

Diástase dos músculos retos abdominais e sua relação com variáveis maternas

Rectus abdominis muscle diastasis and its relationship with maternal variables

Camila R. de S. Bertoloni

Graduanda do curso de Medicina (UNIPAM).

E-mail: crsbertoloni@yahoo.com.br

Cleine Chagas da Cunha Arvelos

Professora orientadora (UNIPAM).

E-mail: cleine@unipam.edu.br

Resumo: Durante a gestação, pode ocorrer o afastamento dos músculos retos abdominais (DMRA), que se estende no puerpério, sendo considerada diástase a separação maior que 3 cm. O objetivo deste estudo foi verificar a frequência da DMRA no puerpério imediato, bem como identificar os fatores que predis põem o seu aparecimento. Foram selecionadas 51 puérperas. Fez-se o levantamento dos antecedentes obstétricos e clínicos por meio de um questionário. Posteriormente, avaliou-se a diástase com um paquímetro. A incidência de DMRA foi de 80,3% e foi maior no grupo das múltiparas. A localização mais frequente foi a supraumbilical. Houve correlação positiva entre DMRA e multiparidade, tipo de parto, IMC, idade gestacional e tipo de parto. A diástase é uma condição expressiva. Assim, observa-se a necessidade de uma avaliação mais criteriosa das gestantes durante o pré-natal, para que haja intervenção precoce, por meio de um protocolo de atendimento.

Palavras-chave: Diástase dos retos abdominais. Fisioterapia. Puerpério.

Abstract: During gestation, the distancing of rectus abdominis muscle (DRAM) can occur, extending into the puerperium, and a separation of more than 3 cm is considered a diastasis. The objective of this study was to verify the frequency of DMRA in the immediate puerperium, as well as to identify the factors that predispose its appearance. Fifty-one postpartum women were selected. The obstetrical and clinical history was obtained by means of a questionnaire. Subsequently, the diastasis was evaluated with a pachymeter. The incidence of DMRA was 80.3%, being higher in the multiparous group. The supra-umbilical was the most frequent. There was a positive correlation between DMRA and multiparity, type of delivery, BMI and gestational age. Diastasis is an expressive condition. Thus, the need for a more careful evaluation of pregnant women during prenatal care is observed, so that there is early intervention, through a protocol of care.

Keywords: Diastasis of rectus abdominis. Physiotherapy. Puerperium.

1 INTRODUÇÃO

O organismo feminino sofre mudanças anatômicas e funcionais durante a gestação, nos diversos níveis: molecular, bioquímico, hormonal, celular e tecidual. Dessa forma, é de suma importância o conhecimento das adaptações do organismo materno no período gestacional para a boa prática obstétrica, de modo que seja possível reconhecer os desvios da normalidade (ZUGAIB, 2012).

Dentre tantas alterações fisiológicas ocorridas na gestação, as alterações hormonais provocadas pela progesterona, estrogênio e relaxina, associadas ao crescimento uterino, podem provocar o estiramento da musculatura abdominal. O músculo reto abdominal pode se alongar aproximadamente 20 cm, e a linha da cintura pode aumentar cerca de 50 cm, podendo ocorrer uma separação na linha mediana dos músculos retos abdominais (MRA) opostos, formando a diástase dos músculos retos abdominais (DMRA) (LUNA *et al.*, 2012).

No sistema musculoesquelético, ocorrem mudanças distintas no período gestacional, destacando-se no MRA. Ele alonga-se até seu ponto limite de elasticidade, devido à grande influência hormonal (estrogênio, progesterona, cortisol e relaxina). Os músculos do abdome 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. Além disso, a linha alba (LA) vai se tornando alongada e amolecida, pois o útero está em expansão. Isso acaba prejudicando os MRA e permite que os eles separem-se da LA de união, podendo causar a DMRA (MICHELOWSKI *et al.*, 2014).

Segundo Zugaib (2012), o aumento do volume abdominal e das mamas desvia anteriormente o centro de gravidade materno. Existe, dessa forma, participação de novos grupos musculares que não são normalmente utilizados. Além disso, esse aumento do volume abdominal promove um afastamento da musculatura localizada nessa região com estiramento dos seus feixes musculares, podendo acarretar o desenvolvimento de DMRA.

Nesse período, o útero encontra-se em constante crescimento e sofre as transformações mais significativas. É a principal causa das alterações biomecânicas que acometem a gestante, e pode, durante a gestação, causar o estiramento da musculatura abdominal, ocasionando a separação dos feixes do MRA. Essa condição tem uma incidência maior nos três últimos meses, em virtude do volume abdominal maior, assim como no pós-parto (LEITE; ARAÚJO, 2012).

A DMRA é bastante comum na gravidez, ocorrendo em cerca de 70% das mulheres durante o terceiro trimestre de gestação, sendo mais frequente na região umbilical. Sua incidência é de 52% dos casos, enquanto a diástase supraumbilical é de 36% e a diástase infraumbilical de 11%, podendo ser uma situação transitória ou permanente. Quando não ocorre durante a gravidez, a DMRA pode se desenvolver durante o segundo estágio do trabalho de parto (LUNA *et al.*, 2012).

O trabalho de parto é dividido em quatro estágios. O primeiro estágio (dilatação), por meio de contrações rítmicas e dolorosas, leva à dilatação do colo do útero, de até 10 cm. O segundo estágio (período expulsivo) se inicia com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto. É nesse período que pode ocorrer a DMRA,

quando ela não se desenvolve na gestação. No terceiro estágio (secundamento ou dequitação), ocorre o desprendimento da placenta e membranas. O quarto (período de Greenberg) objetiva a parada do sangramento genital e ocorre na primeira hora pós-parto (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Para Zugaib (2012), o diagnóstico de trabalho de parto consiste na presença de contrações uterinas rítmicas e dolorosas, combinadas a modificações progressivas no colo uterino (esvaecimento e dilatação) e à formação da bolsa das águas. Assim, no diagnóstico não se deve considerar isoladamente a presença de contrações ou mesmo quantificar a dilatação cervical, mas sim todo o conjunto: a presença de contrações uterinas (pelo menos duas em 10 minutos) associada à dilatação cervical (pelo menos dois cm), esvaecimento cervical e/ou modificações progressivas no colo uterino. Montenegro e Resende (2014) consideram o trabalho de parto como uma síndrome, e os elementos que a compõem não possuem valor absoluto se considerados isoladamente.

Uma diretriz internacional (2007) define trabalho de parto como a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos duas em 15 minutos e pelo menos dois dos seguintes sinais: apagamento completo do colo do útero, dilatação cervical igual ou maior que três cm, ruptura espontânea das membranas. Apenas as mulheres que se enquadram na definição acima deveriam ser admitidas para o acompanhamento do trabalho de parto.

Quanto à ação da musculatura durante o trabalho de parto, o MRA e os músculos do assoalho pélvico possuem uma ação sinérgica, pois ambos são recrutados para realizar a expulsão do bebê, durante a contração uterina. O MRA comprime o abdome, potencializando as forças de contração e expulsão, enquanto isso o assoalho pélvico sustenta a cabeça do bebê durante o parto, resistindo ao aumento da pressão intra-abdominal (BOHT; REIS; MOREIRA, 2008).

O puerpério ou período pós-parto é o momento quando as modificações locais e sistêmicas provocadas no organismo da mulher pela gravidez e parto retornam ao estado pré-gravídico (RETT *et al.*, 2012). Esse período possui classificações que são divergentes na literatura. Para Zugaib (2012), o tempo de duração normal do puerpério é de seis a oito semanas e pode ser dividido nos seguintes períodos: puerpério imediato (até o término da segunda hora após o parto), puerpério mediato (do início da terceira hora até o final do décimo dia após o parto) e puerpério tardio (do início do 11º dia até o retorno das menstruações, ou seis a oito semanas nas lactantes). Por outro lado, Montenegro e Resende (2014) consideram que o puerpério completa-se no prazo de seis semanas e pode ser dividido em pós-parto imediato (do 1º ao 10º dia), pós-parto tardio (do 10º ao 45º dia) e pós-parto remoto (além do 45º dia).

A DMRA é definida como o afastamento ou separação dos feixes dessa musculatura ao longo da LA, e as alterações biomecânicas que ocorrem durante o período gestacional facilitam o aparecimento da diástase. Sua etiologia está relacionada às alterações hormonais (relaxina, estrogênio e progesterona) e à sobrecarga mecânica pelo crescimento uterino (RETT *et al.*, 2012).

A diástase pode ser considerada fisiológica, quando se apresenta com mais ou menos três cm (LEITE; ARAÚJO, 2012). Para Baracho (2014), qualquer DMRA com

valor acima de 2,5 cm poderá interferir na capacidade da musculatura abdominal de estabilizar a lombar.

Rett *et al.* (2009) consideraram em seu estudo os seguintes pontos de referência para medidas da DMRA: três dedos (4,5 cm) acima e abaixo da cicatriz umbilical; no momento da flexão anterior do tronco, os avaliadores introduziam os dedos, perpendicularmente, entre as bordas mediais dos MRA, considerando que cada dedo possui um 1,5 cm de largura. Mesquita *et al.* (1999) apresentou uma nova maneira de mensurar a DRMA. Foi utilizado o paquímetro ao invés da mensuração através dos dedos, o que tornou os parâmetros mais objetivos e quantitativos da medida da diástase. A mulher deverá posicionar-se em decúbito dorsal, com quadris e joelhos fletidos a 90°, pés apoiados e braços estendidos ao longo do corpo. Em seguida, o avaliador solicita que ela realize uma flexão anterior do tronco até que o ângulo inferior da escápula esteja fora do leito.

O afastamento dos MRA ocorre aproximadamente em 66% das gestantes no 3º trimestre, podendo persistir de 30 a 60% no puerpério. Embora não haja consenso sobre a sua prevalência, duração e possíveis complicações em curto e em longo prazo, alguns fatores podem estar relacionados à sua ocorrência, como obesidade, multiparidade, gestações múltiplas, macrossomia fetal, poliidrâmnio, sedentarismo, dentre outros (RETT *et al.*, 2009).

Segundo Rett *et al.* (2014), a prevalência da distância entre os MRA pode variar de 35,0% a 100,0%, dependendo dos critérios e do local de avaliação. A ocorrência da diástase nas primíparas e múltiparas foi de 74,9% e 76,6% na região supraumbilical e de 40,0% e 54,5% na infraumbilical, respectivamente. A DMRA supraumbilical foi similar entre os grupos, embora nas múltiparas tenha sido discretamente superior. Entretanto, a distância entre os MRA na região infraumbilical foi significativamente maior nas múltiparas.

Rett *et al.* (2009) observaram uma correlação positiva, da idade e IMC com a DMRA supraumbilical em múltiparas e primíparas. Mulheres com idade mais avançada e maior número de gestações e de partos apresentaram uma maior prevalência de distância entre os MRA. O estiramento sucessivo da musculatura abdominal promovido pelas gestações juntamente com a idade materna podem promover maior flacidez e distanciamento dos retos do abdome. Além disso, o peso do recém-nascido e o IMC materno elevado podem potencializar tal situação, talvez por maior distensão uterina.

A realização da atividade física pode ser um fator contribuinte para o não aparecimento da DMRA. As puérperas praticantes de atividade física apresentam valores de DMRA menor quando comparadas com as que não praticam atividade física (RETT *et al.*, 2012). Os benefícios de uma atividade física durante o período gestacional incluem melhora do condicionamento físico, restrição do ganho de peso sem comprometimento do crescimento do bebê, facilitação da recuperação pós-parto, prevenção de lombalgia, prevenção ou tratamento da diabetes gestacional e melhora da postura (BOTH; REIS; MOREIRA, 2008).

Como a maioria dos trabalhos publicados visa à aplicação de protocolos de tratamentos para a correção da diástase, procura-se nesta pesquisa buscar os fatores que predisõem o aparecimento. Assim, o objetivo foi confrontar a relação entre os

valores das medidas da diástase dos retos abdominais com variáveis maternas, obstétricas e não obstétricas, em puérperas assistidas na maternidade do Hospital Regional Antônio Dias.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal. A pesquisa foi realizada no alojamento conjunto da maternidade do Hospital Regional Antônio Dias (HRAD) em Patos de Minas (MG), no período de setembro a dezembro de 2017. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do UNIPAM, e sua aprovação foi consubstanciada por meio do parecer de número 2.230.245.

Os critérios de inclusão foram: puérperas com idade entre 18 e 40 anos, hípidas, primigestas ou multigestas, que tiveram parto transvaginal ou cesárea há 12 horas. Os critérios de exclusão foram: complicações relacionadas ao puerpério e avaliação coincidente com o repouso noturno (22: 00 h às 6: 00 h) em consequência do horário do parto.

A amostragem foi por conveniência. Toda parturiente que chegava à maternidade em trabalho de parto no período de setembro a dezembro de 2017 pôde, teoricamente, participar da amostra, desde que ela preenchesse os critérios de inclusão da pesquisa. O tamanho da amostra foi de 51 puérperas assistidas no alojamento conjunto.

Para a coleta dos dados, utilizou-se um questionário com pontos referentes à caracterização sociodemográfica e gineco-obstétrica, exame físico (durante o qual foi realizada a análise do músculo reto abdominal) e dados antropométricos.

A posição da puérpera para avaliação da diástase foi o decúbito dorsal, com joelhos e quadris flexionados, pés apoiados na cama e braços ao longo do corpo. Foram demarcados dois pontos: 4,5 cm acima e abaixo da cicatriz umbilical. A puérpera fazia uma flexão anterior de tronco até que as bordas inferiores das escápulas saíssem do colchão. Nesse momento, foi realizada a verificação e mensuração da DMRA com o paquímetro, na região supraumbilical, umbilical e infraumbilical.

Para a mensuração da DMRA foi utilizado um único paquímetro, durante toda a pesquisa, conferindo exatidão e fidedignidade à coleta de dados. Além disso, toda coleta de dados e aplicação do protocolo experimental foi realizada por uma única pesquisadora.

Foi excluído o pressuposto de normalidade nas distribuições. Assim, para as comparações foi utilizado o teste Mann Whitney, para a análise de correlação foi utilizado o coeficiente de Spearman e para associação com variáveis categóricas o teste qui-quadrado. O índice de significância adotado foi de 5%. Todos os testes estatísticos foram realizados no programa SPSS 22.0.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a pesquisa foi considerada DMRA o afastamento maior ou igual a três centímetros. Silva *et al.* (2009) afirmam que, até o momento, não há evidência científica que pontue o valor numérico exato para classificar uma diástase como patológica. Entretanto, a maioria dos autores adota como patológica a DMRA acima de 3,0 cm.

Rett *et al.* (2012) e Baracho (2014) garantem que uma DMRA acima de 2,5 cm já pode ser considerada prejudicial, pois desestabiliza a musculatura abdominal, gerando disfunções posturais e até mesmo prejudicando o segundo período do trabalho de parto (período expulsivo).

Das 51 puérperas avaliadas, 41 puérperas possuem DMRA maior ou igual a três centímetros, correspondendo a 80,3% do total.

Os resultados da Tabela 1 mostram que a localização da DMRA mais incidente foi a supraumbilical associada à separação umbilical, correspondendo a 29 puérperas (70,7%); em seguida, as puérperas que apresentaram a diástase somente supraumbilical, com 9 puérperas (21,9%); seguida de apenas duas puérperas (4,8%) com DMRA nas três localizações; por último apenas uma (2,4%) com DMRA somente umbilical. Nesta pesquisa, nenhuma puérpera apresentou afastamento isolado ao nível infraumbilical.

Tabela 1 – Distribuição do local em que prevalece a diástase do músculo reto abdominal por paridade

| DMRA | Diástase do músculo reto abdominal ≥ 3 | | | | | |
|--------------------------|---|------|-----------|-------|-------|------|
| | Primípara | | Multípara | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Supraumbilical | 3 | 33,3 | 6 | 66,6 | 9 | 21,9 |
| Umbilical | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 | 2,4 |
| Supraumbilical/umbilical | 12 | 41,3 | 17 | 58,6 | 29 | 70,7 |
| Supra/umbilical/infra | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 | 2 | 4,8 |
| Infraumbilical | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Rett *et al.* (2014), a prevalência da distância entre os MRA pode variar de 35% a 100%, dependendo dos critérios e do local de avaliação. De acordo com Kisner e Colby (2005), a DRMA supraumbilical é mais comum porque o músculo reto abdominal, na sua porção situada acima da cicatriz umbilical, apresenta mais de um ventre muscular, separados por três inserções tendíneas, o que deixa essa região mais instável e susceptível às separações. Para Silva *et al.* (2009), a causa de a incidência infraumbilical ser menor está relacionada à morfologia da região, visto que a linha Alba é mais resistente abaixo do umbigo em virtude da aponeurose dos quatro músculos da parede abdominal.

As multíparas são as que apresentam maior incidência de DMRA, com 25 puérperas, correspondendo a 60,9% das puérperas com DMRA. Ao se analisar a relação da presença da DMRA maior ou igual a 3 cm com a variável paridade, por meio da aplicação do teste do qui-quadrado, foi observada uma significância estatística na associação ($p = 0,0183$). A chance de a mulher multípara ter diástase é maior em relação às primíparas.

De acordo com Freitas (2008), em uma multípara, a musculatura exigida em gestações anteriores favorece uma maior separação dos retos abdominais. Mesquita *et*

al. (1999), assim como Polden e Mantle (2000) concordam que a multiparidade é um fator predisponente importante ao afastamento do músculo reto abdominal por levar a uma maior distensão abdominal durante a gravidez. Sousa *et al.* (2009) também encontraram, em sua pesquisa, a relação significativa entre a multiparidade e a diástase ($p = 0,003$).

A Tabela 2 apresenta os resultados das comparações entre variáveis maternas por paridade. O afastamento supraumbilical entre os MRA foi maior no grupo das múltiparas ($p=0,007$). Nota-se assim que, além da maior incidência, há maior gravidade na ocorrência da DMRA supraumbilical. Entretanto, em relação ao afastamento infraumbilical e umbilical dos MRA, não houve diferença estatisticamente significativa entre primíparas e múltiparas. Também não houve diferença estatisticamente significativa no IMC, idade gestacional e tempo de recuperação entre esses dois grupos. A idade foi maior nas múltiparas em comparação com as primíparas ($p = 0,033$).

Tabela 2 – Comparação das variáveis maternas por paridade. Os valores são apresentados em mediana (Valor mínimo - Valor máximo)

| Características | Primíparas | Múltiparas | p |
|---|------------|------------|--------|
| Idade materna (anos) | 23 (18-40) | 28 (21-39) | 0,033* |
| Índice de massa corporal (kg/m ²) | 29 (22-41) | 30 (22-40) | 0,295 |
| Idade gestacional (semanas) | 39 (28-41) | 39 (35-41) | 0,542 |
| Tempo de recuperação (horas) | 16 (12-48) | 16 (12-72) | 0,239 |
| Afastamento infraumbilical MRA (cm) | 1 (0-3) | 1 (0-4) | 0,273 |
| Afastamento umbilical MRA (cm) | 3 (1-6) | 3 (1-10) | 0,277 |
| Afastamento supraumbilical MRA (cm) | 3 (1-7,5) | 4 (2-12) | 0,007* |

*Significância estatística pelo teste de Mann Whitney. MRA – músculos retos abdominais.

O afastamento supraumbilical dos MRA correlacionou-se positivamente e de forma estatisticamente significativa com o afastamento infraumbilical e umbilical dos MRA (Tabela 3).

De acordo com a Tabela 3, o afastamento supraumbilical dos MRA não apresentou correlação com a idade e o tempo de recuperação das puérperas. Assim, a maior idade das múltiparas não justifica a maior ocorrência de DMRA nesse grupo. O afastamento supraumbilical dos MRA ainda apresentou correlação positiva com IMC e tempo de gestação.

Tabela 3 – Correlação do afastamento supraumbilical dos Músculos Retos Abdominais (MRA) com variáveis maternas (n=51)

| Afastamento supraumbilical dos MRA (cm) | ρ | p | |
|---|--------|-----------|---|
| Idade materna (anos) | 0,158 | p = 0,267 | |
| Índice de massa corporal (kg/m ²) | 0,462 | p < 0,01 | * |
| Idade gestacional (semanas) | 0,299 | p = 0,033 | * |
| Tempo de recuperação (horas) | -0,067 | p = 0,643 | |
| Afastamento infraumbilical MRA (cm) | 0,461 | p < 0,01 | * |
| Afastamento umbilical MRA (cm) | 0,660 | p < 0,01 | * |

ρ = coeficiente de correlação de Spearman. *p≤0,05 indicando diferença estatisticamente significativa.

Dentre as 51 puérperas avaliadas nenhuma se encontrava com baixo peso. As puérperas que apresentaram maior afastamento dos retos abdominais foram aquelas com sobrepeso e com obesidade (Tabela 4). De fato, há associação positiva entre IMC e o afastamento dos MRA, mostrada na Tabela 3. Como não houve diferença estatisticamente significativa entre IMC de primíparas e múltiparas, esse não é um fator que explica a maior incidência de DMRA na multiparidade.

Tabela 4 – Distribuição do percentual do IMC materno em relação à presença de DMRA

| DMRA | IMC materno | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------|-----|------------|------|-----------|------|-------------|------|--------------|------|---------------|-----|-------|-------|
| | Baixo peso | | Peso ideal | | Sobrepeso | | Obesidade I | | Obesidade II | | Obesidade III | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| ≤ 3 cm | 0,0 | 0,0 | 3 | 18,7 | 8 | 50,0 | 4 | 25,0 | 1 | 6,25 | 0,0 | 0,0 | 16 | 31,3 |
| > 3 cm | 0,0 | 0,0 | 5 | 14,2 | 10 | 28,5 | 14 | 40,0 | 4 | 11,4 | 2 | 5,7 | 35 | 68,6 |
| Total | 0,0 | 0,0 | 8 | 15,6 | 18 | 35,2 | 18 | 35,2 | 5 | 9,8 | 2 | 3,9 | 51 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Luna *et al.* (2012), a obesidade interfere na separação dessa musculatura. O ganho de peso em excesso e a retenção de líquidos que comumente ocorre durante a gestação podem, ainda, expor a gestante ao desenvolvimento da hipertensão arterial. Por outro lado, outros estudos, como o de Rett *et al.* (2012), não observaram relação estatisticamente significativas entre DMRA e IMC materno.

Em relação ao tipo de parto, aquele que apresentou maior incidência de DMRA foi o parto vaginal (58,3%) em comparação com o parto cesáreo (40%). Ao avaliar a presença de DMRA com o tipo de parto, a correlação dessa variável com o evento foi limítrofe pelo teste qui-quadrado (p = 0,053).

Segundo Dore (2009) e Both (2008), a diástase está mais relacionada com os partos normais do que com as cesarianas. Isso porque, caso a DMRA não tenha surgido durante o período gestacional, pode ocorrer durante a segunda fase do

trabalho de parto, quando a pressão intra-abdominal aumenta (manobra de valsava), fazendo com que o útero seja empurrado para fora, contra a parede abdominal.

A amostra que mais apresentou a DMRA foi aquela com intervalo entre as gestações de 1 a 2 anos (45,7%), em comparação com as puérperas que afirmaram que o tempo entre gestações foi entre maior que 2 anos (22,8%). Entretanto, essa relação não foi confirmada pelo teste qui-quadrado.

Os dados corroboram o estudo de Both *et al.* (2008), os quais relatam que gestações muito próximas podem contribuir para o aparecimento de uma separação significativa do músculo reto abdominal, uma vez que esses músculos não têm o tempo ou não realizam os exercícios necessários para serem restabelecidos e recolocados no lugar antes que ocorra outra gestação.

Aragão *et al.* (2009) ressaltam que diástases acentuadas diminuem a qualidade da contração abdominal durante o trabalho de parto, prejudicando a expulsão fetal. Both *et al.* (2008) ressaltam que o afastamento significativo do músculo reto abdominal favorece o acúmulo de gordura abdominal, diminuindo o trânsito intestinal, tendo como consequência a constipação e o surgimento das hemorroidas. Segundo Polden e Mantle (2000), em separações muito intensas, a redução de suporte muscular abdominal oferece uma menor proteção ao feto, podendo progredir para herniação das vísceras abdominais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados obtidos neste estudo, chegou-se à conclusão de que a localização mais frequente da DMRA é a supraumbilical associada a umbilical. Além disso, foi constatado que há variáveis maternas que são fatores predisponentes ao surgimento da diástase. Os principais fatores são multiparidade, sobrepeso ou obesidade materna, parto normal e intervalos gestacionais curtos.

A DMRA é uma condição que pode surgir no período gestacional ou até mesmo do segundo período (período expulsivo) do trabalho de parto. Essa condição é considerada patológica quando tem valores superiores a 3 cm, de acordo com a maioria dos autores, pois pode interferir negativamente no organismo materno, prejudicando funções como postura, hábitos intestinais e proteção fetal, bem como favorecendo o aparecimento de herniação visceral e hemorroidas, além de poder retardar o período expulsivo do parto. Segundo a literatura, a DMRA pode surgir acima da cicatriz umbilical, na cicatriz umbilical e abaixo da mesma.

Há necessidade de pesquisas mais abrangentes para subsidiar um tratamento pré-natal ou perinatal eficaz, precoce, baseado em evidências, apontando as possíveis sequelas em longo prazo, a fim de conscientizar os profissionais da saúde para que considerem essa anormalidade com a devida importância e criem protocolos de atendimento.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa; SOUZA, Alex Sandro Rolland. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 11, p. 583-591, nov. 2010.
- ARAGÃO, A.S.L.; JESUS, C. S.; SPÍNOLA, F. D. Prevalência da diástase dos músculos retos abdominais em gestantes em um hospital geral público do interior da Bahia. **Revista Digital efdeportes**, 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd129/prevalencia-da-diastase-dos-musculos-retos-abdominais-em-gestantes.htm>. Acesso em: 17 jan.18.
- BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- BOTH, Ana Carolina; REIS, Miguel; MOREIRA, Raimunda. **Estudo comparativo da diástase do reto abdominal em puérperas praticantes de atividade física e sedentárias**. 2008. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade da Amazônia, Belém, 2008.
- CREEDON, D. *et al.* Management of Labor. **Institute for clinical systems improvement**. 5. ed. Bloomington, 2013. 67 p.
- DORE, M. R. **Cartilha de orientações fisioterapêuticas para puérperas – COFP**. Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa: UNIPE, 2009.
- FREITAS, R. S. **Considerações ergonômicas no período gravídico e puerperal – CRPGP**. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida, 2008.
- KISNER, C; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**. São Paulo: Manole; 2005.
- LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; ARAÚJO, Kathlyn Kamoly Barbosa Cavalcanti. Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v. 25, n. 2, p. 389-397, abr./jun. 2012.
- LUNA, Danielle Cristina Barbosa de *et al.* Frequência da diástase abdominal em puérperas e fatores de risco associados. **Revista Fisioterapia e Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 1, n.2, p.10-17, jul./dez. 2012.
- MESQUITA, Luciana A. *et. al.* Fisioterapia para redução da diástase dos músculos retos abdominais no pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 267-272, 1999.

MICHELOWSKI, Andréia Caroline Sampaio; SIMÃO, Leyliete Ramos; MELO, Eliane Cristiana de Alvarenga. A eficácia da cinesioterapia na redução da diástase do músculo reto abdominal em puérperas de um hospital público em Feira de Santana – BA. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira, v. 2, n. 2, p. 05-16, dez. 2014.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende**: obstetrícia. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Polden M, Mantle J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Santos; 2000.

RETT, Mariana Tirolli *et al.* Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 361-366, out./dez, 2009.

RETT, Mariana Tirolli *et al.* Diástase dos músculos retos abdominais no puerpério imediato de primíparas e múltiparas após o parto vaginal. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 236-241, 2012.

RETT, Mariana Tirolli *et al.* Fatores materno-infantis associados à diástase dos músculos retos do abdome no puerpério imediato. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 1, p. 73-80, jan. / mar., 2014.

SILVA, C. B; LEMOS, A.; OLIVEIRA, B. D. R. **A diástase do músculo reto abdominal interfere na prensa abdominal no período expulsivo do parto?** Disponível em: <https://interfisio.com.br/a-dia-stase-do-musculo-reto-abdominal-interfere-na-prensa-abdominal-no-periodo-expulsivo-do-parto/>. Acesso 15 fev. 18.

SOUSA, C. A. A. R.; OLIVEIRA, R. A.; LIMA, A. C. G. Diástase dos músculos retos abdominais em puérperas na fase hospitalar. **Revista Brasileira Fisioterapia**. 2009; 10(5): 333-8.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.