
A EFICÁCIA DA CINESIOTERAPIA NA REDUÇÃO DA DIÁSTASE DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL EM PUÉRPERAS DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM FEIRA DE SANTANA – BA

ANDRÉIA CAROLINE SAMPAIO MICHELOWSKI¹, LEYLIETE RAMOS SIMÃO¹, ELIANE CRISTIANA DE ALVARENGA MELO^{1#}

¹Faculdade Adventista da Bahia – FADBA, Brasil

[#]Autor Correspondente: [enailecris@hotmail.com]

Recebido em 11/agosto/2014
Aprovado em 28/setembro/2014
Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar se a fisioterapia por meio da cinesioterapia é eficaz para a redução da DMRA no puerpério imediato. Foi utilizado um estudo intervencionista, também chamado de experimental, aleatório, com 20 puérperas com idade entre 18 a 40 anos, recrutadas da Unidade Materno Infantil do Hospital Geral Cleriston Andrade, em Feira de Santana – BA, no período de maio a julho de 2012. O Grupo Controle (n=10) e o Grupo Intervenção (GI) foram avaliados e reavaliados através de um questionário de Saúde da Mulher, 6 e 18 horas após o parto. Assinaram também o TCLE. Só o GI recebeu o atendimento, sendo composto por duas sessões. O atendimento fisioterapêutico realizado foi a cinesioterapia por contrações abdominais, o controle respiratório e também o fortalecimento do assoalho pélvico. Utilizou-se um paquímetro como instrumento de medida de precisão na mensuração da diástase abdominal. Para obter os resultados, foi comparada a média entre as medidas supraumbilicais, umbilicais e infraumbilicais antes e após nos grupos controle e intervenção. As diferenças foram estatisticamente significativas, segundo o teste t Student. Como considerações finais, a intervenção fisioterapêutica no puerpério imediato demonstra redução clinicamente significativa da DMRA no puerpério imediato.

PALAVRAS-CHAVE: Diástase dos músculos reto abdominais. Puerpério imediato. Fisioterapia. Cinesioterapia.

ABSTRACT

The goal of this study, was to determine if physical therapy through kinesiotherapy is effective in reducing DRAM puerperium. An interventional study, also called experimental, was used, with 20 randomly chosen mothers, aged 18 to 40 years old. They were recruited from the Maternal Child Unit of the General Hospital Cleriston Andrade in Feira de Santana, Bahia, Brazil, in the period of May to July 2012. The control group (n=10) was assessed through a Women's Health questionnaire received during the physical therapy intervention, consisting of only two reviews, a review 6 hours postpartum and a reassessment 18 hours postpartum; the intervention group (n=10) was assessed using the same questionnaire and received physical therapy through kinesiotherapy by abdominal contractions, breath control and also strengthening of the pelvic floor, at 6 and 18 hours post delivery, consisting of two sessions, the first being an assessment and treatment and second, treatment and reassessment. Both groups signed an informed consent form. A caliper was used as a measuring instrument of precision in the measurement of abdominal diastasis. For the results, the supraumbilical, umbilical and infraumbilical were measured before and after the intervention and control groups. The differences were statistically significant according to the Student "T" test. As a conclusion, physical therapy intervention postpartum demonstrates clinically significant reduction of DRAM.

KEYWORDS: Diastasis of the rectus abdominus muscles, postpartum, physical therapy, kinesiotherapy.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é um período muito especial para cada mulher, no qual ocorrem imensas alterações emocionais, físicas e musculoesqueléticas. Acontecem modificações do sistema cardiovascular, endócrino, tegumentar, urinário, gastrintestinal, respiratório e musculoesquelético^[1,2].

As alterações fisiológicas e musculoesqueléticas acontecem por tempo determinado no período gestacional. Porém, durante esse período, podem implicar situações biológicas, corporais, mentais e sociais que devem ser diferenciadas em achados patológicos e normais, sendo diagnosticadas e tratadas durante a gestação e puerpério^[3].

Dentro do sistema musculoesquelético, acontecem mudanças distintas no período gestacional, destacando-se no músculo reto abdominal (MRA). Ele alonga-se até seu ponto limite de elasticidade na gravidez, devido à profunda influência hormonal (estrogênio, progesterona, cortisol e relaxina)^[4].

Os músculos do abdômen estão diretamente ligados ao tórax, ao diafragma pélvico e também à coluna lombar. Eles são muito requisitados no período gestacional, tornando-se totalmente estirados no final da gravidez, causando fraqueza das fibras, desconforto musculoesquelético e ineficiência na sua contração^[5].

A Linha Alba (LA) vai se tornando alongada e amolecida, pois o útero está em expansão, distendendo a parede abdominal (PA). Isso acaba prejudicando o músculo reto abdominal (MRA) e permite que os mesmos separem-se da LA de união, podendo causar a diástase do músculo reto abdominal (DMRA)^[2,6].

Essa condição não provoca dor e nem desconforto na região do abdômen, sendo incomum no primeiro trimestre, mas a incidência aumenta à medida que a gravidez progride. Quando chega ao terceiro trimestre, a continuidade do estiramento da parede abdominal é comprometida, devido ao desenvolvimento do feto^[7].

A falta do suporte dessa musculatura pode trazer menor proteção ao feto, e os casos graves de DMRA podem levar a herniações de vísceras, por causa da separação da musculatura do abdômen. Essas alterações podem instalar-se desde o início até o final da gestação, podendo perdurar no puerpério - período em que a mulher retorna ao seu estado pré-gravídico; ele tem início após a saída da placenta, que pode ser de uma a duas horas após o nascimento do bebê, e dura de 6 a 8 semanas. O puerpério pode ser classificado em: imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (além de 45 dias)^[8,9,10].

No pós-parto, inicia-se o processo de retração uterina à posição anatômica, o que causa constrições dos vasos sanguíneos, diminuindo o diâmetro do útero e evitando hemorragias no pós-parto. Essas contrações são bem mais intensas na hora da amamentação, devido à liberação de ocitocina pela hipófise posterior. Até o décimo dia de pós-parto, o útero já estará em sua posição anatômica normal^[11].

A DMRA corresponde ao afastamento do MRA na LA e pode ser observada em três níveis distintos: a diástase infraumbilical (DIU), correspondente a apenas 11% dos casos, ocorre devido à junção dos músculos abdominais em forma de “v”, dificultando a separação de fibras no período

gestacional; a diástase umbilical (DU), que é a mais frequente e representa 52% dos casos, acontece devido à distância das junções inferior e superior dos músculos e à anteversão da pelve; já a diástase supraumbilical (DSU) representa 36% dos casos, um índice ainda alto, e ocorre devido à pressão das vísceras e do próprio posicionamento do feto nessa cavidade. Na maioria das mulheres, a separação dos MRA pode variar de 2 a 10 centímetros, sendo, portanto, considerada significativa uma separação de 3 centímetros na Linha Alba^[3,10].

A forma mais simples de avaliar a DMRA é através das polpas digitais, palpando a linha média do reto abdominal, verificando quantos dedos são inseridos no afastamento da musculatura. A utilização de um paquímetro é mais segura para uma informação mais precisa com relação ao tamanho do afastamento das fibras. A diminuição da força ou habilidade do MRA poderá levar a possíveis queixas de dores musculoesqueléticas, dores na região lombar e também desconforto na região do assoalho pélvico^[1].

A etiologia da diástase na gravidez ainda não foi muito bem investigada, mas existem alguns fatores que possivelmente podem desencadear a DMRA, como a obesidade, a multiparidade, gestações múltiplas, a macrossomia fetal, a flacidez da musculatura abdominal pré-gravídica e o poliídramnio^[12].

O que pode favorecer ainda mais a separação dessas fibras musculares é a forma da pelve da gestante. Ou seja, uma mulher que tem uma pelve estreita irá carregar esse feto anteriormente durante o período gestacional, e isso trará uma maior distensão dessas fibras, facilitando também a DMRA^[13].

A proximidade entre as gestações também pode ser um fator predisponente para a DMRA, pois o músculo não teve tempo de se recuperar ou não foram realizados exercícios necessários para serem reparados e recolocados no lugar antes de outra gravidez. Por isso, faz-se necessário para a puérpera a prática de exercícios, sendo orientada por um profissional especializado para acelerar o processo de retorno às condições pré-gravídicas. Os exercícios suaves devem ser iniciados no puerpério imediato, pois irão fortalecer a musculatura abdominal e aumentar as funções de sustentação dos músculos do AP e abdômen^[13].

Dentro da equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta tem papel fundamental na recuperação da mulher durante o puerpério imediato. Nesse período, esse profissional irá colher dados em sua avaliação sobre as condições do parto e como a mulher está se sentindo no exato momento. Então, pode propor um protocolo de exercícios e orientações sobre a respiração, o posicionamento no leito, a musculatura abdominal e do assoalho pélvico, os cuidados com as mamas e a postura durante os cuidados com o bebê^[14].

Esse profissional vai ensinar e orientar sobre a atividade física e os tipos de exercícios que a parturiente pode realizar durante sua permanência no hospital e também em casa, evitando possíveis complicações no pós-parto. Isso traz à mulher uma melhor aceitação e bem-estar, diminuindo problemas sociais e de estresse no lar e com o recém-nascido^[4].

A cinesioterapia é uma conduta exclusiva do profissional fisioterapeuta. É necessária uma avaliação criteriosa, traçando objetivos e estratégias, além de reavaliações frequentes, conforme

progressão do paciente, até atingir o potencial de recuperação^[15]. Ela é o elemento central no processo de planejamento terapêutico, porém, pode ser complementada por outras intervenções. A cinesioterapia possibilita também que o indivíduo torne-se mais ativo no seu processo de tratamento^[16].

O exercício feito no período pós-parto pode evitar problemas futuros, como a disfunção do assoalho pélvico, a má postura, a motilidade gastrointestinal reduzida, o desconforto nas costas e no pescoço, a pouca força abdominal, a fadiga e a dificuldade em amamentar^[2].

A importância desse trabalho justifica-se devido aos avanços da Fisioterapia nas formas de planejar e implantar programas de assistência à saúde da mulher, dando atenção às habilidades funcionais e também à inclusão social. Partindo desse contexto e do interesse pela fisioterapia obstétrica, este artigo destinou-se a verificar se a cinesioterapia é eficaz para a redução da DMRA no puerpério imediato.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo intervencionista, ou experimental. A pesquisa foi realizada no setor Materno Infantil em um Hospital Público do Município de Feira de Santana, Bahia^[17, 18, 19].

Participaram da pesquisa 20 mulheres com idade entre 18 e 40 anos, no período do puerpério imediato, que apresentaram DMRA com diâmetro superior a 3 centímetros de largura, que tiveram no máximo três partos normais e que aceitaram participar do estudo. O período de realização da pesquisa foi de maio a julho de 2012.

Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Adventista da Bahia e executado após aprovação do mesmo, com número de aprovação: parecer 13968. As participantes foram orientadas quanto a sua participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo resolução 466/12^[20].

O mapa da Unidade Materno Infantil foi analisado para encontrar as possíveis pacientes. A amostra foi dividida em dois grupos. O Grupo Controle (n=10), cujas participantes assinaram o TCLE e, após assinarem, foram avaliadas por um Questionário Fisioterapêutico; não receberam intervenção fisioterapêutica, apenas foram avaliadas e reavaliadas, 6 e 18 horas após o parto. O Grupo Intervenção (n=10), cujas participantes também assinaram o TCLE e, após assinarem, foram avaliadas por um Questionário Fisioterapêutico e receberam o atendimento fisioterapêutico através da cinesioterapia por contrações abdominais, controle respiratório e também pelo fortalecimento do assoalho pélvico, 6 e 18 horas após o parto; foram duas sessões, sendo a primeira uma avaliação e tratamento, e a segunda o tratamento e a reavaliação, no período de maio a julho de 2012.

Foram avaliados, também, o aparelho respiratório, o aparelho circulatório, o tônus muscular abdominal e a presença da DMRA. Para a mensuração do tamanho da DMRA, foi utilizado um paquímetro.

O protocolo de atendimento para o grupo intervenção consistiu em manobras de reeducação funcional respiratória; alongamento diafragmático e desbloqueio torácico até a percepção visual do

padrão respiratório predominantemente abdominal; exercício de ponte, também associado à contração do assoalho pélvico mediante estímulo verbal, seguido de contração isométrica dos músculos abdominais, principalmente o transversos abdominal; contração isotônica dos MRA por meio do movimento de flexão anterior do tronco, de modo que a borda inferior da escápula se retirasse do leito. No primeiro atendimento, as puérperas foram orientadas a fazer uma série com 10 repetições de cada exercício; no segundo momento, foram orientadas a fazer uma série com 20 repetições de cada exercício^[12].

As variáveis analisadas neste estudo foram: idade da paciente, presença de DMRA, contração voluntária do AP e tratamento proposto.

O Programa Excel 2010 para Windows 7 foi utilizado para organizar dados, construir tabelas e gráficos, objetivando a melhor compreensão dos mesmos. Para avaliar as diferenças entre os dois grupos, foi utilizado o teste t de Student, que é o método mais utilizado para avaliar as diferenças entre a média populacional antes e depois de um determinado “tratamento”, para verificar se houve alteração significativa. O teste t pode ser usado mesmo com amostras pequenas (n=10), desde que seja admitido que as populações que deram origem às amostras têm distribuição normal e variabilidades não significativamente diferentes^[21].

3 RESULTADOS

Neste estudo, foram selecionadas 38 puérperas, sendo que 18 foram excluídas por não estarem dentro dos critérios de inclusão, totalizando apenas 20 puérperas inclusas na pesquisa. Com relação à cor, houve predominância da cor preta, totalizando 11 (55%); 10 (50%) tinham idade entre 18-22 anos; e 10 (50%) tinham como ocupação donas de casa (Tabela 1).

TABELA 1: Características sociodemográficas, período de maio a julho de 2012.

Características sociodemográficas	N (20)	%
Procedência		
Feira de Santana	11	55
Outros	9	45
Idade		
De 18 a 22 anos	10	50
De 23 a 28 anos	4	20
De 29 a 38 anos	6	30
Ocupação		
Dona de casa	10	50
Lavradora	5	25
Outras	5	25
Cor		
Branca	3	15
Preta	11	55
Amarela	2	10
Parda	4	20
Estado civil		
Solteira	7	35
Casada	6	30
União estável	7	35
Escolaridade		
Fundamental incompleto e completo	8	40
Ensino médio incompleto	4	20
Ensino médio completo	7	35
Superior incompleto	1	5

Fonte: Sampaio AC, Simão LR. Pesquisa de Campo, 2012

Dentro da avaliação obstétrica, foi analisado o acompanhamento do pré-natal, totalizando 14 (70%). Apesar de ser um hospital de alto risco, 15 (75%) não tiveram nenhuma intercorrência durante a gestação e o parto. Tendo predomínio de primíparas 9 (45%), 40% relataram ter tido o tempo de trabalho de parto entre 12 a 17 horas. A Tabela 2 traz outras características da Avaliação Obstétrica.

TABELA 2: Características da Avaliação Obstétrica, período de maio a julho de 2012.

Características obstétricas	N (20)	%
Realizou pré-natais		
Sim	14	70
Não	2	10
Incompleto	4	20
Intercorrências		
Nenhuma	15	75
Outras (febre, hemorragia, DHEG)	5	25
Número de gestações		
Primeira gestação	9	45
Segunda gestação	4	20
Acima de 3 gestações	7	35
Idade gestacional		
De 28 a 36 semanas	6	30
De 37 a 40 semanas	14	70
Duração do trabalho de parto		
De 1 a 6 horas	7	35
De 12 a 17 horas	8	40
De 18 a 29 horas	5	25
Tempo pós-parto		
De 7 a 15 horas	6	30
De 16 a 21 horas	7	35
De 22 a 96 horas	7	35
Peso do recém-nascido		
Muito Baixo Peso < 1500g	2	10
Baixo peso	3	15
Peso normal ao nascer	14	70
Acima do peso	1	5

Fonte: Sampaio AC, Simão LR. Pesquisa de Campo, 2012

Não houve complicações no trabalho de parto. Em relação às características das mamas, 19 (95%) apresentaram mamas secretantes; a prevalência de mamilos protusos foi de 17 (85%); 19 (95%) não apresentaram traumas mamilares; 3 (15%) apresentaram ingurgitamento; e 18 (90%) relataram não ter dificuldade para amamentar. A maioria das puérperas, 15 (75%), apresentou cinesia diafragmática normocinética, enquanto que 5 (25%) eram hipocinéticas. A involução uterina foi mais predominante no nível da cicatriz umbilical, totalizando 12 (60%).

A genitália externa, em 14 (70%), estava íntegra, 5 (25%) apresentaram presença de sutura e apenas 1 (5%) teve edema. Todas apresentaram contração dos MAP, e 14 (70%) utilizaram a musculatura acessória (abdômen, adutores, glúteos) junto à contração dos MAP. Edema em membros inferiores estava presente em 13 (65%). Em relação ao estado psíquico, 10 (50%) mostraram-se tranquilas e 10 (50%), felizes. Outros resultados são apresentados na Tabela 3.

TABELA 3: Características clínicas da amostra, período de maio a julho de 2012.

Características Clínicas	N (20)	%
Cinesia diafragmática		
Normocinética	15	75
Hipocinética	5	25
Percussão abdominal		
Som Timpânico	1	5
Ausência de Timpanismo	19	95
Condições da genitália externa		
Genitália íntegra	14	70
Presença de sutura	5	25
Edema	1	5
Involução uterina		
Acima da cicatriz umbilical	5	25
No nível da cicatriz umbilical	12	60
Abaixo da cicatriz umbilical	3	15
Dor a palpação uterina		
Sim	2	10
Não	18	90
Contração do assoalho pélvico		
Presente	20	100
Uso da musculatura acessória		
Sim	6	30
Não	14	70
Edema em membros inferiores		
Sim	7	35
Não	13	65
Estado psíquico		
Tranquila	10	50
Feliz	10	50

Fonte: Sampaio AC, Simão LR. Pesquisa de Campo, 2012

A tabela 4 elucida as medidas supraumbilical (SU), umbilical (U) e infraumbilical (IU) dos grupos controle e intervenção (antes e após). Ao compararmos o antes e o depois das medidas da DMRA no grupo controle e no grupo intervenção, pode-se identificar que houve diferença estatisticamente significativa segundo o teste t de Student, visto que houve maior diminuição da DMRA nas três medidas do grupo intervenção. Porém, quando foram comparadas as diferenças nas medidas (DMRA depois – DMRA antes) entre o grupo controle e o grupo intervenção, não foi identificada diferença estatisticamente significativa segundo o teste t de Student. Esse fato pode estar associado ao tamanho amostral reduzido.

Tabela 4: Comparação de medidas e das diferenças de medidas (depois da intervenção – antes da intervenção) na região supra-umbilical, umbilical e infra-umbilical entre os grupos controle e intervenção.

Medidas	Grupo controle		p	Grupo intervenção		p	Δ medidas		p
	Antes	Depois		Antes	Depois		Controle	Experimento	
	Supra-Umbilical	3,96±0,86	3,29±0,60	0,011	4,01±1,03	2,72±1,02	0,0001	0,67±0,67	1,29±0,84
Umbilical	5,02±1,32	4,08±0,72	0,002	4,36±1,08	3,23±1,01	0,002	0,94±0,69	1,13±0,84	0,60
Infra-Umbilical	2,72±1,06	1,69±0,76	0,014	2,51±0,73	1,61±0,84	0,0001	0,53±0,55	0,9±0,50	0,13

4 DISCUSSÃO

Ao falar de DMRA, ainda não há evidência científica atual que pontue um valor exato para uma diástase patológica. Este estudo segue a padronização de Souza^[7], que afirma ser uma DMRA patológica aquela acima de 3 centímetros. Este estudo entra em concordância com esse autor, pois foi estabelecido como critério de inclusão que as pacientes tivessem DMRA acima de 3 centímetros^[4]. Já outros autores afirmam, ^[7] em sua revisão da literatura, que uma separação acima de 2 centímetros já é um sinal de alerta e necessita de atenção do fisioterapeuta.

De acordo com o achado deste estudo, observou-se uma maior incidência de DSU, seguida das medidas da U (Gráfico 1). Esses achados estão de acordo com o que pesquisadores ^[22] afirmam em estudos: existe maior incidência nas medidas da SU e U, correspondendo a 33 puérperas (59%) numa amostra de 100 mulheres avaliadas; apenas 13 (23%) apresentavam diástase tanto SU como U e IU. Na mesma pesquisa, não foi identificado nas puérperas afastamento isolado da região IU. Esse achado pode ser justificado pela própria característica morfológica da região.

Segundo a literatura^[23], a faixa tendínea do reto abdominal (RA) é mais forte abaixo do umbigo, por causa da aponeurose de todos os quatro músculos da parede abdominal anterior que se cruzam na frente do músculo reto abdominal.

Pesquisadores afirmam^[10, 22] que a diástase SU apresenta um índice alto devido à pressão das vísceras e ao próprio posicionamento do feto nessa cavidade, e pelo fato de que o RA apresenta mais de um ventre muscular, separados por três inserções tendíneas acima da cicatriz umbilical. A literatura aponta^[24] que separações graves do MRA podem trazer prejuízos à gestante, por diminuírem a proteção e o suporte que é dado ao feto; podem também progredir para herniações das vísceras abdominais.

Foi observado, através deste estudo, que a população de mulheres com presença de diástase em idade de 18 a 28 anos - população considerada jovem - foi de 70%. Em outras pesquisas^[12], observou-se o mesmo em uma população de puérperas, em sua maioria jovens, com idade de 18 a 25 anos, o que nos permite identificar que a mulher jovem também pode apresentar diástase maior que 3 centímetros¹.

A literatura aponta^[7] que as mulheres mais jovens, situadas na faixa etária de 16 a 20 anos (19 % da população total), apresentavam um alto índice de DMRA. Das 14 puérperas que foram avaliadas, 4 apresentaram índice superior a 3 centímetros. A faixa etária de 21 a 25 anos de idade formou a maior população da pesquisa (23 puérperas, 32% da população total). Evidenciou-se, também, um alto índice de diástase nessa população: 6 puérperas apresentaram um espaçamento maior do que 3 centímetros entre os músculos.

No presente estudo, a maioria das mulheres (70%) era primigesta e secundigesta e apresentou diástase maior que 3 centímetros, dado considerado patológico^[7]. Pesquisadores concordam^[8,12,24] que a multiparidade pode predispor a um maior afastamento das fibras musculares do reto abdominal durante a gravidez. Mas este estudo não entra em concordância com os autores supracitados, pois

afirma que diástases maiores que 3 centímetros também podem estar presentes em mulheres primigestas e secundigestas.

A cesariana foi um fator de exclusão no presente estudo. Logo, 100% da população estudada teve parto normal, concordando com alguns autores na literatura^[13, 12], que também em seus estudos tiveram como critério de exclusão o parto cesariano, pois a diástase é mais presente em partos normais. Outros autores^[2] afirmam que, se a diástase não ocorreu durante a gravidez, ela pode desenvolver-se durante o segundo estágio do trabalho de parto, pelo fato de a mãe realizar a manobra de Valsalva durante o parto.

Neste estudo foi observado que 25% das puérperas tiveram parto de recém-nascidos (RN) de muito baixo peso a baixo peso e, mesmo assim, apresentaram DMRA acima de 3 centímetros; apenas uma puérpera teve RN acima do peso. Em outro estudo, confirmou-se a hipótese de que mulheres com RN acima do peso possam ter maior probabilidade de apresentar uma DMRA maior. Ainda outro estudo, porém, não encontrou significância estatística entre diástase e peso do RN^[22,25].

Observou-se, neste estudo, a contração voluntária do AP em 100% da população pesquisada, dado que indica não haver relação entre a DMRA e a fraqueza do AP.

A fisioterapia está, aos poucos, ganhando seu espaço nas maternidades, pois vem, ao longo do tempo, demonstrando seus benefícios no período gravídico puerperal e contribuindo com orientações, prevenção e tratamentos de alterações no sistema musculoesquelético, respiratório e circulatório. O fisioterapeuta é um profissional qualificado para atender queixas musculoesqueléticas em puérperas. Visando realizar uma avaliação detalhada, ele vai além dos sinais vitais como frequência respiratória e pressão arterial, avaliando o padrão respiratório, a expansibilidade torácica, a mobilidade diafragmática, as condições das mamas, se há dificuldades em amamentar e ingurgitamento; também avalia a musculatura do assoalho pélvico e se há presença de edemas em extremidades inferiores^[3,14].

A literatura nos traz^[26] a importância da fisioterapia no puerpério imediato. Ela acelera o processo de recuperação fisiológica e morfológica que acontece no corpo da mulher durante todo o período gestacional e no parto. Pesquisadores^[14] afirmam que é de fundamental importância a realização da avaliação detalhada antes de qualquer intervenção fisioterapêutica, objetivando orientar desde o posicionamento no leito, a postura na deambulação, até a reeducação respiratória, bem como a avaliação da musculatura abdominal e do assoalho pélvico.^[27] Este estudo entra em concordância com alguns autores citados acima sobre a importância da atuação fisioterapêutica e da realização de uma avaliação detalhada, pois, durante a pesquisa, pôde-se observar que as orientações dadas às puérperas davam-lhes uma maior confiança ao cuidar do bebê, bem como ao movimentar-se no leito e durante a deambulação.

A deambulação no pós-parto ajuda no peristaltismo intestinal. A realização do bombeio túbico társico e a elevação dos membros inferiores podem evitar edemas e trombos. É importante buscar sempre avaliar e ajudar a paciente como um todo, e não apenas sua patologia ou complicação específica^[26].

Em um estudo com uma amostra de 50 puérperas, houve a redução da DMRA de 12,5% no grupo de intervenção e de 5,4% no grupo controle, apesar de terem realizado um número pequeno de repetições dos exercícios^[12,28]. No presente estudo, foi observada uma redução da DRMA quando comparado à medida antes e depois no mesmo grupo. Porém, não foram encontradas diferenças significativas quando comparando o grupo controle e o grupo de intervenção, devido ao tamanho da amostra e o número de repetições dos exercícios serem menores que os utilizados em outros estudos ^[12].

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DMRA é uma condição que não causa dor e nem desconforto. Porém, a falta de suporte do MRA pode trazer uma menor proteção ao feto e promover condições patológicas durante a gestação e após o parto. Ela pode instalar-se no 3º trimestre do período gestacional ou no momento do trabalho de parto, devido ao esforço físico gerado pela gestante para expulsar o bebê, e pode perdurar também no puerpério.

DMRA maiores que 3 centímetros são consideradas prejudiciais, pois podem causar fraqueza da musculatura abdominal, desconforto musculoesquelético, ineficiência na contração do músculo abdominal, instabilidade do tronco, prejuízos nas funções posturais, parto e levar a herniações das vísceras.

O profissional fisioterapeuta desempenha um papel fundamental na recuperação da mulher durante o puerpério imediato. A metodologia e as técnicas de cinesioterapia são práticas próprias e exclusivas do fisioterapeuta, onde ele traça seus objetivos e estratégias até atingir o potencial de recuperação da puérpera.

De acordo com os dados obtidos, chegou-se à conclusão de que houve uma predominância maior de DMRA SU e U e que a cinesioterapia mostrou-se eficaz na redução das medidas, quando foram comparados o antes e o depois de cada uma. Porém, ao comparar a diferença nas medidas entre os grupos, não foi identificada diferença estatisticamente significativa.

Durante o processo de elaboração deste trabalho, foram verificadas poucas produções científicas que identificassem a eficácia do exercício terapêutico na redução da DMRA no período do puerpério. Como limitação, este artigo contou com uma amostra pequena e número reduzido de sessões. Isso dificultou a comparação dos dados estatísticos entre grupos. Assim, tornam-se necessárias pesquisas com amostras maiores e protocolos de exercícios que tenham maior número de sessões.

6 REFERÊNCIAS

1. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas. 4ª ed. Barueri: Manole; 2005.
2. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
3. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia aspectos de ginecologia e neonatologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
4. Bim CR, Perego AL. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. Iniciação Científica Cesumar. 2002 mar-jul; 4(1): 57-61.
5. Moore KL, Dalley AF, Araujo CL. Anatomia orientada para clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
6. Nogueira LF. Benefícios do exercício físico para gestantes nos aspectos fisiológicos e funcionais [monografia]. Londrina: Centro Universitário Filadélfia; 2009.
7. Souza CB. Incidência de diástase de reto abdominal no período de pós-parto imediato em puérperas do alojamento conjunto do HNSC Tubarão/SC [monografia]. Tubarão: Universidade do sul de Santa Catarina; 2006.
8. Freitas RS. Considerações Ergonômicas no período gravídico e puerperal [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida; 2008.
9. Hall CM, Brody LT. Exercício terapêutico na busca da função. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
10. Rett MT, Braga MD, Bernardes NO, et al. Prevalência de diástase dos músculos reto abdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. Rev Bras Fisiot. 2009 jul-ago; 13(4): 275-80.
11. Zugaib M. Zugaib obstetrícia. Barueri: Manole; 2008.
12. Mesquita LA, Vieira MA, Andrade AV. Fisioterapia para Redução da Diástase dos Músculos Retos Abdominais no Pós-Parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999; 21(5): 267-72.
13. Both AC, Reis MM, Moreira RS. Estudo comparativo da diástase do Musculo Reto Abdominal em puérperas praticantes de atividade física e sedentárias [monografia]. Belém: Universidade da Amazônia; 2008.
14. Beleza AC, Carvalho GP. Atuação fisioterapêutica no puerpério. Rev Hispeci & Lema. [Internet]. 2006 [acesso em 2012 fev 14]. Disponível em: www.fafibe.br/hispecielemaonline.
15. Guimarães LS, Cruz MC. Exercícios terapêuticos: a cinesioterapia como importante recurso da fisioterapia. Lato & Sensus. 2003 out; 4(1): 3-5.

16. Weber S, Lima IA. Efeitos da cinesioterapia e laserterapia na síndrome do impacto do ombro: estudo de caso. [monografia] [Internet]. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina. 2003 [acesso em 2012 abr 10]. Disponível em: www.fisio-tb.unisul.br/TCC2003a.html.
17. Medronho RA, Katia VB, Ronir RL, Guilherme LW. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
18. Antônio CG. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
19. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2010 [acesso em 2011 out 30]. Disponível em: www.ibge.gov.br
20. Castilho EA, Kalil J. Ética e pesquisa médica: princípios, diretrizes e regulamentações. Rev da Soc Bras de Med Tropical. 2005; 38(4): 344-47.
21. Bittencourt HR. Bioestatística. [Internet]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Faculdade de Matemática Departamento de Estatística. [acesso em 2012 set 27]. Disponível em: http://www.pucrs.br/famat/helio/Caderno_Bio_puc.pdf.
22. Leite AC, Araújo KK. Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas. Rev Fisiot Mov. 2012; 25(2): 389-97.
23. Silva CB, Lemos A, Oliveira BDR. A diástase do músculo reto abdominal interfere na prensa abdominal no período expulsivo do parto? [monografia]. Recife: Faculdade Integrada do Recife; 2008.
24. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em Ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Santos; 2005.
25. Silva MM. Análise morfométrica da diástase dos músculos retos do Abdome no puerpério imediato [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
26. Rett MT, Bernardes NO, Santos AM, et al. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. Fisiot e Pesq. 2008 out-dez; 15(4): 361-6.
27. Oliveira C. Efeito da cinésioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal [monografia]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
28. Paula BL, Soares MB, Lima GE. A eficácia da associação da cinesioterapia e da crioterapia nos pacientes portadores de osteoartrite de joelho utilizando o questionário Algo-Funcional de Lequesne. Rev Bras Ci e Mov. 2009; 17(4): 18-26.