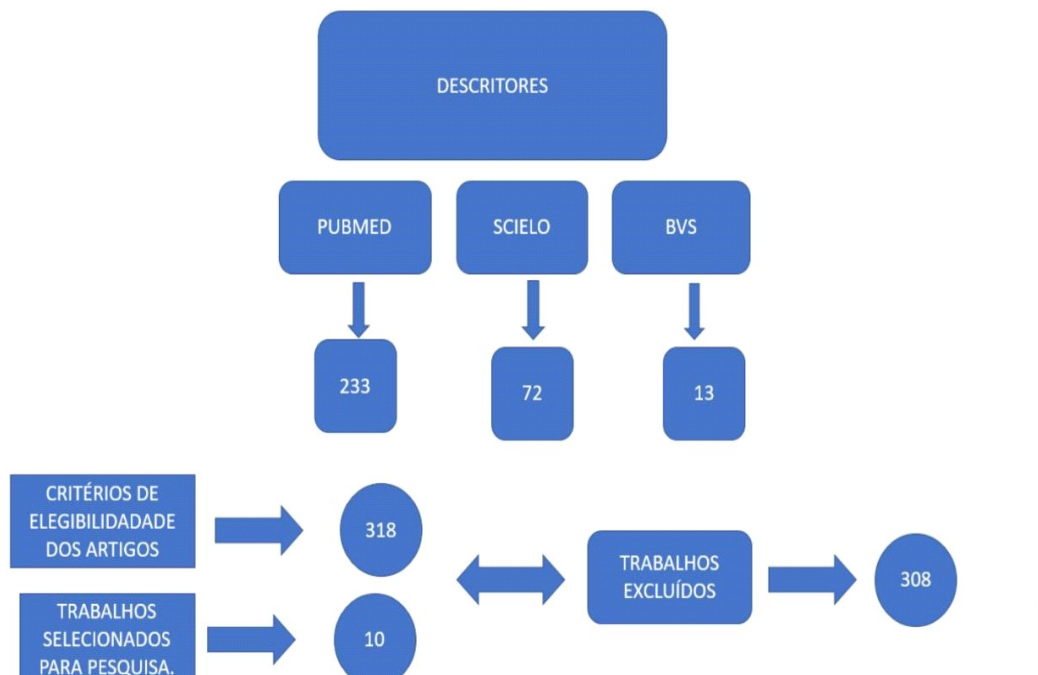
Para realização da seleção das bases bibliográficas foram priorizados estudos de intervenção dos últimos 10 anos (2008 a 2018) através da biblioteca virtual em saúde (BVS) que reúne pesquisas em bancos de dados on line como Scielo, Pubmed e Medline (National Library of Medicine).

Os descritores relacionados para a pesquisa foram: assoalho pélvico, gestação, gravidez, gestante, disfunção do assoalho pélvico. Estes descritores foram cruzadas com o descritor fisioterapia e também combinados com os recursos fisioterapêuticos: biofeedback, exercícios de kegel, cinesioterapia, eletroestimulação. Associando o termo booleano: “and” e “our”. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol. E que estivessem correlação entre estes descritores assoalho pélvico and fisioterapia and gestante.

Foram excluídos desta pesquisa, artigos que não coincidiam com a abordagem terapêutica, e que não foram publicados nas bases pesquisadas e base de dados que

não disponibilizaram o artigo completo para aprofundar na pesquisa. Foram excluídos artigos anteriores há 2010 e estudos de revisão.

4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA COM RELAÇÃO AOS ARTIGOS ENCONTRADOS PARA A PESQUISA.



Fonte: TORRES, 2018.

A amostra foi feita para uma melhor compreensão das seleções dos artigos em qual base de dados foram selecionados esses artigos, quantos mostraram coerência para pesquisa, quais foram excluídos e selecionados para aprofundar na pesquisa.

4.3 ANÁLISE DE DADOS

Os resultados foram apresentados de forma descritiva através de tabelas. Evidenciando os resultados de acordo com os objetivos do presente estudo.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um ponto de vista ético, de acordo com o conselho nacional de saúde(SNS) e de acordo com a resolução de nº 510/16 do conselho nacional de saúde que governa sobre a ética assegura que a pesquisa será mantida, com todos os direitos, incluindo respeito, justiça e beneficência.

Por se tratar de uma revisão da literatura e utilizar dados documentais disponíveis, não foi necessária submissão ao Comitê de Ética.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para essa pesquisa os descritores que foram de suma importância e contribuíram para os resultados que foram obtidos foram: PUBMED. Foram encontrados 233 artigos com a palavra-chave PREGANT WOMEN AND PELVE FLOOR onde foram selecionados 7 artigos em inglês e português para os resultados. Na base de dados SCIELO foram achados 72 artigos com a palavra-chave ASSOALHO PELVICO, onde foram selecionados para pesquisa 8 artigos e com os critérios de inclusão e exclusão foram validados para os resultados apenas 2 artigos 1 em inglês e o outro em espanhol que relatavam no seu conteúdo informações válidas para a pesquisa. Na base de dados BVS, foram achados 13 artigos com a palavra-chave ASSOALHO PELVICO, GESTANTE, FISIOTERAPIA. Apenas 1 foi selecionado, pois o mesmo era o único que atingia aos quesitos dessa pesquisa. Como descrito no fluxograma acima

Os resultados foram demonstrado em forma de tabelas para que a pesquisa possa ser melhor compreendida. Foram feitas duas tabelas onde na primeira descreve artigo, autor, ano, tipo de estudo e objetivo de A1 a A10. Na segunda tabela foram classificados: metodologia e resultados de cada artigo de A1 A10. Onde foram incluídos na pesquisa, estudos clínicos randomizado, ensaio clínico randomizado programático, estudo transversal, estudo controlado randomizado, estudo piloto, estudo prospectivo, estudo descritivo, estudo observacional, estudo de corte prospectivo, observacional prospectivo.

TABELA 01- Resultado de acordo com artigo, ano/autor, título, tipo de estudo e objetivo.

ARTIGO	ANO/ AUTOR	TITULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
A1	Bernares., et al 2012	Eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico e exercícios hipopressivos para o tratamento do prolapso de	Ensaio clínico randomizado / controlado	O objetivo foi avaliar a eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico e exercícios hipopressivos para aumentar a AST do músculo elevador do ânus em mulheres com

		órgãos pélvicos em mulheres.		prolapso de órgãos pélvicos.
A2	Assis., et al 2015.	Efetividade de um guia ilustrado de exercícios domiciliares sobre a promoção da continência urinária durante a gestação	Ensaio clínico randomizado pragmático.	Avaliar a efetividade de um manual de orientação de exercícios domiciliares (MOED) para o assoalho pélvico (AP) na promoção da continência urinária em gestantes primigestas.
A3	Riesco., et al 2014.	Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre de gestação	Estudo transversal.	Analisar a força dos músculos do assoalho pélvico (FMAP), a continência urinária e a qualidade de vida associada à incontinência urinária (IU) em mulheres no primeiro trimestre da gestação.
A4	Hyakutake MT., et al 2018.	Conhecimento sobre a saúde do assoalho pélvico associado à gravidez e redução de sintomas.	Estudo controlado randomizado.	Determinar o impacto de uma oficina de gravidez sobre o conhecimento de saúde do assoalho pélvico das mulheres, a realização de exercícios musculares do assoalho pélvico sintomas, qualidade de vida específica da condição, modo de entrega e satisfação.
A5	De Freitas SS., et al 2018	Efeitos das técnicas de preparo perineal na extensibilidade e força muscular	Estudo piloto	avaliar o efeito do alongamento assistido por instrumento versus massagem perineal na extensibilidade e força dos MAP.
A6	Gachon., et al; 2018.	O aumento da frouxidão ligamentar periférica em gestantes a termo	Estudo prospectivo	Nosso objetivo foi avaliar a associação entre o aumento da frouxidão ligamentar, a gravidade

		está associado à lesão do esfíncter anal obstétrico?		da ruptura perineal e a ocorrência de OASI.
A7	Reimers., et al; 2018	Fatores de risco para prolapso de órgãos pélvicos anatômicos em 6 semanas pós-parto.	Observacional prospectivo.	O objetivo foi identificar os fatores de risco para o prolapso do órgão pélvico anatômico no pós-parto (PAP) comparando mulheres com e sem PAP às 6 semanas pós-parto, em relação às medidas do assoalho pélvico ante-parto e características obstétricas.
A8	Obloza., et al; 2018	USS 2D do assoalho pélvico no 3º trimestre versus modo de entrega.	Estudo de coorte prospectivo	identificar propriedades do assoalho pélvico feminino funcional durante a gravidez que poderiam ajudar a prever o modo de parto, especialmente em mulheres que foram submetidas a cesariana no passado.
A9	Leon Iarios., et al 2018.	Influência de um programa de treinamento do assoalho pélvico para prevenir o trauma perineal.	Ensaio controlado quase randomizado	Investigar os efeitos de um treinamento do assoalho pélvico após um programa de parto sobre trauma perineal.
A10	Hyakutake., et al 2016	Educação para a saúde do assoalho pélvico: um workshop pode melhorar o aconselhamento ao paciente durante a gravidez?	Estudo descritivo.	Avaliar as informações de saúde do assoalho pélvico dadas pelos provedores de maternidade às suas pacientes grávidas, criar um workshop de informações sobre a saúde do assoalho pélvico e determinar seu impacto nas preferências

das mulheres quanto ao tipo de parto.

Fonte: DADOS DA PESQUISA, 2018

TABELA 02- Resultados de acordo com artigo, autor/ano, metodologia e resultados.

ARTIGO	ANO/ AUTOR	METODOLOGIA	RESULTADOS
A1	Bernares., et al 2012	Foram selecionadas 58 mulheres com prolapso de órgãos pélvicos de grupos diferentes. Foram submetidos a avaliação ultrassonográfica trans perineal com tradutor de frequência de 4 a 9 mmhz	A AST do músculo levantador do ânus, aumentou significativamente com tratamento fisioterapêutico em mulheres com prolapso de órgãos pélvicos. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico e exercícios hipopressivos são semelhantes no que se refere ao aumento da AST do músculo levantador do ânus.
A2	Assis., et al 2015.	87 mulheres foram avaliadas 6 vezes e divididas em três grupos. Um diário de micção e perineometria para a incontinência urinária e a força muscular do assoalho pélvico.	No final do estudo, 6,9% de mulheres grávidas no Gsup e Gobs tiveram incontinência urinária, enquanto 96,6% das mulheres Gref eram incontinentes. Em relação à função muscular do assoalho pélvico, Gsup e Gobs tiveram contrações médias de 10 e 8,9 cmH ₂ O, respectivamente, enquanto Gref teve um valor de 4,7 cmH ₂ O. Ambos os resultados foram significativo.
A3	Riesco., et al 2014.	500 gestantes iniciaram o pré natal em 2012 e 2013. Foram avaliados força muscular por perineometria. Resultados Verificou-se que a idade materna (OR = 1,06; IC95% 1,02-1,11) e IU anterior (OR = 15,12; IC95% 8,19-27,92) são as variáveis que, em	As gestantes com mais idade e com maior probabilidade de apresentar-se maior chance de apresentar IU no primeiro trimestre de gravidez.

		conjunto, melhor explicam a ocorrência de IU no início de gravidez.	
A4	Hyakutake MT., et al 2018.	Mulheres grávidas foram selecionadas para uma intervenção de saúde do assoalho pélvico. As mesmas preencheram questionários no recrutamento de 6 semanas após o parto.	50 mulheres foram recrutadas por grupos. Dados pós-parto estavam disponíveis para 37 mulheres por grupo. O grupo que realizou a intervenção relatou menos sintomas intestinais. Não houve sintomas urinários e nem prolapsos.
A5	de Freitas SS., et al 2018	Mulheres primíparas foram randomizadas para o grupo de alongamento assistido por instrumentos e massagem perineal (Os grupos participaram de oito sessões, duas vezes por semana, iniciando na 34ª semana gestacional.	Ambos os grupos apresentaram aumento da extensibilidade do MAP em comparação às avaliações antes e após quatro e oito sessões. Não houve diferença entre os grupos. Quanto à força muscular, não foram observadas diferenças estatísticas entre as avaliações ou entre os grupos.
A6	Gachon., et al 2018	Avaliar a frouxidão ligamentar entre a 36ª semana de gestação e o início do trabalho de parto, medindo-se a extensão passiva do dedo não dominante por um torque de 0,26 Nm aplicado à segunda articulação metacarpofalângea (frouxidão MCP).	Um total de 272 das 300 mulheres grávidas incluídas tiveram um parto vaginal e foram consideradas para a análise. A frouxidão de MCP aumentou significativamente com o estágio das lesões perineais de 58 ° no estágio 0 a 69 ° e 66 ° nos estágios 3a e 3b, respectivamente
A7	Reimers., et al 2018	Os participantes foram submetidos a exames clínicos, incluindo pélvicos sistema de quantificação de prolapso de órgãos e ultrassonografia transperineal na semana	LHarea maior, LAM mais distensível, maior distância da uretra do meato ao ânus e posição mais caudal da parede vaginal anterior na metade da gestação foram fatores de risco para a POP em 6 semanas pós-parto , enquanto a via de parto e a

		gestacional 21 e 6 semanas pós-parto.	presença de lesões maiores na LAM não foram.
A8	Obloza., et al 2014	Os participantes foram categorizados em três grupos: 1. nulíparas, 2. parto vaginal anterior e 3. cesárea anterior que escolheram uma tentativa de parto na gravidez atual. Todas as mulheres foram submetidas à avaliação ultrassonográfica dos músculos do assoalho pélvico.	133 mulheres foram incluídas: 55 nulíparas, 52 primíparas (um parto vaginal anterior) e 26 primíparas (um anterior LSCS e planejado para parto vaginal após cesariana (VBAC)). No geral, as mulheres que tiveram parto vaginal tiveram um músculo puborretal mais distensível do que aqueles que entregaram por LSCS de emergência, independentemente do seu tipo anterior de parto.
A9	Leon larios F., et al 2018	mulheres (n = 466) que estavam grávidas 32 semanas, tendo uma gravidez única e antecipando um parto normal foram randomizados. As mulheres dos grupos experimentais foram solicitadas a realizar um programa de treinamento do assoalho pélvico que incluiu: massagem perineal diária e exercícios do assoalho pélvico de 32 semanas de gravidez até o nascimento.	os resultados foram analisados por intenção de tratar. Mulheres atribuídas à intervenção perineal / assoalho pélvico mostraram uma redução de 31,63% na episiotomia (50,56% versus 82,19%, p <0,001) e uma maior probabilidade de ter um períneo intacto (17,61% versus 6,85%, p <0,003). Houve também menos terço (5,18% versus 13,12%, p <0,001) e quarto grau de ruptura (0,52% versus 2,5%, p <0,001).
A10	Hyakutake., et al 2016	Este estudo descritivo recrutou mulheres primíparas com uma gestação única no Hospital St. Paul em Vancouver, Canadá. Os participantes receberam um workshop de 2 horas descrevendo distúrbios do assoalho pélvico e gravidez, modos de	40 participantes completaram o workshop. 70% tinham um obstetra, 20% tinham parteira e 10% tinham um médico de família. 5% de participantes relataram que receberam informações relativas pélvica prolapso de órgão, bem como incontinência urinária e fecal.

parto, bem como
estratégias para manter
a saúde do pavimento
pélvico e prevenir a
doença

Fonte: Pesquisa, 2018.

Durante o período gestacional ocorrem disfunções no assoalho pélvico da gestante que irá afetar a qualidade de vida da mesma. De acordo com (Gachon B, et al; 2018) na tabela 02 no artigo 6, as alterações que ocorrem mais no assoalho pélvico são lesões de esfíncter anal, lesões perineais, ruptura na mucosa, incontinência fecal e distúrbios sexuais.

Já para (Hyakutake et al; 2018 , Riesco, et al; 2014 , ASSIS, et al; 2015,) afirmam que, as disfunções que acometem mais as gestantes são: incontinência urinária, prolapso pélvico e lesões no esfíncter que afetam 24% das mulheres. (Gachon B, et al; 2018). Corrobora que a frouxidão ligamentar é um dos maiores fatores que aumenta com o grau perineal, principalmente as mulheres que tiveram histórias a OASI.

Em contra partida, (Leon-Larios F, et al; 2018) afirma que as disfunções que ocorrem no assoalho está relacionado mais as taxas de episiotomia e morbidade a curto e a longo prazo. E que as mulheres que dão a luz com períneo intacto relatam que as dores são reduzidas e com menos frequência.

Hyakutake, et al (2016) não concorda com (Leon-Larios F , et al; 2018) pois o mesmo relata que as alterações que ocorrem no assoalho pélvico são de causas multifatoriais, entretanto o período gestacional e o parto são fatores de risco. Já para (Reimers C, et al; 2018) , Ocorrem lesões maiores no músculo levantador do ânus que são grandes predisponentes para prolapso, as quem tem mais fatores de risco são as mulheres que tiveram parto vaginal.

Riesco, et al. (2014) ainda enfatiza que a IU é mais frequente em mulheres que apresentam idade maior e com maiores números de gestações e partos vaginais anteriores e que a obesidade e a IU são fatores predisponente a o trauma muscular e nervoso do assoalho pélvico.

Obloza, et al. (2018) relata que mulheres que tiveram parto vaginal tiveram o músculo pubo retal mais distensível do que aqueles que entregaram por LSCS de emergência, independentemente do seu tipo anterior de parto.

Tabela 03 - Recursos evidenciados na reabilitação do assoalho pélvico na pesquisa.

AUTOR/ANO	RECURSOS	TEMPO
Leon-Larios F, et al; 2018	Massagem perineal	8 minutos durante 32 semanas
de Freitas SS et al; 2018	Exercícios de alongamento do tecido perineal	3 vezes na semana
Leon-Larios F, et al; 2018	Exercícios de contração associado com massagem perineal	2 vezes ao dia, com 12 ou 15 contrações voluntárias do músculo pélvico com duração de 5 segundos
BERNARES, et al; 2012	Exercícios hipopressivos	4 sessões supervisionadas pré-cirúrgicas e sete sessões no pós-operatório. 15 dias antes da cirurgia e 40 e 90 dias após a cirurgia.
Hyakutake MT et al; 2018.	TMAP	Realizados diariamente com duração de 6 semanas após o parto.
ASSIS, et al; 2015.	Perineometro	6 vezes durante o período gestacional

Fonte: TORRES, 2018.

A fisioterapia oferece recursos que são utilizados na reabilitação do assoalho pélvico na gestante. Pois esses recursos objetivam melhorar a área desse assoalho, fazendo com que, a mulher tenha menos desconforto possível tanto no período gestacional, como após esse período.

De acordo com Leon-Larios et al. (2018) a massagem perineal é umas das técnicas mais indicadas para o fortalecimento do assoalho pélvico e sendo realizada diariamente de forma correta, seguindo o padrão do tempo com duração de 8 minutos ao dia, durante as 32 semanas de gestação, sendo introduzidos 1 a 2 dedos na genitália com 3 a 4 centímetros. O mesmo afirma que a massagem perineal irá trazer resultados que possa beneficiar de forma positiva esse assoalho.

De Freitas et al. (2018) concorda com (Leon-Larios., et al 2018) que a massagem preineal é uma das técnicas que trazem benefícios para as gestantes. Pois

é uma técnica simples e fácil de ser desenvolvida tanto para relaxar a musculatura quanto alongar esse assoalho.

Já Bernares, et al (2012) discorda com (De Freitas et al. 2018) que a massagem perineal seria a mais ideal. O mesmo relata, que os exercícios hipopressivos irá obter uma melhora no resultado significativo no assoalho dessa gestante, principalmente em relação aos prolapsos e ao do músculo levantador do ânus.

Já Assis, et al (2015). Concorda com (Leon-Larios F, et al; 2018) e (De Freitas et al. 2018) que a massagem perineal é de fundamental importância para o fortalecimento do assoalho pélvico, porém, o mesmo acha imprescindível o uso do perineômetro, pois o perineômetro vai avaliar a força muscular que será exercida na parede vaginal da gestante, podendo auxiliar na recuperação na incontinência urinária e prolapsos.

Leon-Larios F, et al. (2018) ainda enfatiza que exercícios realizados com movimentos de contração voluntária dos músculos pélvicos, obtém resultados significativo no fortalecimento da musculatura pélvica. O mesmo afirma ainda que não podemos atribuir o efeito da massagem perineal aos outros exercícios do assoalho pélvico de forma isolada.

Hyakutake et al. (2016) Realizou um estudo em 2016 e outro em 2018, o mesmo veio correlacionando com a mesma linha de objetivos nos seus estudos, que os exercícios realizados precocemente de forma preventiva durante gestação, irá reduzir os desconforto gerados no assoalho pélvico entre elas as disfunções na incontinência urinária. E ainda enfatiza, que o TAMP, é ideal para fortalecimento para essa musculatura do assoalho, e que os resultados são benéficos para a gestante. além de melhorar a função intestinal.

6. CONCLUSÃO

Evidenciou-se, que as disfunções que foram mais abordadas nessa pesquisa foram: incontinência urinária, prolapso e fraqueza muscular da região perineal. Os recursos que foram mais ressaltados no tratamento dessas alterações foram a massagem perineal e exercícios próprios para o assoalho pélvico como citado acima, exercícios de contração muscular e perineômetro.

Nas amostras dos estudos, observou-se, que a fisioterapia é de fundamental importância nesse período gestacional, pois a mesma, trabalha de forma que possa minimizar as alterações que acometem as mulheres no período gestacional e pós parto. Atuando de forma preventiva e reabilitadora.

Mostrou-se ainda que são poucas as mulheres que tem conhecimento da fisioterapia relacionada ao tratamento dessas disfunções.

Foi demonstrado que atuação da fisioterapia trabalhada de forma precoce e reduz os desconfortos que são gerados no assoalho pélvico e propicia uma melhor qualidade de vida para a mesma. No entanto é notório, que são poucos estudos relacionados a área, fazendo com que a pesquisa necessite de mais embasamento nas prevenções e recursos utilizados nas disfunções desse assoalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria; ALVES, Marlene. **Assistência de enfermagem às grávidas com infecção urinária no serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso.
- ALBERT HB, Godskesen M, Westergaard JG. Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain. **Spine**. 2002;27(Suppl 24):2831-2834..
- ASSIS, L. C. de, Bernardes, J. M., Barbosa, A. M. P., Santini, A. C. M., Vianna, L. S., & Dias, A. (2015). Effectiveness of an illustrated home exercise guide on promoting urinary continence during pregnancy: a pragmatic randomized clinical trial. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 37(10), 460–466.
- BERNARDES, B. T., Resende, A. P. M., Stüpp, L., Oliveira, E., Castro, R. A., Jármay di Bella, Z. I. K., ... Sartori, M. G. F. (2012). Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapse in women: randomized controlled trial. **Sao Paulo Medical Journal**, 130(1), 5–9.
- BULL, J. J. et al. Partitioning and combining data in phylogenetic analysis. **Systematic Biology**, v. 42, n. 3, p. 384-397, 1993.
- CAMMU H, Van Nylén M, Amy JJ. A 10-year follow-up after Kegel 26. pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. **BJU Int**. 2000;85:655-8.
- COLLA, Cássia Et al. Incontinência urinária e prolapso de órgãos pélvicos no puerpério imediato: comparação entre parto vaginal e Cesária. **37ª semana científica do hospital de clínicas de porto alegre**. V. 37. 2017.
- COSTA, Silva Edina Et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene**. V. 11. N. 2. P. 86-93. 2010.
- DAS NEVES GLISOI, Soraia Fernandes; GIRELLI, Paola. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Revista da Sociedade Brasileira de**, v. 9, n. 6, p. 408-13, 2011.
- DA SILVA, Gabriela Cabrinha et al. Tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária de esforço—Relato de caso. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 11, n. 25, p. 18-26, 2014.
- DA SILVA NUNES, Gezanea; DE SOUZA, Pâmela Christine; DE SOUZA VIAL, Daniela. RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO. **REVISTA FAIPE**, v. 5, n. 1, p. 90-99, 2017.
- DAS NEVES GLISOI, Soraia Fernandes; GIRELLI, Paola. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico

em mulheres com incontinência urinária. **Revista da Sociedade Brasileira de**, v. 9, n. 6, p. 408-13, 2011.

DE FARIA NETO, Leonides Antonio et al. ABORDAGEM INTEGRAL DO PERFIL SOCIOECONÔMICO E DA SAÚDE DE MULHERES DE RIO BRANCO-AC. **Revista Cereus**, v. 5, n. 2, p. 4-27, 2013.

DE BRITO CARDOSO, Karen Kreismann; DELFINO, Marta Maria. Intervenção fisioterapêutica na incontinência urinária de esforço causada pela endometriose: estudo de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/ElectronicJournalCollection Health ISSN**, v. 2178, p. 2091.

DE SOUSA MS, De Araújo CC, Castellen M, Sperandio FF. Afinal, toda gestante terá dor lombar? **Rev Femina**. 2003; 31(3): 273-7

D'ANCONA CAL, Júnior NRN. **Aplicações clínicas da urodinâmica**. 3a ed. 27. São Paulo: Atheneu; 2001.

FARIAS, Tamara Cordeiro et al. Incontinência urinária e disfunção sexual em gestantes. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 11, n. 38, p. 237-248, 2017.

FIGUEIREDO, E. M. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de usuários de serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Rev. Bras. Fisioter**. Vol. 12. n. 2. 2008.

FISIOTERAPIA aplicada à saúde da mulher / Elza Baracho. - 6. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.il

FERREIRA CHJ, Nakano AMS. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2001; 9(3): 95-100.

FREITAS, Síssi Siconeto de et al. **Intervenção fisioterapêutica com o EPI-NO**: efeitos sobre a extensibilidade e a força da musculatura do assoalho pélvico de primigestas. 2018.

GACHON B, Desseauve D, Fradet L, et al. Changes in pelvic organ mobility and ligamentous laxity during pregnancy and postpartum. Review of literature and prospects. **Prog Urol**. 2016;26:385–94.

HYAKUTAKE MT, Han V, Cundiff GW, et al. Pelvic floor health education: can a workshop enhance patient counseling during pregnancy? **Female Pelvic Med Reconstr Surg** 2016;22:336–9.

HYAKUTAKE, Momoe T. et al. Pregnancy-Associated Pelvic Floor Health Knowledge and Reduction of Symptoms: The PREPARED Randomized Controlled Trial. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 40, n. 4, p. 418-425, 2018

LOPES, Moraes de Baena Helena Maria Et al. Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. **Rev Bras Enferm**.Vol. 70. N. 1. 2017.

LEON-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*, 50, 72–77.

LEMOS ANDREA **fisioterapia obstetricia baseada em evidências** / Andrea Lemos.- 1, ed. - Rio de Janeiro : MedBook, 2014.

MANN, Luana et al. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. *Motriz*, v. 16, n. 3, p. 730-741, 2010.

MARNACH, M. L.; RAMIN, K. D.; RAMSEY, P. S.; SONG, S. W.; STENSLAND, J. J.; AN, K. N. Characterization of the relationship between joint laxity and maternal hormones in pregnancy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, Ireland, v. 101, n. 2, p. 331-335, 2003. Disponível em: <http://www.labmeeting.com/paper/HYPERLINK>. ach-2003-characterization-of-the-relationshipbetween-joint-laxity-and-maternal-hormones-inpregnancy. Acesso em: 10 dez. 2008.

MINETTO, Ariete Inês et al. AVALIAÇÃO DA FUNÇ O RESPIRATÓRIA EM GESTANTES NO PROJETO INTERDISCIPLINAR PAMIF (PROGRAMA DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL E FAMILIAR) ENTRE O SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRE GESTACIONAL. **Inova Saúde**, v. 2, n. 2, 2014.

OBLOZA, P. ToozsHobson/*European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (2018)153–158.

Projeto de Extensão Fisioterapia na Comunidade em uma UBSF de Campina GrBEZERRA, Samarony Caio Moreno. Perfil das gestantes atendidas no ande-PB. 2015.

OMS. Relatório Mundial sobre a Deficiência. Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2011.

OLIVEIRA, Fernanda Cristina Silva de et al. Uso da amitriptilina e a importância da sua substituição pela fluoxetina durante a prenhez: efeitos reprodutivos, gestacionais e no desenvolvimento da prole. 2018.

PALMA, **Rodrigues César Paulo. Urofisioterapia: Aplicações Clínicas das Técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções Miccionais e do Assoalho Pélvico.** 1ª Edição, Campinas SP. Personal Link Comunicações. 2009.

PORTÃO, C. P. B. et al. Comparação da força muscular inspiratória e expiratória e suas repercussões entre gestantes do último trimestre gestacional e puérperas em até 10 dias de pós-parto [monografia]. **UNISUL**—Curso de Fisioterapia, 2008.

RIESCO MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev Enferm UERJ**. 2011;19(1):77–83.

REIMERS C, Staer-Jensen J, Siafarikas F, Saltyte-Benth J, Bo K, Ellstrom EM. Change in pelvic organ support during pregnancy and the first year postpartum: a longitudinal study. BJOG. 2016;123(5):821–9

SILVA COSTA, Edina et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, 2010.

SZEKERES-Bartho J, Polgar B, Kozma N, Miko E, Par G, Szereday L, et al. Progesterone-dependent immunomodulation. Chem Immunol Allergy 2005; 89:118-25. 21

SOUZA ELBL. **Fisioterapia aplicada a Obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.

SI, RIBAS; ECO, GUIRRO. Análise da pressão plantar e do equilíbrio postural em diferentes fases da gestação. **Revista brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 5, 2007.

SILVA, Ana Rita Monteiro Gomes da et al. Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher. 2012.

SILVA, Ana Carolina de Sousa. Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto. In: Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto. 2010.

SCHIMITH, FERNANDA. ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO. 2017. Tratado de uroginecologia e disfunções do assoalho pélvico / Manoel João Batista Castello Girão...[et al.]. – Barueri, SP : Manole, 2015.

WOLF, E. R.; THEISS, T. Importância da realização de drenagem linfática em gestantes. [2011]. TCC (graduação em Cosmetologia e Estética) - **Universidade do Vale do Itajaí, Balneário Camboriú**, 2011