

FISIOTERAPIA APLICADA NO PÓS-PARTO: DIÁSTASE

Mariane Alves Cordeiro

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Ramaiane Pacifico da Silva

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Alice Tamara Peralta Quirino

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Juliana de Carvalho Apolinário Coêlho

Fisioterapeuta, Doutora em Ciências Fisiológicas – UNESP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O pós-parto também pode ser chamado de puerpério, tem a duração de 6 a 8 semanas, na atualidade o puerpério tem um período de 45 dias após o parto. O aumento uterino é a principal causa das alterações que acometem a estática e a dinâmica do esqueleto da gestante, embora seja um órgão muscular que não pertence ao sistema musculoesquelético, e pode, durante a gestação, causar o estiramento da musculatura abdominal, ocasionando a separação dos feixes dos músculos retos abdominais (diástase dos músculos retos abdominais - DMRA). Esta condição pode ser observada inicialmente no segundo trimestre de gestação, tendo uma incidência maior nos três últimos meses, em virtude do volume abdominal maior, assim como no pós-parto. Com uma modificação no organismo materno há um importante crescimento uterino que pode causar o afastamento da musculatura trazendo assim a diástase dos músculos reto abdominais que é presenciado no período pós-parto. Foram feitos estudos de caráter exploratório através de levantamento bibliográfico. A busca de dados se concretizou nas plataformas BIREME, MEDLINE, PUBMED e SCIELO. Este estudo quer demonstrar que o auxílio da fisioterapia pode aliviar tensões, incentivar o relaxamento muscular, e fortalecimento, a circulação sanguínea, e a reeducação postural e exercícios para a redução da diástase.

PALAVRAS-CHAVE: pós-parto; diástase; e fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A humanização do parto busca incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas mais adequadas à fisiologia do parto e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002).

O puerpério caracteriza se como um período em que ocorre todas as manifestações evolutivas e de recuperação do organismo materno após o parto, envolvendo em 6 semanas (RETT et al., 2009) Devido a elevações do estrogênio,

progesterona, Beta HCG, prolactina, entre outros hormônios, além de mudanças emocionais e psicológicas, o corpo materno sofre alterações permanentes após a gestação (BARACHO, 2007).

O papel do fisioterapeuta durante o parto vai além das orientações oferecidas no pré-natal. O acompanhamento da paciente durante toda a gravidez e pós-parto deve ser feito na tentativa de corrigir posturas antiálgicas, aliviar tensões, direcionar o posicionamento durante o parto, incentivar o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico e oferecer maior conforto à parturiente (BARACHO, 2007).

A dor durante o trabalho de parto é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados principalmente pela contração uterina. As outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse (níveis aumentados de glicocorticoides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina, fadiga e doença) (ALMEIDA et al., 2005).

Durante a gravidez, ocorrem intensas modificações no organismo materno, desencadeadas por alterações hormonais. À medida que a gestação progride, a ação hormonal em tecidos conjuntivos, associada a alterações biomecânicas para crescimento uterino podem causar o afastamento da musculatura abdominal (diástase dos músculos retos abdominais), que se estende no período pós-parto, sendo considerada diástase a separação maior que 3 cm (LEITE; ARAÚJO, 2012).

2 METODOLOGIA

Foram feitos estudos de caráter explorativo através do levantamento bibliográfico. A busca de dados se concretizou na BIREME, MEDLINE e SCIELO.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Fisiologia Materna

As alterações mais frequentes durante a vida da mulher ocorre durante a gestação. Ocorrem alterações nas funções gastrointestinal onde surgem alterações hormonais e também de adaptação do feto (STEPHENSON; CONNOR, 2004).

Há algumas mudanças no organismo da gestante em vários sistemas, como no urinário que há um alongamento uterino, no sistema pulmonar que ocorre um aumento no oxigênio, na respiração ocorre um aumento mas a frequências continua a mesma, á volume sanguíneo no sistema cardiovascular, aumento de 35 a 50%, no decorrer da gestação o coração gera um aumento (KISNER; COLBY,1998).

Com as modificações do organismo, ocorre no sistema reprodutor algumas mudanças como, por exemplo, nas mamas que ficam sensíveis, dolorosas por canto da lactação, as veias ficam mais aparentes e dilatadas e a auréola dá uma escurecida. O útero tem um aumento aproximadamente 4 cm por mês chegando até em 36 cm no final da gestação e pesando 1Kg. A vagina tem um aumento muscular, a cor fica clara por conta da secreção. A vulva sofre um aumento, ficando com a cor arroxeada. O períneo fica flácido e ganha uma elasticidade para assim facilitar na hora do parto (GONZALEZ, 2008).

3.2 Parto

É um período que ocorre a dilatação e as contrações regulares para completar a dilatação do colo uterino. A contração uterina é o acontecimento mais importante durante o trabalho de parto, pois provoca amadurecimento cervical e expulsa o feto ao meio externo (OLIVEIRA, 2010).

O parto normal é quando ocorre na trigésima sétima e a quadragésima segunda semana isso contando da última gestação. Agora o parto prematuro ocorre na trigésima sétima semana. Nos sinais do trabalho de parto ocorre a descida do útero e a perda do tampão mucoso que eliminado de 24 á 48 horas antes do início do trabalho de parto ou se desprende durante o trabalho de parto, ocorre também o rompimento das membranas da bolsa amniótica e saída do liquido amniótica (GONZALEZ, 2008).

3.3 Pós-Parto

O pós-parto também pode ser chamado de puerpério, tem a duração de 6-8 semanas, na atualidade o puerpério tem um período de 45 dias após o parto. Após este período, o útero mede de 15 cm a 20 cm processo de regressão uterina o útero diminui 1 cm por dia até voltar ao seu tamanho normal (GONZALEZ, 2008).

No puerpério, o períneo fica dolorido por decorrência do alongamento, mesmo quando não se faz a incisão do períneo para ampliar o canal do parto. No trato urinário a parede da bexiga pode ficar edemaciada e com excesso de sangue. Ocorre a diminuição do movimento intestinal em nascimentos que não foram medicados, e que pode haver um aumento se parturiente receber anestesia. Depois do primeiro minuto do pós-parto o débito cardíaco pode aumentar 40-50% este aumento se deve a flutuação da intensidade das contrações, logo a circulação cardíaca normal é restabelecida. Para acomodar o útero que teve um aumento significativo por consequência de influências hormonais da gravidez, a linha alba se torna alongada e amolecida, esta ação coloca os músculos abdominais em desvantagens e com isso os músculos retos do abdome se separam na linha alba de união. Se este processo não ocorrer durante a gravidez a diástase do reto do abdome que pode ser definida como o afastamento entre dois feixes da musculatura abdominal (POLDEN; MANTLE, 2002), poderá desenvolver durante o segundo estágio do trabalho de parto (STEPHENSON; CONNOR, 2004).

3.4 Diástase

As alterações mais importantes na gestação ocorrem no útero, de um órgão pequeno e quase sólido a um órgão que contém o feto, a placenta e de 500-1.000 ml de líquido amniótico. O aumento uterino é a principal causa das alterações que acometem a estática e a dinâmica do esqueleto da gestante, embora seja um órgão muscular que não pertence ao sistema musculoesquelético, e pode, durante a gestação, causar o estiramento da musculatura abdominal, ocasionando a separação dos feixes dos músculos retos abdominais (diástase dos músculos retos abdominais - DMRA). Esta condição pode ser observada inicialmente no segundo trimestre de gestação, tendo uma incidência maior nos três últimos meses, em virtude do volume abdominal maior, assim como no pós-parto. A diástase é dita fisiológica, quando se apresenta com mais ou menos 3 cm. Com esse grau de diástase, há retorno espontâneo às condições pré-gravídicas, sem complicações (ZIEGEL, 2008; TFARDOWSKI, 2004; MESQUITA et al., 1999).

3.5 Fisioterapia

A atuação da fisioterapia no puerpério melhora a tonicidade dos músculos abdominais e pélvicos, informando a puérpera sobre a diástase e da importância dos exercícios iniciados neste período, já que o tamanho da diástase inclui no tratamento fisioterapêutico (POLDEN; MANTLE, 2002). O atendimento fisioterapêutico é recomendado em um intervalo de 6 a 8 horas após o parto normal, isso é respeitado devido o estresse da puérpera tanto físico como emocional e também pela instabilidade hemodinâmica caracterizada por este período (SANTOS et al., 2005).

A diástase do músculo reto do abdome considera em uma normalidade com uma separação de até 3 cm (SPITZNAGLE et al., 2006), conforme a literatura pode ser feito um exame para identificar se ocorreu a diástase do reto do abdome que é da seguinte forma a mulher deita em decúbito dorsal com os joelhos flexionados; ela levanta a cabeça e ombros até o pescoço se afastar cerca de 20 cm do solo, o queixo deve estar próximo ao peito e os braços alongados para a frente; o terapeuta deve checar a presença de alargamento na área abdominal central, que é evidente quando os músculos se separam; o número de dedos que o terapeuta conseguir colocar horizontalmente dentro da lacuna na altura do umbigo, 5 cm acima e 5 cm abaixo, define a quantidade de separação entre os músculos retos e do abdome estirados (STEPHENSON; CONNOR, 2004).

A diástase do reto do abdome pode ser classificada como supra umbilical que é acima da cicatriz umbilical que pode ser causado por uma fraqueza abdominal pré gestacional, e a infraumbilical que tem como o maior afastamento dos feixes musculares devido ao efeito acumulativo das gestações, o peso e as dimensões do útero, que está em constante aumento (RETT et al., 2009), o afastamento destes músculos não está somente relacionado a paridade mais também a idade materna e que provavelmente passou por gestações e partos o que facilita a diástase do reto do abdome tanto na região de supra-umbilical quanto a de infraumbilical (VASCONCELOS, 2013).

A realização de exercícios de contração muscular no qual há uma redução significativa da diástase com a realização de um protocolo de duas a três séries de 10 a 20 repetições de exercícios abdominais nas primeiras 6 horas após o parto (MESQUITA et al., 1999).

4 DISCUSSÃO

De acordo com Huge e outros (2005), a diástase dos músculos reto-abdominais pode ser considerada prejudicial, pois pode interferir na capacidade da musculatura abdominal e em funções como postura.

Rett e outros (2008) defendem que as técnicas em fisioterapia podem ser passadas como orientação para mudança de decúbito e posturas para a realização das atividades na vida diária. Realizaram em seu estudo, a avaliação para verificar se ocorreu a diástase dos músculos do reto abdominal, a paciente em seu pós-parto foi colocada na posição supina com quadris e joelhos fletidos a 90° os pés apoiados e braços estendidos ao longo do corpo, nesta mesma posição foi solicitada a flexão anterior do tronco do tronco até que o ângulo inferior da escápula estivesse fora do leito; se o ponto da medida for 3 dedos acima e baixo da cicatriz umbilical então esta eminente que há a diástase dos músculos do reto abdominal. Após avaliação, os autores propuseram algumas condutas como a reeducação diafragmática; abdominais isométricos e massagem abdominal; e para Chiarello, exercícios de fortalecimento dos músculos abdominais já que Vasconcelos defende a tese que o fortalecimento dos músculos abdominais durante o pré-natal e puerpério imediato é positivo na diminuição da diástase músculo reto-abdominais. Na mesma posição que Mariana e outros (2008) tinham proposto para o teste da diástase só que agora com os membros inferiores fletidos, com abdução, e com a região perineal despida, foi realizado comando verbal para contração dessa musculatura e observado se a contração estava ou não presente; como exercício fisioterapêutico para esta região eram feitas contrações fásicas e tônicas do assoalho pélvico. Para Whiteford e outros (1992), exercícios circulatórios podiam ser estimulados pela deambulação precoce. Já Rett defendia que movimentos dorsiflexão e plantiflexão dos pés também ajudavam na circulação sanguínea e no retorno venoso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação imediata da fisioterapia no pós-parto traz melhoria a tonicidade dos músculos abdominais e pélvicos, as pacientes deve ser informadas sobre a importância dos exercícios no período pós-parto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; SOUSA, J. T. DE; BACHION, M. M.; SILVEIRA, N. DE A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. Rev Latino-Am Enfermagem [on-line], v. 13, n. 1, p. 52-58, 2005.

BARACHO E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos da mastologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GONZALEZ, H. Diagnóstico de Gravidez. In: GONZALEZ, H. Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia. 14º Ed. São Paulo: Senac, Cap. 3, p. 101-106, 2008.

GONZALEZ, H. Parto. In: GONZALEZ, H. Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia. 14º Ed. São Paulo: Senac, Cap. 4, p. 133-138, 2008.

HUGE, B.S.; KISNER, C. Princípios de exercícios para paciente obstetrícia. In: KISNER, C.; COLBY, L.A. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4ª Ed. São Paulo: Manole, 2005.

KISNER, C.; COLBY, L. A. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. São Paulo: Manole; 2005.

LEITE, A. C. N. M. T.; ARAÚJO, K. K. B. C. Diástase dos retos abdominais em *puérperas e sua relação com variáveis obstétricas*. *Fisioterapia em Movimento*, v. 25, n. 2, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502012000200017>

MESQUITA, L. A.; MACHADO, A. V.; ANDRADE, A. V. Fisioterapia para redução da diástase dos músculos retos abdominais no pós-parto. Rev Bras Ginecol Obstet., v. 21, n. 5, p.267-272, 1999.

OLIVEIRA, L.R. de. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem Durante o Trabalho de Parto. In: CARVALHO, G.M. de; LULA, H.M. Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Caetano do Sul: Yendis, Cap. 7, p. 113-117, 2010.

POLDEN, M.; MANTLE, J. Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia. 2ª ed. São Paulo: Santos; O Período Pós-Natal; p. 223-73, 2002.

RETT, M.T.; BERNANDES, N. de O.; SANTOS, A. M. dos.; OLIVEIRA, M. R. de.; ANDRADE, S. C. de. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. Fisioterapia e Pesquisa, v. 15, n. 4, p. 361-6, out./dez. 2008.

RETT, M.T.; BERNARDES, N. O.; SANTOS, A. M.; OLIVEIRA, M. R.; ANDRADE, S. C. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 15, n. 4, p. 361-366, 2009.

REZENDE, J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

SANTOS, V. L. F.; ZAIDA, A. S. G. S.; AZOUBEL, T. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Saude Mater Infant.*: Cap. 5(3), p. 283-91, 2005.

SPITZNAGLE, T. M.; LEONG, F. C.; DILLEN, L. R. V. Prevalence of diastasis rect abdominis. *Int Urogynecol J.*: Cap. 18, p.321-8, 2006.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. Assistência Fisioterapêutica Durante Trabalho de Parto. In: STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L.J. *Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia*. 2º Ed. Barueri: Manole, Cap.9, p. 389-391, 2004.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. Fisiologia Materna. In: STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L.J. *Fisioterapia Aplicada á Ginecologia e Obstetrícia*. 2º Ed. Barueri: Manole, Cap.4, p. 153-161, 2004.

TFARDOWSKI, A. P. B. Repercussões da terapia aquática sobre as síndromes dolorosas na gestação. [monografia]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2004.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Estud Fem.*, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

WHITEFORD. B.; POLDEN M. Seu corpo antes e depois do parto. São Paulo, Maltese-Norma, p. 10-23, 1992.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. *Enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.