

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO -
UNIBRA CURSO DE GRADUAÇÃO
BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

HEYTOR MESQUITA PESSOA

**EXERCÍCIO PARA O CORE COMO TRATAMENTO DA
DIÁSTASE ABDOMINAL PÓS GESTAÇÃO**

RECIFE/2022

HEYTOR MESQUITA PESSOA

EXERCÍCIO PARA O CORE COMO TRATAMENTO DA DIÁSTASE ABDOMINAL PÓS GESTAÇÃO

Projeto apresentado ao Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, como requisito parcial para obtenção do título de bacharelado em Educação Física

Professor Orientador: Me. Juan Freire

RECIFE/2022

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 1745.

P475e Pessoa, Heytor Mesquita
Exercício para o core como tratamento da diástase abdominal pós
gestação. / Heytor Mesquita Pessoa. Recife: O Autor, 2022.
19 p.

Orientador(a): Prof. Me. Juan Freire.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Educação Física, 2022.

Inclui Referências.

1. Diástase. 2. Gestação. 3. Core. I. Centro Universitário Brasileiro -
UNIBRA. II. Título.

CDU: 796

EXERCÍCIO PARA O CORE COMO TRATAMENTO DA DIÁSTASE ABDOMINAL PÓS GESTAÇÃO

Heytor Mesquita Pessoa

Juan Carlos Freire¹

Resumo: A diástase do músculo reto abdominal (DMRA) é um problema comum entre as mulheres, principalmente após o parto, acomete 30% da população, ocorrendo a deformidade do abdome pelo afastamento dos músculos reto abdominais, sendo agente da flacidez abdominal e dor lombar na etapa após o parto. São fatores causadores da diástase: múltiplas gestações, bebê muito grande, desnutrição, sedentarismo, hormônios que levam ao relaxamento da musculatura e ganho de peso excessivo na gestação. A gestação provoca o alongamento dos músculos abdominais, podendo causar a separação das duas bandas musculares deixando a barriga mais protuberante, sendo percebida após o parto. Ocorre a deformação estética do abdome com o surgimento de uma protuberância vertical no meio da musculatura quando há esforço físico. Para evitar esse quadro é fundamental o acompanhamento do profissional de educação física, com prescrição rotineira de exercícios que fortaleçam a parede abdominal e o assoalho pélvico. Através do treinamento do core, é possível recuperar o afastamento dos retos abdominais. As musculaturas do centro do corpo, composta pelo abdome, lombar, pelve e quadril, são responsáveis pela estabilização do tronco, responsáveis diretos pela execução de tarefas do dia a dia, como: agachar, levantar, puxar, empurrar, correr.

Palavras-chave: Diástase. Gestação. Core.

¹ Especialista em Condicionamento Físico e Saúde no Envelhecimento pela UNESA; Mestrando em Educação Física pela UFPE; Prof. do Dep. Educação Física da UNIBRA; E-mail: prof.juanfreire@gmail.com

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
1 PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIÁSTASE ABDOMINAL.....	08
2 DIÁSTASE DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL.....	10
2.1 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO CORE.....	11
2.2 VIDA SAUDÁVEL.....	12
3 ESTUDOS DA DIÁSTASE ABDOMINAL.....	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

INTRODUÇÃO

A diástase do músculo reto abdominal (DMRA) é um acometimento decorrente do afastamento da musculatura reto abdominal durante o período da gestação. O crescimento natural do volume abdominal durante a gravidez já é esperado, logo, mulheres treinadas, com considerável rigidez muscular, são menos afetadas por essa problemática.

Portanto, é possível prevenir a diástase abdominal com a prática regular de atividade física, antes, durante e após a gravidez. É importante que as futuras mães mantenham uma postura correta durante a gestação, optem por exercícios que fortaleçam a parede abdominal, com o treinamento do core. Ainda, deve-se evitar o ganho de peso excessivo, mantendo uma dieta equilibrada.

Além disso, mulheres que já tiveram diástase, possuem chances maiores de desenvolver o problema em gestações futuras. Desta forma, a recomendação é esperar dois anos após a ocorrência da diástase para poder engravidar novamente.

Ademais, a mensuração da diástase dos músculos retos abdominais deve ser realizada pelo médico, profissional de educação física ou fisioterapeuta, para tomar conhecimento ou não da ocorrência da deformação abdominal. A maneira de verificação pode ser subjetiva, ou seja, pela medida do número de dedos que podem ser inseridos entre os feixes musculares dos músculos retos abdominais.

Desse modo, é evidente que durante a gestação o estiramento da musculatura abdominal é indispensável para permitir o crescimento uterino, ocorrendo, portanto, uma separação dos feixes dos músculos retos abdominais. Estes afastamentos não provocam desconforto nem dor, apresentando incidência menor em mulheres com bom tônus abdominal antes da gravidez.

Similarmente também são considerados fatores predisponentes para a DMRA: obesidade, gestações múltiplas, multiparidade, polidrâmnio, macrossomia fetal e flacidez da musculatura abdominal pré-gravídica, por levar a uma maior distensão abdominal durante a gravidez.

Podemos considerar uma DMRA de dois ou menos dedos (± 5 cm) como normal nas regiões supra e infra umbilical. Com este grau de diástase não há retorno espontâneo às condições pré-gravídicas, sendo imprescindível o tratamento por meio da prática de exercício físico para o core. Acima destas marcas, é necessário a interferência clínica médica.

Em suma, a incidência da DMRA é maior no terceiro trimestre da gestação e no pós-parto imediato. É percebida inicialmente no segundo trimestre da gestação, apresentando diminuição no pós-parto tardio, porém não desaparecendo completamente até um ano após o parto.

A DMRA supra umbilical é a mais significativa e a mais frequente. Durante a gestação, há uma anteroversão pélvica acompanhada ou não de uma hiperlordose lombar. Na maioria das gestantes há uma tendência de horizontalização do osso sacro. Essas alterações determinarão uma mudança do ângulo de inserção dos músculos abdominais e pélvicos, resultando numa distensão excessiva deles, com conseqüente prejuízo do vetor de força destes músculos, com uma diminuição na força de contração. Essas alterações biomecânicas observadas no puerpério são decorrentes das modificações físicas pertinentes à gravidez.

A diástase abdominal é reversível, através da prática de exercício físico. É recomendado que mantenhamos uma rotina de prática regular desta atividade. Especificamente, o treinamento do core (centro), musculaturas estruturais do nosso corpo, responsáveis por conseguirmos realizar atividades comuns do dia a dia com equilíbrio, precisão e coordenação. A diástase pós parto, devido ao afastamento dos reto abdominais, cria um desequilíbrio no tronco. A região anterior da parede abdominal apresenta enfraquecimento quando comparado a musculatura posterior do tronco. O devido ao desequilíbrio muscular, em alguns casos, os sintomas podem ser mais críticos, como: dor lombar, dor nas pernas, surgimento de hérnias, disfunções do assoalho pélvico, mal funcionamento da mecânica respiratória, postura inadequada.

Sendo assim, torna-se bastante relevante tratar do tema da DMRA de forma mais pulverizada para que todos tenham acesso a informações, instruções e eventuais tratamentos.

A gravidez é um momento mágico, porém, o pós-parto pode gerar diversas complicações, como a diástase abdominal, que ocorre quando os músculos do reto abdominal se afastam para dar espaço para o crescimento do bebê. Mas quando falamos sobre diástase abdominal, muita gente se pergunta: quais são os melhores exercícios.

Geralmente, a diástase é responsável por causar flacidez abdominal e dor lombar após o processo de parto. Desse modo, o afastamento dos músculos pode chegar a 10 cm de distância e, em algumas pessoas, não volta à forma original.

Embora a diástase abdominal seja mais comum durante a gravidez ou no pós-parto, essa condição não se limita apenas a mulheres grávidas. Assim, homens, adultos ou crianças podem ser afetados.

O principal tratamento para a diástase abdominal é a fisioterapia, usando aparelhos que ajudam a contrair os músculos. O fisioterapeuta também pode prescrever exercícios, como o pilates, feito sob o acompanhamento profissional. Em último caso, uma cirurgia simples para costurar os músculos pode ser feita.

Até que a diástase seja curada, pode ser preciso tomar alguns cuidados, como evitar levantar peso, evitar apoiar o bebê em um dos quadris para não causar dor e evitar a prática de exercícios que possam ser doloridos ou machucar. O acompanhamento do médico é fundamental para dar as indicações do que fazer e o que evitar nesse período.

Ainda assim, não é certo generalizar a indicação de tratamento. A hérnia umbilical, problema associado à diástase, pode aparecer quando se faz um exercício indevido quando a linha média do abdome está muito fraca. Em alguns casos, o alargamento da cicatriz umbilical é tanto que permite a saída de conteúdo da cavidade abdominal, o que causa dor e, eventualmente, outras complicações. Para essas mulheres, o recomendado, antes de tudo, é tratar a hérnia ou outro problema que tenha surgido. Importante lembrar que exercícios físicos orientados diminuem a distância, melhoram os sintomas e ajudam a diástase a regredir, mas, para algumas, a recuperação definitiva vem mesmo com cirurgia, na qual os músculos são aproximados da linha média.

1 PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DA DIÁSTASE ABDOMINAL

O diagnóstico da diástase é realizado pelo cirurgião plástico através do exame físico do paciente ou com a realização de exames como ultrassonografia de parede abdominal, que irá mensurar o quanto de abertura a musculatura possui.

O tratamento vai depender da complexidade do problema. Em casos leves, o tratamento consiste em uma combinação de exercícios de fortalecimento abdominal (musculação, pilates). Em casos mais avançados, consiste no tratamento cirúrgico com cirurgia plástica com a amarração da musculatura abdominal, realizada através da cirurgia de abdominoplastia.

A cirurgia plástica na barriga é indicada para os casos crônicos da diástase abdominal, em que é feita a reaproximação dos músculos por meio de sua amarração.

No caso das gestantes, deve-se aguardar de 6 meses a 1 ano do parto. Nos casos das pacientes pós bariátrica, deve-se aguardar 1 ano da cirurgia com pelo menos 2 meses de estabilização do peso. Dependendo da avaliação de cada caso, pode-se associar lipoaspiração e a dermolipectomia abdominal, para eliminação do excesso de pele, da flacidez e das estrias da região abdominal. Com a associação destas cirurgias plásticas, é realizada a remodelação de todo o abdome, redefinindo a cintura e deixando a silhueta mais firme.

É importante incentivar e promover a atividade esportiva regularmente. Antes, durante e após o período de gestação. Mulheres treinadas são menos acometidas pela diástase após o período da gestação. Realizar vivências esportivas de modo geral, fortalecer o tronco, preparar o core e toda musculatura profunda do abdome com exercício: dinâmicos, isométricos e manobras respiratórias.

Isso porque a área central do nosso corpo não se resume apenas aos músculos do abdome. Fazer exercícios abdominais vai trabalhar também os músculos das costas (mais especificamente da lombar) e do assoalho pélvico (conjunto que faz a sustentação da bexiga, útero, reto, intestino e todo conteúdo que fica na parte baixa do abdome). Portanto, quando falamos de exercícios abdominais, estamos nos referindo a toda essa região. Uma rotina eficiente para treinar a região do abdome deve conter exercícios de estabilização e movimentos dinâmicos.

Um treino abdominal vai muito além da estética, ter essa região no corpo fortalecida irá contribuir para um melhor equilíbrio, auxiliar numa melhor postura e potencializar os seus treinos na academia e práticas esportivas, já que, por se tratar da parte central do nosso corpo, um core fortalecido dá mais força para sustentar exercícios em outras áreas.

Com uma boa aptidão funcional, haverá facilidade em executar tarefas cotidianas, como caminhar, se curvar, levantar-se e agachar. Por fortalecer também a região pélvica, os exercícios abdominais evitam problemas como incontinência urinária no longo prazo.

2 DIÁSTASE DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL, IDENTIFICAÇÃO E SINTOMAS

Para o estudo da diástase do músculo reto abdominal, é muito importante identificar o grau e suas consequências.

A prática de atividade física durante o período gestacional é consenso entre a comunidade médica, diversos estudos, conforme serão citados abaixo, reforçam esta linha. Podemos aconselhar práticas diversas de exercícios físicos, como: pilates, core, musculação, natação, treinamento funcional etc.

As gestantes acima dos 30 anos de idade que são sedentárias têm o maior risco de sofrerem consequências decorrentes do sedentarismo durante o período pré e pós gestacional. Segundo Almeida, Mendonça, DeSantana, Ferreira, Araújo (2019):

Foram avaliadas 269 puérperas, sendo 115 (42,7%) primíparas, das quais 59 (51,3%) foram submetidas à cesariana e 56 (48,7%) ao parto vaginal. Das 154 (57,2%) multíparas, 69 (44,8%) foram submetidas à cesariana e 85 (55,1%) ao parto vaginal ($p=0,479$). Observou-se que a idade e o índice de massa corporal das multíparas foram significativamente superiores às mulheres primíparas ($p=0,001$ e $p=0,002$, respectivamente). A idade gestacional, peso, estatura, perímetro cefálico e perímetro torácico dos RNs não apresentaram diferença significativa entre os grupos (Tabela 1). A distância média entre os MRA na região supraumbilical foi semelhante entre as primíparas 3,04 ($\pm 1,68$) cm e multíparas 3,35 ($\pm 1,19$) cm ($p=0,13$). Na região infraumbilical, as multíparas apresentaram um afastamento dos MRA significativamente maior do que as primíparas 1,20 ($\pm 1,13$) cm e 0,82 ($\pm 0,74$) cm respectivamente (Almeida, Mendonça, DeSantana, Ferreira, Araújo, 2019).

Os transtornos decorrentes da diástese vão muito além das dores lombares. Desarranjo do funcionamento do sistema digestório, enfraquecimento do assoalho pélvico, podendo ocasionar incontinência urinária. Segundo Torres, Kamoly, Araújo (2012):

Além disso, é de extrema relevância que esses profissionais incentivem as gestantes durante as consultas de pré-natal à prática de atividade física de forma segura; não somente durante a gestação, mas no puerpério, demonstrando seus benefícios nos diversos sistemas do organismo, em particular na musculatura abdominal, pois a musculatura flácida é prejudicial às mulheres, visto que favorece o acúmulo de gordura abdominal, diminui o trânsito intestinal, resultando na constipação e no surgimento das hemorroidas. Assim, percebe-se que, embora pouco estudada, a diástase dos retos abdominais constitui uma condição extremamente complexa e abrangente (Torres, Kamoly, Araújo, 2012).

O músculo reto do abdome é formado por duas bandas verticais que se encontram unidas na linha média, na região central abdominal, atuando como se fosse uma cinta interna. Após a diástase, por mais que a pessoa realize exercícios físicos e dieta, o abdome pode não retornar ao que era antes, devido à separação dos músculos abdominais. Esforço físico (sentar, levantar, tossir etc.). Além disso, pode provocar, dores nas costas, nádegas e pernas. A musculatura abdominal fica débil e esticada

devido ao desenvolvimento da barriga na gestação ou pela rápida perda de peso, podendo também acontecer fora da gestação, em paciente ex-obesos, no abdome pós bariátrica, por exemplo.

Muito dos problemas acometidos pela diástase podem ser combatidos de forma preventiva com exercício físico abdominal e com práticas diárias de exercício. Alimentação saudável, aliada do bem-estar e um rotina saudável é a chave para uma vida saudável.

2.1 Estrutura e funcionamento do core

Imagine que somos um prédio de trinta andares. Para ficarmos de pé precisamos de um material com ótima qualidade e que seja capaz de fortificar toda a estrutura da construção ou, com uma simples ventania, vamos ao chão. A função dos músculos que compõem o core é, justamente, manter em equilíbrio o corpo humano, que é sustentado pela coluna. Treiná-lo significa garantir nossa resistência.

Para (Marta Silva santos, 2018) Não está comprovado se há uma relação entre todos os parâmetros do core e a funcionalidade. Ou seja, não está claro como os parâmetros do core podem influenciar em variáveis que representem a funcionalidade de um indivíduo, seja o mesmo atleta, idoso ou jovem. Esse entendimento faria com que a prescrição de treinamento do core atendesse as necessidades de cada uma dessas populações.

A individualidade biológica de cada pessoa tem de ser compreendida nas suas particularidades. De acordo com Panjabi (1992) a estabilidade da região lombo pélvica é crucial para fornecer uma base para os movimentos dos membros superiores e inferiores, suportar cargas e proteger a coluna (medula espinhal e raízes nervosas). Panjabi (1992) define a estabilidade do CORE como a capacidade do sistema de estabilização em manter a zona intervertebral neutra dentro dos limites fisiológicos.

Hoogenboom (15), diz que:

O fortalecimento da musculatura do Core é de suma importância para proteção e alívio da coluna vertebral. Sua estabilização promove ao indivíduo auxílio no ganho de força, controle neuromuscular, potência e resistência muscular do complexo lombo pélvico-quadril. A harmonia desse conjunto muscular permite o corpo suportar um maior impacto da gravidade nas articulações. A instabilidade dele gera incapacidade 2 de resposta às cargas exercidas sobre o corpo, levando a padrões compensatórios e estresse mecânico que causam microtraumas repetitivos e alteração da biomecânica (HOOGENBOOM; BENNETT, 2015).

Para Silva (2018), exercício físico é indispensável:

O controle dos exercícios é de fundamental importância para a execução do movimento. No início ao fim de cada exercício a respiração profunda e controlada é essencial na harmonia do movimento. Esse modo de respiração faz parte do Método Pilates, diferenciando assim dos outros exercícios. O fluxo de movimento proporciona o equilíbrio e a integração com o sistema nervoso, muscular e articular, treinando o

corpo de modo equilibrado e dinâmico. Quanto a precisão, este princípio ajudará a realizar a execução do treino protegendo de lesões através de movimentos precisos do início ao fim. Em relação ao Centro, os músculos abdominais profundos formam o centro e auxiliam a garantir estabilidade a cada exercício (Silva, 2018).

O controle da dinâmica respiratória dita o ritmo dos exercícios, contração do diafragma, manobras de apneia, tudo isso dita o ritmo do treino.

2.2 Vida Saudável

Existem três pilares para um estilo de vida saudável: Alimentação, treino e descanso. Esses elementos quando juntos, resultam em série de benefícios para a saúde do indivíduo.

Rosely Sichieri (2015), diz que: O cenário nacional em relação ao consumo alimentar é um mosaico interessante que combina alimentos tradicionais característicos da dieta brasileira, considerados alimentos saudáveis, como o arroz e o feijão, com alimentos industrializados de alto teor calórico e pouco valor nutritivo.

A permanência na alimentação do brasileiro de vários itens alimentares como feijão, preparações a base de feijão, milho e preparações a base de milho, batata doce, abóboras, cará, quiabo, ricos em micronutrientes como vitaminas e que contêm alto teor de fibra e baixo índice glicêmico, é um aspecto muito positivo. As fibras e o baixo índice glicêmico, que indica o aumento da glicemia no sangue após ingestão dos alimentos, são características muito favoráveis de uma alimentação, pois reduzem o colesterol e protegem quanto ao aparecimento de diabetes. Interessante que esses alimentos são mais consumidos nas faixas de menor renda e nas populações que vivem na área rural.

É possível manter uma alimentação saudável gastando pouco, visto que os alimentos mais nutritivos se encontram na feira, com preços mais acessíveis.

3 ESTUDOS DA DIÁSTASE ABDOMINAL

Foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, buscando dados acerca das implicações pós parto, acerca das consequências da diástese abdominal. Conforme Rett, Araújo, Rocha, Silva (2012) a pesquisa:

A DMRA supraumbilical e infraumbilical não apresentaram diferença significativa entre as primíparas e multíparas. Contudo, a DMRA supraumbilical foi significativamente maior do que a DMRA infraumbilical, independentemente da paridade. Encontrou-se correlação significativa entre DMRA supraumbilical e infraumbilical, paridade e idade materna. Não foram observadas correlações com IMC e TPP (Rett, Araújo, Rocha, Silva, 2012).

Pode-se observar que a diástase abdominal pode voltar ao normal naturalmente. Diante da amostra do estudo, a dilatação abdominal pós parto teve regressão espontânea. Portanto, foi observado que mais de 70% da amostra de mulheres eram empregadas domésticas, que executam tarefas de demanda físicas e braçal, ou seja, mulheres não sedentárias, que, indiretamente, realizavam tarefas que exigem trabalho físico constante. Conclui-se, então, a importância de manter o corpo em movimento. A amostra indicada no estudo obteve benefícios decorrente das atividades desenvolvidas diariamente nos seus lares.

Em outro estudo, tratando de dores lombares decorrentes do enfraquecimento do abdome durante o período gestacional, foram observadas essas dores caracterizadas no último período da gestação. Segundo Santos, Melo, Vicente, Palmezoni, Eliane, Resende (2016):

A comparação dos grupos demonstrou que as gestantes do terceiro trimestre apresentavam maior diástase abdominal, mais relatos de dor lombar intensa por meio da escala analógica visual $p=0,0017$ e maior impacto nas atividades da vida diária ($p=0,0012$). A correlação foi positiva entre a dimensão da diástase dos músculos retos abdominais e os escores obtidos no questionário Roland Morris e na escala analógica visual. A dimensão da diástase dos músculos retos abdominais, a intensidade da dor e a incapacidade determinadas pela lombalgia foram maiores nas gestantes do terceiro trimestre gestacional (Santos, Melo, Vicente, Palmezoni, Eliane, Resende, 2016).

As mulheres sedentárias, que não praticam exercício físico diariamente, ou não têm histórico esportivo, em grande maioria, sofrem de dores lombares durante o período da gestação. É fundamental que exercícios para o tronco sejam praticados com acompanhamento do profissional de educação física. O tronco forte é sinônimo de uma gestação menos dolorida, de uma recuperação pós parto mais rápida e um futuro mais saudável.

Segundo Rev Bras Fisioter (2009):

A ocorrência da diástase dos músculos reto abdominais no pós-parto imediato encontrada neste estudo está em concordância com a literatura que relata uma maior prevalência no terceiro trimestre gestacional e no puerpério imediato. Porém, a sua prevalência é variável, pois há discordância na literatura quanto ao valor de DMRA considerado clinicamente relevante. Na literatura nacional, não foi encontrado nenhum estudo similar. Contudo, os resultados apresentados estão em concordância com a literatura, que demonstra valores de prevalência de DMRA de 35% a 100%^{4,10,11}. Considerando uma separação mínima de 2 cm supraumbilical, Chiarello et al.¹⁰ encontraram uma prevalência de 12,5 a 90% numa amostra de gestantes submetidas a um protocolo de exercícios e de gestantes sedentárias, respectivamente. Em mulheres de meia-idade, encontram-se valores próximos a 66%. Classificando uma DMRA relevante como uma separação maior do que dois dedos aproximadamente 3cm de avaliá-la. Alguns autores recomendam que sejam avaliadas as regiões ao nível da cicatriz umbilical, 4,5 cm acima e 4,5 cm abaixo do umbigo (Rev Bras Fisioter, 2009).

Contudo, acredita-se que mulheres que apresentam diástase têm um número maior de gestações e partos, entretanto, no estudo supracitado, os resultados apontaram que a DMRA supraumbilical tem prevalência semelhante entre as primíparas e múltiparas.

Tal fato pode ser hipotetizado pela fraqueza muscular abdominal decorrente da última gestação em ambos os grupos. Em relação à região infraumbilical, a prevalência e média de DMRA foi maior nas múltiparas, apresentando diferença significativa. Isso pode ser explicado pela própria paridade e por múltiplas gestações, que podem contribuir para o estresse mecânico cumulativo do tecido conectivo da parede abdominal.

Com o processo da gravidez, o peso e as dimensões do útero em constante aumento influenciam a morfologia musculoesquelética do tronco, aumentando as distâncias entre as inserções musculares, produzindo acréscimos no comprimento muscular. Além disso, também é superior em mulheres com paridade acima de 2 partos.

Outro fato a ser ressaltado é que as múltiparas apresentaram idade significativamente superior em relação às primíparas, o que pode ser considerado um fator que colabora com o desenvolvimento da DMRA.

É possível observar maior prevalência de DMRA entre aquelas com mais idade (superior a 50 anos), maior número de gestações e partos anteriores.

Contudo, não foi encontrado na literatura nenhum trabalho que tenha comparado a DMRA de primíparas e múltiparas no pós-parto imediato, o que limita a discussão e comparação com outros estudos. Sabe-se que, em mulheres saudáveis, existe um sinergismo entre os músculos abdominais e os músculos do assoalho pélvico.

Recomenda-se, em um cenário ideal, ser realizado um trabalho multidisciplinar, onde os profissionais: Médico Obstetra, Profissional de Educação Física, Nutricionista

estejam integrados da problemática de cada caso, para que, juntos, cada um possa, na sua expertise, tratar individualmente de cada gestante.

O trabalho do Profissional de Educação Física deve acontecer antes mesmo da gravidez, é recomendado que a futura gestante tenha uma vida ativa esportivamente. O trabalho de fortalecimento do core é fundamental para uma boa gestação e para um envelhecimento saudável. A musculatura do tronco dá a sustentação do corpo, refletindo diretamente no funcionamento do corpo em execuções comuns de tarefas do cotidiano. Pensando na gestação, o fortalecimento da parede abdominal profunda, dos retos abdominais darão sustentação em todo o período da gestação e pós gestacional.

Os casos de diástase abdominal de até 5cm podem ser tratados através da prática de exercício físico planejado pelo profissional de educação física.

Santos (2018), diz que:

O treinamento do core, também denominado na comunidade científica de treinamento de estabilidade para o core ou de força para os músculos do tronco, tem sido utilizado em distintas populações, e seus efeitos sobre a funcionalidade têm sido estudado. Assim, o core é considerado um link cinético que facilita a transferência de torques e momentos angulares entre as extremidades durante a execução de movimentos de todo o corpo. Isso pode explicar o porquê do treinamento do core influenciar em variáveis que expressam a performance atlética, como a exemplo da capacidade de correr. Apesar disso a influência desse treinamento em populações de atletas ainda é incipiente. Isso se dá por alguns fatores. O primeiro deles é que a maioria dos estudos publicados utilizam o treinamento do core somado em conjunto com treinamentos específicos voltados ao esporte que está sendo estudado (efeito somatório). Esse fato é compreensível, tendo em vista que colocar o atleta em condições laboratoriais poderia influenciar de maneira negativa na sua performance. No entanto esses 10 resultados não podem ser extrapolados em relação ao efeito exclusivo do treinamento do core sobre a performance atlética. Outros aspectos é o pouco tempo de intervenção, que ao nosso conhecimento não chega a 12 semanas, o que poderia influenciar nos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a prática do exercício físico para o core como tratamento para diátese do reto abdominal pós parto. O processo da DMRA é possível ser evitado com planejamento de longo prazo. Neste sentido a diátese é caracterizada pelo afastamento dos músculos reto abdominal. Esse afastamento pode desencadear uma série de outros problemas de média a alta complexidade de tratamento.

Começando pela parte estética, muito temido pelas pessoas, dependendo do grau de abertura da DMRA pode causar flacidez abdominal, deformidades na barriga. As dilatações até 5cm+- são casos reversíveis através do exercício físico. Acima deste grau, é recomendado intervenção cirúrgica. Além da função de proteção, os músculos abdominais fazem a função de estabilização, os músculos abdominais fazem parte da dinâmica de respiração, auxiliam na postura, nos movimentos de tronco e estabilização da coluna. A composição do tronco necessita de uma composição forte do tronco para dar sustentação ao corpo.

Participam também das funções que envolvem tosse, espirro, trabalho de parto e evacuação. O tratamento da diátese (até 5cm+-) deve ser acompanhada pelo profissional de educação física. Muito comum durante a gravidez, acomete até 30% das mulheres. A prescrição segue a dinâmica do treino resistido de força, porém, o treino de core não necessita da utilização de implementos. Dependendo do tamanho do afastamento muscular, podemos estimar de três a seis meses para obter o fechamento total da diástase. A prática de diária de exercício físico está ligada a bons indicadores de saúde, não devemos aguardar acometimentos para tomar iniciativas, praticar exercício físico diariamente é considerado tratamento de saúde preventiva.

Os casos mais graves de DMRA são de mulheres sedentárias com casos de múltiplas gestações, a diástase também pode ocorrer com qualquer pessoa que apresente perda de peso muito rápida, inclusive para os homens. O treinamento do core ainda é pouco popular, devido escassez de profissionais especializados para este tipo de atendimento. O treino de core pode ser dinâmico e descontraído, tornando a prática do exercício físico mais prazeroso.

REFERÊNCIAS

- Bacha CA, Rezende CAL. **Puerpério fisiológico**. In: Corrêa MD, editor. Noções práticas de obstetrícia. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 849-54.
- Beer GM, Schuster A, Seifert B, Manestar M, Mihic-Probst D, Weber SA. **The normal width of the linea alba in nulliparous women**. Clin Anat. 2009;22(6):706-11.
- Bergmark A. **Stability of the lumbar spine. A study in mechanical engineering**. Acta Orthop Scand Suppl. 1989;230:1-54.
- Boissonnault JS, Blaschak MJ. **Incidence of diastasis recti abdominis during the childbearing year**. Phys Ther. 1988;68(7):1082-6.
- Boxer S, Jones S. **Intra-rater reliability of rectus abdominis diastasis measurement using dial calipers**. Aust J Physiother. 1997;43(2):109-14.
- Bursch SG. **Interrater reliability of diastasis recti abdominis measurement**. Phys Ther. 1987;67(7):1077-9.
- Chiarello CM, Falzone LA, McCaslin KE, Patel MN, Ulery KR. **The effects of an exercise program on diastasis recti abdominis in pregnant women**. Journal of Women's Health Physical Therapy. 2005;29(1):11-6.
- Coldron Y, Stokes MJ, Newham DJ, Cook K. **Postpartum characteristics of rectus abdominis on ultrasound imaging**. Man Ther. 2008;13:112-21. 241 Rett et al. Diástase dos músculos retoabdominais no puerpério
- Hoogenboom, Gerrit. **Water and Nitrogen Productivity of Maize under Semiarid Environments**. 2015.
- Gilleard WL, Brown JM. **Structure and function of the abdominal muscles in primigravid subjects during pregnancy and the immediate post birth period**. Phys Ther. 1996;76(7):750-62.
- Hodges PW. **Is there a role for transversus abdominis in lumbo-pelvic stability?** Man Ther. 1999;4(2):74-86.
- Hsia M, Jones S. **Natural resolution of rectus abdominis diastasis**. Two single case studies. Aust J Physiother. 2000;46(4):301-7.
- Huge BS, Kisner C. **Princípios de exercícios para a paciente obstétrica**. In: Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2005. p. 681-707.

Kapandji AL. **Fisiologia Articular: tronco e coluna vertebral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Músculos da parede abdominal: o oblíquo interno e o oblíquo externo; p. 100-1.

Lemos A, Caminha MA, Melo Junior EF, Andrade DA. **Avaliação da força muscular respiratória no terceiro trimestre de gestação**. Rev Bras Fisioter. 2005;9(2):151-6.

Liebman, **Estabilidade do core, anatomia ilustrada. 2015**.

Lo T, Candido G, Janssen P. **Diastasis of the recti abdominis in pregnancy: risk factors and treatment**. Physiother Can. 1999;(3)32-37.

Machado AV. Puerpério. In: Baracho E, editor. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 225-40.

Santos, Marta Silva. **Importância do core na funcionalidade de jovens e adultos**. 2018.

Mendes DA, Nahas FX, Veiga DF, Mendes FV, Figueiras RG, Gomes MC, et al. **Ultrasonography for measuring rectus abdominis muscles diastasis**. Acta Cir Bras. 2007;22(3):182-6.

Mesquita LA, Machado AV, Andrade AV. **Fisioterapia para redução da diástase dos músculos retos abdominais no pós-parto**. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999;21(5):267-72. 9. Strauhal MJ. Exercícios terapêuticos em obstetrícia. In: Hall CM, Brody LT. Exercício terapêutico na busca da função. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 215-34.

Moore KL. O abdome. In: Moore KL, editor. **Anatomia orientada para a clínica**. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. p. 117-23.

Nahas FX, Ferreira LM, Augusto SM, Ghelfond C. **Long-term follow-up correction of rectus diastasis**. Plast Reconstr Surg. 2005;115(6):1736-1741.

Oliveira BD, Andrade AD, Lemos A, Brito VC, Pedrosa ML, Silva TN. **Abdominal muscle electrical activity during labor expulsive stage: a cross-sectional study**. Rev Bras Fisioter. 2011;15(6):445-51.

Panjabi MM. **The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement**. J Spinal Disord. 1992;5(4):383-9.

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

Rett MT, Braga MD, Bernardes NO, Andrade SC. **Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltíparas**. Rev Bras Fisioter. 2009;13(4):275-80.

Sichieri, Rosely. **Consumo alimentar no Brasil e o desafio da alimentação saudável.** 2013.

Sapsford R. **Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization.** Man Ther. 2004;9(1):3-12.

Souza CAAR, Oliveira RA, Lima ACG. **Diástase dos músculos retos abdominais em puérperas na fase hospitalar.** Fisioter Bras. 2009;10(5):333-38.

Spitznagle TM, Leong FC, Van Dillen LR. **Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population.** Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2007;18(3):321-8.

Toronto IR. **The relief of low back pain with the WARP abdominoplasty: a preliminary report.** Plast Reconstr Surg. 1990;85(4):545-55

Turan V, Colluoglu C, Turkyilmaz E, Korucuoglu U. **Prevalence of diastasis recti abdominis in the population of young multiparous adults in Turkey.** Ginekol Pol. 2011;82(11):817-21.