

# O Assoalho pélvico no pré-parto, parto e pós-parto.

Dra. Renata Stefânia Olah de Souza  
Fisioterapeuta & Doula  
Contato: renata.olah@gmail.com

Com a gravidez, o corpo da mulher sofre alterações fisiológicas progressivas e contínuas enquanto ela se prepara para vivenciar uma nova função em seu círculo familiar e social. E é no período pré-natal que a grávida deve ser orientada quanto às etapas que vivenciará durante a gestação, no trabalho de parto e no pós-parto, ou puerpério como é conhecido esse período. Os esclarecimentos e a educação da gestante se fazem sempre necessários, pois uma mulher bem preparada e acolhida pode contribuir satisfatoriamente para a evolução natural do parto. É função do fisioterapeuta especializado em Saúde da Mulher trabalhar com a gestante, orientando e sensibilizando-a para que desenvolva toda a potencialidade de seu corpo, cujo controle e coordenação serão solicitados neste momento tão especial que é o parto. E todo esse trabalho pode e deve ser iniciado por uma região do corpo importante, porém muitas vezes desconhecida: o assoalho pélvico.

O assoalho pélvico (ou perineo, como é conhecido) é o conjunto de músculos, ligamentos e fâscias, que fecha a pelve e é perfurado por três orifícios: a uretra, a vagina e o ânus. Seu papel é o de sustentar vísceras pélvicas e abdominais, manter a função urinária e fecal, além de participar da função sexual e permitir a passagem do bebê no momento do parto. Durante a gestação essa musculatura é bastante exigida, uma vez que necessita manter o útero gravídico, ou seja, o útero e o bebê em constante crescimento.

Para que o assoalho pélvico desenvolva bem sua função na gravidez, é preciso que esteja forte e elástico, a fim de permitir a sustentação do bebê e sua saída no momento do parto, causando o menor estresse possível para o corpo da mãe.

Por muito tempo o parto normal foi considerado o grande vilão do assoalho pélvico, sendo responsabilizado pelo aparecimento de incontinência urinária e fecal. Porém, sabe-se atualmente que a gestação por si só já é um importante fator desencadeante e/ou agravante das incontinências, e não necessariamente o tipo de parto.

Uma musculatura perineal fraca pode levar à repetição de sintomas urinários nas gestações futuras e, posteriormente, ao longo da vida. Além disso, as lesões consecutivas à distensão do assoalho pélvico durante um parto mal-orientado podem afetar elementos como pele, ligamentos, nervos e músculos.

Por isso, há necessidade de se trabalhar esses músculos durante toda a gravidez, para que no momento do parto ajudem na proteção contra lesões e disfunções do assoalho pélvico como a incontinência urinária e fecal, disfunções sexuais e prolapsos de vísceras.

Com a evolução da gravidez, a bexiga desloca-se, sendo comprimida pelo útero gravídico e o assoalho pélvico sofre uma sobrecarga e sua força muscular diminui, devido às alterações hormonais e biomecânicas normais da gestação. Essa situação, juntamente com outros fatores como presença de constipação intestinal crônica (comum nas mulheres), má postura, ganho excessivo de peso e hábitos urinários inadequados (como "segurar" a vontade de urinar por muito tempo), podem levar a gestante à incontinência urinária.

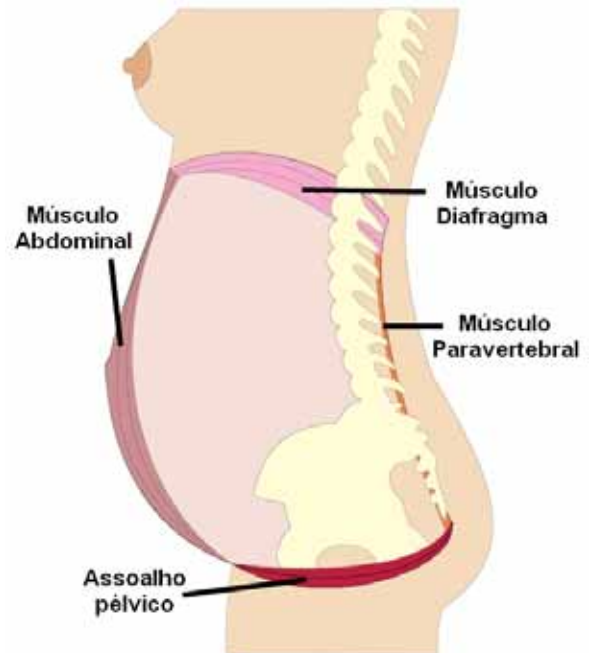


Figura 1: Assoalho pélvico fecha a cavidade formada pelos músculos diafragma, paravertebral e abdominal.

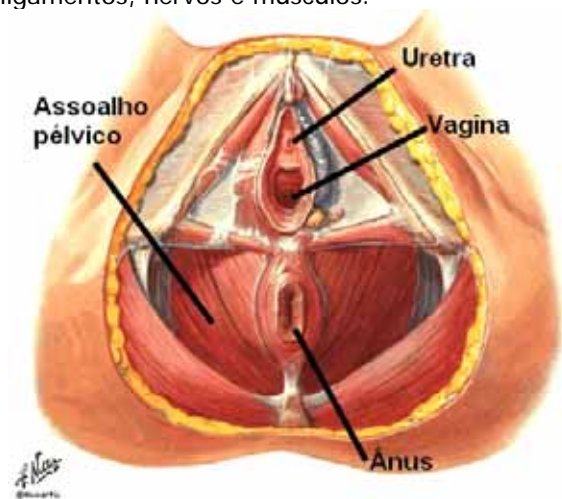


Figura 2: O assoalho pélvico e seus três orifícios.

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, podendo ocorrer em 17 a 67% das gestantes, dependendo do período da gestação, podendo inicialmente se manifestar com desejo súbito e incontável de urinar, acompanhado de freqüentes idas ao banheiro, seja durante o dia ou à noite. É uma condição desagradável e constrangedora que causa nas gestantes o desejo de retomar o estado pré-gravídico o mais breve possível, visto que muitas delas entendem a incontinência como uma condição natural da gestação e que logo após o parto voltará ao normal.

No momento do parto, para que a cabeça do bebê alcance a superfície pélvica, o assoalho pélvico e outras estruturas como a vagina, bexiga e uretra sofrem estiramentos, alongamentos, compressões e dilatações, formando então o canal de parto. São essas alterações das estruturas pélvicas à frente do feto que podem causar danos à inervação dos músculos pélvicos superficiais durante o parto, aumentando o risco de uma incontinência urinária e disfunções do assoalho pélvico pós-parto.

O tratamento da incontinência urinária e de outras disfunções do assoalho pélvico pode ser clínico, cirúrgico ou conservador, porém nem sempre as intervenções cirúrgicas são as mais indicadas.

Por esse motivo, devemos sempre ressaltar a importância da atuação preventiva da Fisioterapia durante toda a gestação e no pós-parto (imediate e tardio), principalmente para aquelas mulheres que tiveram alguma disfunção ainda na gestação.

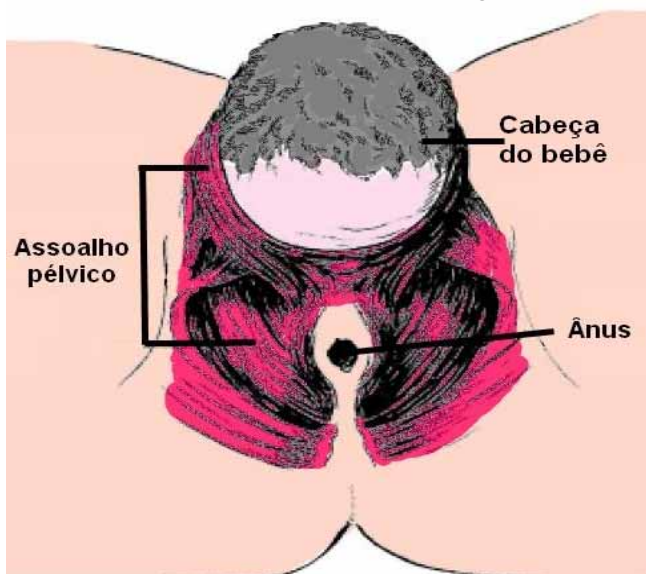


Figura 3: Cabeça do bebê distendendo o assoalho pélvico no momento do parto.

A avaliação fisioterapêutica e reabilitação da função do assoalho pélvico durante a gestação podem ser feitas através de toque bidigital, *biofeedback* perineal, perineômetro, exercícios perineais, diário miccional e até mesmo cones vaginais, sendo perfeitamente realizável entre o terceiro e sétimo mês de gestação. Já no pós-parto, utilizamos recursos adicionais como eletroestimulação e a massagem perineal para acelerar a cicatrização e prevenir de aderências. O objetivo do tratamento fisioterapêutico é “despertar” o assoalho pélvico, aumentando sua sensibilidade, fortalecendo e treinando-o a contrair e relaxar voluntariamente. Tanto a escolha do método quanto a duração do tratamento dependem do tipo de disfunção, da integridade dos reflexos perineais e da sensibilidade local.

É importante salientar que ao tornar-se rotina em nossos serviços de saúde, o acompanhamento fisioterapêutico da gestante poderá prevenir e reabilitar disfunções, proporcionando melhor qualidade de vida à mulher, um nascimento mais participativo e humanizado e um pós-parto com menos complicações.

### Bibliografia:

- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à Obstetrícia: Aspectos de Ginecologia e Neonatologia**. 3ª ed. Editora Medsi, 2002.
- FERNANDO, R; SULTAN, AH; KETTLE, C; THAKAR, R; RADLEY, S. Methods of repair for obstetric anal sphincter injury (Cochrane Review). **The Cochrane Library**, Issue 4, 2007
- GROSSE, D; SENGLER, J. **Reeducação Perineal: Concepção, realização e transcrição em prática liberal e hospitalar**. Manole, 2002.
- LIEN, KC; MOONEY, B; DELANCEY, JOL; ASHTON-MILLER, J.A. Levator Ani Muscle Stretch Induced by Simulated Vaginal Birth. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, v. 103, n.1, 2004
- LUKACZ, ES; LAWRENCE, JM; CONTRERAS, R; NAGER, CW; LUBER, KM. Parity, Mode of Delivery, and Pelvic Floor Disorders. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**. v. 107, n. 6, 2006.
- MORENO, AL. **Fisioterapia em Uroginecologia**. Manole, 2004.
- NETTER, FH. **Interactive Atlas of Human Anatomy**. CD-ROM. Artmed, 1999.
- OLIVEIRA, C. **Efeitos da cinesioterapia no assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal**. USP, São Paulo, 2006.
- OLIVEIRA, C; LOPES, MAB; LONGO E PEREIRA, LC, ZUGAIB, M. Effects of pelvic floor muscle training during pregnancy. **Clinics**. 2007;62(4):439-46.
- OLIVEIRA, JM. **Avaliação do efeito do tipo de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico de primíparas**. USP, Ribeirão Preto, 2007.
- POLDEN M; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. Livraria Editora Santos, 1997.
- SALVESEN, KA; MØRKVED, S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. **BMJ**, v. 329; p. 378-380, 2004
- SCARPA, KP ET AL. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. **Rev Assoc Med Brás**, v. 52, n.3, p. 153-6, 2006.