



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

CLARA ELIS NUNES
RAYANNE SANTOS DA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES ACOMETIDAS
COM DISFUNÇÕES GINECOLÓGICAS NO PRÉ E PÓS PARTO**

Itaituba – PA
2023

CLARA ELIS NUNES
RAYANNE SANTOS DA COSTA

**A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES ACOMETIDAS
COM DISFUNÇÕES GINECOLÓGICAS NO PRÉ E PÓS PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do Título de
Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Lorena Galucio

Itaituba – PA
2023

CLARA ELIS NUNES
RAYANNE SANTOS DA COSTA

A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES ACOMETIDAS COM DISFUNÇÕES GINECOLÓGICAS NO PRÉ E PÓS PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do Título de
Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Lorena Galucio

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof.

Avaliador(a): _____ Nota: _____
Prof.

Avaliador(a): _____ Nota: _____
Prof.

Resultado: _____ Média:

Data: 2023

Dedico este trabalho ao Senhor Deus a quem me criou, me sustentou e concedeu-me coragem para chegar até aqui e que permitiu que tudo pudesse ser realizado. E aos meus pais por me darem amor, direcionamento e incentivo durante toda a vida.

“Clara”

Dedico este projeto a Deus, que me presenteia todos os dias com energia, força e coragem para atingir meus objetivos, seu fôlego de vida em mim, e meu sustento. Aos meus pais e irmão pelo incentivo e em memorial ao meu tio por todo apoio e carinho, até seu último suspiro.

“Rayanne”

AGRADECIMENTOS: CLARA

Agradeço, primeiramente, à Deus, por ter me sustentado e dado forças, saúde e persistência para cumprir com todas as tarefas que me foram dadas ao longo da minha graduação. A Ele agradeço por ter iluminado o meu caminho e me abençoado durante todo esse ciclo.

Aos meus pais, Sheila Nunes de Lima e Ivanhoé Alves de Lima Assunção, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos me encorajando e sendo minhas maiores inspirações de vida, por acreditarem e apoiarem meu sonho. Agradeço pelo amor, o apoio incondicional, pelas orações e incentivo ao longo de minha trajetória, especialmente por eles, dedico este trabalho.

Ao meu irmão, Ivan Lucas Nunes de Lima, que sempre foi minha maior alegria desde que nasceu, meu melhor amigo e o melhor presente que Deus me deu na vida.

Ao meu noivo, Edmilson Farias Silva Junior, que sempre esteve ao meu lado me apoiando e acreditando no meu potencial. Alguém que Deus me presenteou e mudou minha forma de viver, ao amor da minha vida e toda sua família agradeço pelas orações, incentivo e carinho.

Às minhas queridas avós, Maria Suzana dos Anjos Nunes e Elizete Alves de Lima, que me criaram e aconselharam com tanto amor e carinho.

Às minhas melhores amigas de curso, Marcela Bezerra Lima e Rayanne Santos da Costa, pelo apoio e compreensão ao longo desses anos de faculdade, que permitiram que essa caminhada fosse mais alegre. Agradeço por terem segurado minha mão em todos os momentos, que vivenciaram e vibraram juntamente comigo, a cada etapa vencida durante esses cinco anos de graduação.

À minha amiga e companheira de T.C.C., Rayanne Santos, por não ter desistido da nossa pesquisa e ter demonstrado compromisso, confiança, carinho e amizade. Agradeço do fundo do meu coração.

À minha orientadora Lorena Galucio, pela ajuda e orientação neste trabalho, e contribuição fundamental na minha formação.

À minha querida Prof^a e fisioterapeuta Kássia Nayara Melo, pelas imensuráveis palavras de consolo nos momentos de desamino, pela ajuda, compreensão e amizade. Agradeço a todos os professores, pelos ensinamentos durante a minha

formação acadêmica. Aos colegas de faculdade que de alguma forma me incentivaram e ajudaram em cada etapa de graduação.

À todas as outras pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte desta etapa da minha vida e colaboraram com o sucesso deste trabalho.

Por fim, volto a agradecer de todo o meu ser, ao meu Deus, e dizer que este trabalho é conquista que teve a benção de Deus e é a Ele que dedico cada palavra que o mesmo contém. O meu sonho de formação de curso foi realização d'Ele por isso serei eternamente grata. Obrigada Deus!

AGRADECIMENTOS: RAYANNE

A Deus agradeço primeiramente, por ter me sustentado e iluminado meu caminho todos os dias, pela força e proteção com me concedestes para trilhar a longa caminhada até a conclusão da graduação em fisioterapia, por nos momentos de angústia ser meu abrigo e colo genuíno, por toda paciência, sabedoria e saúde que me presenteaste, por ter me livrado dos piores momentos e salvado minha vida nos acontecimentos imprevistos, e me mostrado que posso alcançar todos meus sonhos e metas, com muito esforço e determinação, pois estará sempre ao meu lado.

A minha mãe Ione do Socorro Mata dos Santos, que não saiu do meu lado, que me apoiou em todas minhas decisões, que é minha melhor amiga, confidente e meu colo de aconchego, que tira meus melhores sorrisos quando estou desanimada, que se preocupa a cada mínimo detalhe, que demonstra amor, admiração e orgulho a todo momento, ao meu pai Ronaldo Costa, pelo companheirismo nesses 5 anos de graduação, por estar presente, e me incentivar a continuar o longo caminho, e por toda dedicação e amor.

Ao meu irmão Rallyson Cristian Santos da Ressurreição, por todo apoio e conselhos, por alegrar os meus dias e ser presente em minha vida, pelas brincadeiras e aconchego, por me distrair dos meus gigantes a serem enfrentados, e trazer leveza a minha vida, a minha cunhada Linoelma Carvalho Bezerra, por estar presente em nossas vidas, por toda ajuda e apoio nos momentos difíceis, e estar presente juntamente com meu irmão Ihe fazendo feliz.

Em memorial ao meu tio, Raimundo Nonato Leal da Ressurreição, pelo incentivo a todos os dias da minha vida, pelo cuidado e dedicação na minha formação pessoal e profissional, por todos momentos de alegrias compartilhados, pelo amor, abraços aconchegantes e seus conselhos, por tornar o ambiente sempre leve ao redor de seus familiares e amigos.

As minhas melhores amigas, Marcela Lima Bezerra e Clara Elis Nunes, por estarem ao meu lado nos 5 anos de graduação, por tornar essa longa caminhada mais doce e feliz, recheadas de risos e carinho, que essa amizade possa durar o nosso “para sempre”.

A minha parceira de TCC, Clara Elis Nunes, que esteve ao meu lado durante o curso, enfrentando todas as barreiras desde pessoais a criação deste projeto,

agradeço por sua dedicação e empenho, por ter feito tudo com carinho e calma, lutado ao meu lado para que hoje estivéssemos conquistando nossa tão sonhada graduação.

Ao meu namorado, companheiro de vida, Ezequiel Silva Pimentel, por estar comigo e me apoiar em todas as decisões, por ser meu melhor amigo, por toda paciência, calma e gentileza comigo, por seu empenho e dedicação para que eu conseguisse concluir esse projeto e graduação, por mudar a minha vida e tornar essa caminhada leve, e tornar os meus dias mais genuínos.

A professora Kassia Nayara Melo, por todos conselhos para que eu me torne uma profissional cada vez melhor, por palavras de consolo e força em momentos de desânimo, pelo incentivo para descobrir minha vocação dentro da graduação, pelas oportunidades oferecidas para aumentar minha experiência, por toda dedicação para nos oferecer o melhor ensino, como professora, amiga e profissional.

A todos os demais professores, por serem os apoios para que eu alavanque na vida profissional, agradeço por toda dedicação e ensinamento, aos acadêmicos que estiveram nessa caminhada, pelo incentivo e colaboração para minha formação.

A orientadora Lorena Galúcio, por todo empenho e orientação nesse projeto, e por contribuir na minha formação. Aos demais colegas que passaram por minha vida, nesse trilhar de 5 anos, que me incentivaram de forma direta e indireta em minha graduação.

Retorno a agradecer a Deus, pelas bênçãos sobre minha vida, “Eu te louvarei, por que de um modo tão admirável e maravilhoso fui formado; maravilhosas são as tuas obras, e a minha alma o sabe muito bem (salmos 139:14)”.

*EBENÉZER, dizendo: “Até aqui o Senhor
nos ajudou.”*

1 Samuel 7:12

RESUMO

A gestação é um processo fisiológico de mudanças no corpo feminino, provocado pelas alterações hormonais, biomecânicas, podendo gerar déficits uroginecológicos, as mulheres passam por certas fases e períodos da vida que são determinados por mudanças físicas, hormonais, psicológicas e essas mudanças resultam em um enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, que na mulher pode causar: disfunção sexual, incontinência urinária e incontinência urinária e fecal, prolapso genital, insatisfação sexual e mudanças nas respostas sexuais. O objetivo geral do presente estudo foi identificar a importância e os tipos de tratamento e benefícios da fisioterapia pélvica durante a gestação e pós-parto em pacientes que apresentam disfunções ginecológicas. As disfunções ginecológicas podem ter uma ampla gravidade corporal e emocional na mulher, com as sequelas deixadas durante a gestação e pós-parto, mostrando a importante atuação da fisioterapia pélvica, apontando evidências clara através de pesquisas bibliográficas, na melhoria dos tratamentos fisioterapêuticos nas disfunções ginecológicas, além de contribuir para o conhecimento acadêmico acerca da temática, na aplicação da fisioterapia pélvica. Essa pesquisa foi realizada através de um estudo integrativo de revisão da literatura que aborda qualitativamente os principais trabalhos sobre o tema em questão. Os dados secundários foram coletados nas principais bases de dados eletrônicas disponíveis. O período da gravidez é difícil para uma gestante devido às mudanças fisiológicas e anatômicas que ocorrem em seu corpo, para poder fornecer o suficiente para o desenvolvimento do feto. A fisioterapia pélvica para disfunção ginecológica é aprimorada por exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico para fortalecer esse músculo, o que ajuda a mulher a reduzir as lesões pós-parto. O fisioterapeuta é essencial em todo o processo de saúde, pois é necessária uma orientação multidisciplinar para um atendimento holístico da mulher nessa fase.

Palavras-Chave: Gestação. Fisioterapia. Disfunções Ginecológicas. Saúde. Fisioterapeuta.

ABSTRACT

Pregnancy is a physiological process of changes in the female body, caused by hormonal, biomechanical changes, which can generate urogynecological deficits, women go through certain phases and periods of life that are determined by physical, hormonal, psychological changes and these changes result in a weakening of the pelvic floor musculature, which in women can cause: sexual dysfunction, urinary incontinence and urinary and fecal incontinence, genital prolapse, sexual dissatisfaction and changes in sexual responses. The general objective of the present study was to identify the importance and types of treatment and benefits of pelvic physiotherapy during pregnancy and postpartum in patients with gynecological disorders. Gynecological dysfunctions can have a wide body and emotional severity in women, with sequelae left during pregnancy and postpartum, showing the important role of pelvic physiotherapy, pointing out clear evidence through bibliographical research, in the improvement of physiotherapeutic treatments in gynecological dysfunctions, in addition to contributing to academic knowledge about the subject, in the application of pelvic physiotherapy. This research was carried out through an integrative literature review study that qualitatively addresses the main works on the subject in question. Secondary data were collected from the main available electronic databases. The period of pregnancy is difficult for a pregnant woman due to the physiological and anatomical changes that take place in her body in order to be able to provide enough for the development of the fetus. Pelvic physical therapy for gynecological dysfunction is enhanced by pelvic floor strengthening exercises to strengthen this muscle, which helps a woman to reduce postpartum injuries. The physiotherapist is essential throughout the health process, as multidisciplinary guidance is required for a holistic care of women at this stage.

Keywords: Gestation. Physiotherapy. Gynecological Disorders. Health. Physiotherapist.

LISTA DE QUADROS

Quadro- 1	Disfunções Ginecológicas. Fonte: Nunes e Costa (2023).....	35
Quadro- 2	Fisioterapia Pélvica para Disfunções Ginecológicas. Fonte: Nunes e Costa (2023).....	39
Quadro- 3	Fisioterapeuta e o Processo Gestacional. Fonte Nunes e Costa (2023).....	44

LISTA DE SIGLAS

DAP- Disfunção do Assoalho Pélvico
FSF- Função Sexual Feminina
IU- Incontinência Urinária
IF- Incontinência Fecal
IUU- Incontinência Urinária por Urgência
IUE- Incontinência Urinária por Esforço
IUM- Incontinência Urinária Mista
LILACS- Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEAC- Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MAP- Musculatura do Assoalho Pélvico
PP- Pavimento Pélvico
POP- Prolapso de Órgãos Pélvicos
PFPT- Fisioterapia do Assoalho Pélvico
PFMT- Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico
SUS- Sistema Único de Saúde
SCIELO- Scientific Electronic Library Online

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 SISTEMA REPRODUTOR FEMININO	15
2.2 ESTRUTURAS EXTERNAS	15
2.3 ESTRUTURAS INTERNAS	17
2.4 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO	21
2.5 DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	22
2.6 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO	28
3 METODOLOGIA	30
3.1 TIPO DE PESQUISA	30
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	31
3.3 COLETA DE DADOS E ANÁLISE	31
3.4 RISCOS E BENEFÍCIOS	32
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico de mudanças no corpo feminino, provocado pelas alterações hormonais, biomecânicas, podendo gerar déficits uroginecológicos (BOEIRA, 2021). Fortes mudanças físicas, hormonais e psicológicas decorrentes da gravidez tornam esse período caracterizado por labilidade emocional e ambivalência afetiva. Assim, as gestantes sofrem com o estresse, ansiedade e tristeza durante a gravidez, sendo esse um processo complexo e que necessita de alta atenção à saúde para a mulher (KLIEMANN; BOING; CREPALDI, 2017).

As mulheres passam por certas fases e períodos da vida que são determinados por mudanças físicas, hormonais, psicológicas e essas mudanças resultam em um enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico, que na mulher pode causar: disfunção sexual, incontinência urinária e incontinência urinária e fecal, prolapso genital, insatisfação sexual e mudanças nas respostas sexuais (NAGAMINE; DANTAS; SILVA, 2021).

Durante a gravidez, as mulheres experimentam diversas alterações fisiológicas e funcionais. Algumas dessas alterações podem causar desconforto ou até dor à gestante, limitando seu cotidiano e afetando diretamente sua qualidade de vida. O aumento dos sintomas dolorosos desencadeia uma busca constante por meios terapêuticos para aliviá-los. A fisioterapia desempenha um papel importante nesse processo, proporcionando experiências em um contexto interdisciplinar que auxiliam as gestantes e seus familiares a prevenir e gerenciar diversas alterações gestacionais de acordo com seu conhecimento (SILVA *et al.*, 2019).

Dessa forma, com base em uma leitura adequada da literatura formulou-se as seguintes questões norteadoras: qual a importância da fisioterapia pélvica em mulheres que apresentam disfunções uroginecológicas, durante o período gestacional e no pós-parto? quais são os principais resultados apresentados na melhoria das sequelas e qualidade de vida dessas pacientes?

O objetivo geral do presente estudo foi identificar a importância e os tipos de tratamento e benefícios da fisioterapia pélvica durante a gestação e pós-parto em pacientes que apresentam disfunções ginecológicas. Sob os seguintes objetivos específicos: identificar as principais disfunções ginecológicas que ocorrem no pré- e pós parto, evidenciar as principais ações da fisioterapia pélvica para pacientes com

disfunções ginecológicas e contextualizar sobre a importância do fisioterapeuta durante todo o processo gestacional.

Diante de tal contexto, essa monografia se justifica por demonstrar que as disfunções ginecológicas podem ter uma ampla gravidade corporal e emocional na mulher durante a gestação e no pós-parto, mostrando a importante atuação da fisioterapia pélvica. Posto isso, apontando evidências claras através de pesquisas bibliográficas na melhoria dos tratamentos fisioterapêuticos nas disfunções ginecológicas, além de contribuir para o conhecimento acadêmico acerca da temática, sobre a aplicação da fisioterapia pélvica.

Nessa perspectiva, essa pesquisa foi definida como um estudo integrativo de revisão da literatura que aborda qualitativamente os principais trabalhos sobre o tema em questão. Os dados secundários foram coletados nas principais bases de dados eletrônicas disponíveis, sendo as mais importantes: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Periódicos Capes. Seguindo as seguintes palavras chave: Disfunções ginecológicas, gestação, fisioterapia na gestação e pré-natal.

O trabalho foi dividido em cinco partes, começando com uma introdução que destaca a problemática da pesquisa, objetivos e justificativa. Na segunda parte, apresenta-se a fundamentação teórica, que é o embasamento teórico da monografia. A metodologia é a terceira parte, por meio da qual são descritos os meios utilizados pelos pesquisadores para obter os resultados da pesquisa. Nos resultados e discussão, foi feita uma comparação e discussão dos estudos selecionados. A conclusão é a última parte que resume os resultados e retoma a ideia central da monografia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor feminino é constituído por estruturas internas e externas. As estruturas externas são visualizadas e se estende do púbis até o períneo, já as estruturas externas estão localizadas dentro da cavidade pélvica (LOWDERMILK *et al.*, 2012).

Esse conjunto de estruturas se desenvolvem e amadurecem pela presença dos principais hormônios (estrogênio e progesterona) durante todo o ciclo de crescimento do corpo feminino desde a vida fetal, durante a puberdade e na fase reprodutiva. O funcionamento dessas estruturas é mantido por um complexo suprimento nervoso e sanguíneo totalmente vascularizado, e a aparência dos genitais externos é diversificado, pois varia muito de mulheres cuja a sua hereditariedade, raça, idade e o número de partos. São estruturas que desenvolvem o processo de envelhecimento ao chegar na idade permitindo que se atrofiam ou também pela redução na produção do hormônio ovariano (LOWDERMILK, 2012).

2.2 ESTRUTURAS EXTERNAS

A genitália feminina externa, ou vulva é composta pelas estruturas externas visíveis: o monte pubiano, os lábios maiores, os lábios menores, as glândulas vestibulares, o clitóris, o vestíbulo vaginal, o orifício vaginal e a abertura uretral. Esse conjunto de estruturas se estende do púbis até o períneo (LOWDERMILK, 2012).

2.2.1 Monte pubiano

É considerado como uma eminência triangular localizado na superfície anterior da sínfise pubiana e juntando-se a parede abdominal. Além de ser formado por um coxim gorduroso de tecido adiposo coberto por uma camada de pele e pelos (MORAIS, 2012).

2.2.2 Lábios maiores e Lábios menores

Os lábios maiores são um par de pregas cutâneas cobertas com pele e estendendo-se para baixo e para trás do monte pubiano, encontrado na direção da linha média e cobertos por pele com pelos. É uma região rica por glândulas sebáceas, endócrinas e exócrinas (MORAIS, 2012).

Os lábios menores são um par de pregas avermelhadas planas de tecido localizados no interior da vagina e visíveis quando os lábios maiores são separados. Sua região interior é composta por tecido conjuntivo e musculatura lisa, sendo suprido por terminações nervosas altamente sensíveis. Além de apresentar folículos sebáceos e glândulas sudoríparas. Na sua face anterior, os lábios menores se unem formando o prepúcio (cobertura do clitóris) e o frênulo (prega de tecido sob o clitóris) e, embaixo da cobertura vaginal está o frênulo dos lábios menores do pudendo que é formado pelo os lábios maiores (LOWDERMILK, 2012).

2.2.3 Clitóris e Vestíbulo Vaginal

O clitóris é uma pequena estrutura formada por dois corpos de tecido erétil com inúmeras terminações nervosas bastante sensíveis, localizado embaixo do prepúcio e anteriormente aos lábios menores. O corpo chamado prepúcio do clitóris é uma camada de pele formada pela junção dos lábios menores do pudendo que se unem e protege o clitóris. O clitóris aumenta seu tamanho quando se há estímulos sexuais ativados (MORAIS, 2012).

O vestíbulo vaginal é uma área de característica amendoada envolvida pelos lábios menores e nela contém a passagem para a uretra, glândulas de Skene, a vagina e a glândula de Bartholin (LOWDERMILK, 2012).

2.2.4 Glândulas de Skene e Glândulas de Bartholin

São glândulas localizadas a cada lado da uretra que ajudam na lubrificação da vagina e produção de muco. As glândulas de Bartholin estão localizadas sob os músculos constritores da vagina, posteriormente nos lados da abertura vaginal e produzem um muco de cor clara para lubrificação vaginal (LOWDERMILK, 2012).

2.2.5 Abertura Vaginal e períneo

A abertura vaginal localiza-se na parte inferior da porção do vestíbulo e difere de tamanho e formato em cada corpo (LOWDERMILK, 2012).

O períneo está localizado na extremidade inferior do corpo entre as nádegas, seus limites ósseos são a borda inferior do osso púbico na frente, a ponta do osso púbico atrás e os tubérculos do osso ilíaco lateralmente. Esses marcos correspondem aos limites da abertura pélvica inferior (MORAIS, 2012).

2.3 ESTRUTURAS INTERNAS

As estruturas internas da região pelve feminina é composta pela vagina, o útero, as tubas uterinas e os ovários (LOWDERMILK, 2012).

2.3.1 Vagina

A vagina é um órgão oco de estrutura fibromuscular tubular colapsável e estende-se do vestíbulo vulvar até o útero e repousa entre a bexiga e o reto. Está direcionada posteriormente na direção do sacro, sua extremidade superior está ligada ao útero acima da cérvix. A vagina apresenta espaços fôrnices vaginais anterior, posterior e laterais (espaços entre a cérvix e vagina) e, sua parede vaginal posterior é mais longa medindo cerca de 3 cm que a parede vaginal anterior (BEREK, 2014).

Segundo Berek 2014, a vagina apresenta uma ligação entre à parede pélvica lateral e as conexões fâscias endopélvicas a linha branca (arco tendíneo). O lúmen vaginal realiza uma abertura transversa com as paredes anterior e posterior em posição que ocorre por causa das conexões fâscias endopélvicas. A vagina é composta pelo sulco vaginal que é o encontro das duas paredes vaginais.

A vagina apresenta um revestimento mucoso de pregas transversas denominado de rugas. Essas rugas realizam a expansão da vagina durante o trabalho de parto. Já no período do puerpério, na lactação e até mesmo da menopausa, essas rugas apresentam um aspecto mais liso, enquanto que as paredes vaginais torna-se mais secas e finas. Há uma redução de infecções devido a área vaginal ser bastante ácida (pH de 4 a 5) e atua na passagem do fluxo menstrual, na copulação e canal de nascimento (parto vaginal) (LOWDERMILK, 2012).

2.3.2 Útero

Segundo Lowdermilk 2012, o útero é um órgão muscular que está localizado na linha média da cavidade pélvica entre a bexiga, o reto e acima da vagina. Apresenta quatro pares de ligamentos que realiza a sustentação do útero, são eles: o ligamento cardinal, ligamento uterossacral, o ligamento redondo e o ligamento largo, além dos ligamentos anterior e posterior. Sua divisão é formada por duas partes importantes: o corpo e a cérvix. O corpo caracteriza-se por uma porção triangular superior, enquanto a cérvix em uma porção cilíndrica inferior.

A cérvix é uma superfície arredondada convexa com abertura circular para o canal endocervical. Apresenta cerca de 2 a 3 cm de comprimento e abre-se próximo à cavidade endometrial no orifício interno (BEREK, 2014). Ela é composta de tecido conjuntivo fibroso e tecido elástico, que possibilita no estiramento durante o parto vaginal (LOWDERMILK, 2012).

O útero é o órgão responsável pela recepção, a implementação, a retenção e a nutrição do óvulo fertilizado ao feto, além da expulsão do feto durante o trabalho de parto e controle da menstruação cíclica (LOWDERMILK, 2012).

2.3.3 Tubas Uterinas e Ovários

As tubas uterinas são representadas por estruturas ocas e suas extremidades são próximas ao ducto Muller, medindo de 7 a 12 cm de comprimento. Sua função é captar o ovulo, fornece um ambiente físico para conceber, preparar e nutrir o ovulo fertilizado (MORAIS, 2012).

Os ovários são estruturas amendoada que se localizam ao lado de cada útero, abaixo e atrás das tubas uterinas. Seu comprimento é de aproximadamente 3 cm, 2 cm de largura e 1 cm de espessura durante o período reprodutivo. Quando chega a menopausa os ovários diminuem o seu tamanho e tornam-se estruturas nodulares devido às séries de rupturas dos folículos na ovulação. A sua função baseia-se na ovulação e produção de hormônios (LOWDERMILK, 2012).

2.3.4 Pelve óssea

A cavidade pélvica é formada por ossos, ligamentos, órgãos e músculos que juntos favorecem para a funcionabilidade pélvica. A cavidade pélvica está localizada anteriormente pelo púbis, lateralmente pelos ossos ílio e ísquio, posteriormente e inferiormente pelo sacro e o cóccix (SILVA, 2012). Segundo Pinheiro (2013), a pelve é composta por quatro ossos que realiza a função de suporte ósseo do períneo, são eles: dois íleos, o sacro e o cóccix. Há dois triângulos que constituem o períneo: o anterior através dos espaços urogenitais onde encontra-se a uretra e a vagina, e o posterior constituído pelo espaço retal, localizado o ânus.

A pelve possui três funções primárias, são elas: proteção das estruturas pélvicas, acomodação do feto durante o período gestacional e ancoragem das estruturas pélvicas de apoio. A pelve é dividida em duas partes, a primeira é descrita como pelve falsa porque apresenta uma maior porção e está acima da margem pélvica. A segunda é denominada de pelve verdadeira, pois sua porção óssea é menor, mais inferior e curvada, onde ocorre a entrada, passagem e saída do feto durante o trabalho de parto vaginal (LOWDERMILK, 2012).

A pelve apresenta diferentes locais de inserção de ligamentos, fáscias e músculos. O ligamento sacro espinhoso tem uma forma triangular e, estende-se da espinha isquiática até a borda lateral do sacro e do cóccix e, o ligamento sacro tuberoso anteriormente, respectivamente estão localizados superiormente e inferiormente o forame isquiático maior e menor. A cavidade pélvica recebe os órgãos internos que conseqüentemente sofre ação da fáscia, dos ligamentos e músculos (ANDRADE, 2021).

Segundo Pinheiro (2013), a pelve é estabilizada pelos fortes ligamentos, articulações e músculos. Os ligamentos juntam-se as paredes da pelve óssea permitindo assim uma estabilização e suporte das forças externas. Os ligamentos vertebro pélvicos que garante a limitação de movimentos externos e indesejados. Os ligamentos ileolombares que fazem união ao osso íleo e a vértebra L5. Os ligamentos sacrílicos anteriores, posteriores e interósseo estão relacionados às articulações sacrílicas como reforço dos ossos e os ligamentos sacrotuberal e sacro espinhal que unem o osso sacro e ísquio.

Durante o período gestacional da mulher os ligamentos sacrílicos e vertebro pélvicos tornam-se mais frouxos e flexíveis tornando os movimentos pélvicos e região

lombar da coluna mais livres. Além do relaxamento da sínfise púbica em resposta ao hormônio relaxina (PINHEIRO, 2013).

2.3.5 Assoalho pélvico

O assoalho pélvico é a região formado pelas estruturas envolta do peritônio e a pele da vulva. É constituído por músculos, ligamentos e fáscias que ajudam no suporte dos órgãos pélvicos, realiza o controle da continência urinária e fecal, e os efeitos da pressão intra-abdominal. O assoalho pélvico feminino apresenta três estruturas tubulares perfuradas: a uretra, a vagina anteriormente respectivamente, e o ânus posteriormente (MORAIS, 2012).

O assoalho pélvico é constituído por fibras musculares do tipo I e II. As fibras musculares do tipo I são de contração lenta e resistentes, pois apresentam um número maior de mitocôndrias e conserva a musculatura quando em repouso. Já as fibras musculares do tipo II fazem parte da musculatura do assoalho pélvico e realizam contrações rápidas, na qual permite que a musculatura corresponda de maneira imediata as alterações por pressão e fadiga pela alta demanda de glicogênio (SANTOS, 2015).

Segundo Santos (2015), o objetivo principal do assoalho pélvico é sustentar as vísceras pélvicas e abdominais que realiza funções miccionais e fecais, além de atuar nas funções sexuais e durante o trabalho de parto. É definido como um conjunto de músculos, ligamentos e fáscias que realizam o fechamento da pelve e apresentam três aberturas sendo elas a uretra, a vagina e o ânus.

O assoalho pélvico é constituído por dois diafragmas (o diafragma pélvico e o diafragma urogenital) e uma fáscia (fáscia endopélvica), na qual desempenham a função de suporte das pressões abdominais causadas pelo aumento da força que leva as vísceras abdominais e pélvicas pressionar o assoalho pélvico. O diafragma pélvico é formado pelos músculos levantador do ânus (pubococcígeo) e o isquiococcígeo, tendo o músculo levantador do ânus como o principal músculo do assoalho pélvico e o mais importante pois apresenta fibras musculares de diferentes inserções e locais. O diafragma urogenital é composto pelos músculos transversos superficial do períneo, transverso profundo do períneo (principal), o bulbo cavernoso, isquiocavernoso, os esfíncteres anal e uretral externo (SANTOS, 2015).

2.4 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DA GESTAÇÃO

2.4.1 Gestação

A gestação é o processo biológico natural onde ocorre mudanças físicas e psíquicas no organismo feminino, que necessitam de cuidados especiais pela gestante, familiares e profissionais de saúde (MANN *et al.*, 2010). Durante o período gravídico, o organismo feminino passa por inúmeras alterações, fisiológicas, bioquímicas e anatômicas, com o objetivo de estar propício para o desenvolvimento do feto (ZUGAIB, 2012).

A gestante apresenta um “pool” hormonal, no início da gestação, que resulta no aumento do volume sanguíneo irrigados para todos os tecidos, gerando modificações nos órgãos reprodutores, que vão aumentando gradativamente de tamanho (NOGUEIRA; SANTOS, 2012).

2.4.2 Alterações no assoalho pélvico

No assoalho pélvico, os hormônios estrogênio e relaxina atuam no metabolismo do tecido conjuntivo durante o período gravídico, induzindo o remodelamento do colágeno e favorece para o aumento da distensibilidade dos tecidos que fazem parte do canal do parto, para uma maior flexibilidade de todas as articulações, em especial a sínfise púbica e articulação sacro-ilíaca (PETRICELLI, 2013).

O crescimento do diâmetro transversal e anteroposterior na pelve, resulta no aumento uterino e uma sobrecarga excessiva sobre o assoalho pélvico, diminuindo a força e o tônus muscular e influenciando na qualidade da contração muscular. A relaxina pode deslocar o colo vesical para baixo por conta do aumento hídrico que relaxa o cinturão pélvico, já a progesterona diminui a pressão máxima de fechamento uretral e o tônus do assoalho pélvico, com efeito na mobilidade do colo vesical e da uretra proximal, levando a perda urinária (PETRICELLI, 2013).

2.4.3 Alterações hormonais

Na gravidez, a placenta forma quantidade especialmente grande de Gonadotropina Coriônica humana, Estrogênios, Progesterona e Somatotropina coriônica humana, são hormônios que causam alterações no corpo gravídico normal,

porém algumas alterações nas mulheres contribuem para que haja as disfunções musculoesqueléticas que geram dor e limitação em suas atividades diárias (SOUZA, 2002; HALL, 2011; PORTER, 2005; FIRMENTO *et al.*, 2012).

A progesterona diminui o tônus dos músculos lisos, que geram sensibilidade ao CO₂ no centro respiratório ocasionando o aumento da temperatura materna, já o estrogênio atua na lactação preparando a mama para a produção do leite, colaborando para o crescimento uterino e das mamas, e prepara a relaxina que vai aumentar a flexibilidade e extensibilidade do assoalho pélvico e fáscia abdominal (PORTER, 2005; HALL, 2011). As alterações hormonais provocam um aumento na extensibilidade e flexibilidade das articulações, aumentar a retenção hídrica e isso também afeta o sistema musculo esquelético (BURG, 2016).

2.4.4 Alterações posturais

As gestantes apresentam importantes alterações na coluna vertebral, resultado do aumento do útero gravídico, onde há mudança do centro de gravidade que gera uma hiperlordose lombar, assim gerando dor lombar (HAKAMADA *et al.*, 1996; PEREIRA *et al.*, 2002). Portanto, a desorganização das curvaturas da coluna vertebral resultante de posturas adaptativas, de acordo com o aumento abdominal, que resulta no aumento do ângulo lombossacro e inclinação anterior da pelve, assim como as alterações no alongamento dos músculos reto abdominais (SOUZA, 2002).

As alterações são notáveis principalmente após a 20^a semana de gravidez, com o crescimento abdominal e das mamas, como consequência, resultam em mudanças na sobrecarga de peso nos pés, principalmente região calcânea e diminuição do seu arco longitudinal medial, hiperextensão dos joelhos, inclinação anterior da pelve, hiperlordose lombar e tensão da musculatura paravertebral (BARACHO, 2007).

2.5 DISFUNÇÕES GINECOLÓGICAS

São lesões nas estruturas que envolvem o pavimento pélvico, onde a mulher pode sofrer diferentes condições sintomáticas e físicas de patologias pélvicas como: incontinência urinária e fecal, prolapso de distintos órgãos pélvicos e até disfunções sexuais (SILVA, 2012).

2.5.1 Incontinência Urinária

Conforme SILVA *et al.*, (2017) a incontinência urinária (IU) é apresentada como uma perda de urina de modo involuntário, sendo classificada em três tipos conforme a Sociedade Internacional de Continência (ICS), como incontinência urinária por esforço (IUE), incontinência urinária por urgência (IUU) e incontinência urinária mista (IUM).

A incontinência urinária por esforço (IUE) é a perda de urina associada ao aumento da pressão intra-abdominal durante atividades, como tosse, rir, espirrar, movimentos de impacto ou agachar. A incontinência urinária por urgência (IUU) é definida como a bexiga hiperativa, havendo ou não a hiperatividade do músculo detrusor e incontinência urinária mista (IUM), quando há fatores de IU por esforço e de urgência reunidos (WALLACE.; MILLER.; MISHRAA, 2019).

A incontinência urinária é uma perda involuntária de urina, mais frequente em mulheres durante a gravidez ou no período pós-parto. É classificada como incontinência urinária de esforço (perda involuntária de urina por esforço físico), incontinência urinária de urgência (perda involuntária após uma necessidade súbita de urinar) e incontinência urinária mista é quando apresenta sintomas de incontinência urinária de esforço e de urgência. Visto que a incontinência urinária de esforço é mais comumente associada à gravidez e ao período pós-natal, embora haja um pequeno, mas significativo aumento no risco de incontinência urinária de urgência (WOODLEY *et al.*, 2020).

Segundo Woodley (2020), a prevalência de incontinência urinária (IU) aumenta durante a gravidez (particularmente no segundo trimestre) e depois diminui gradualmente durante o primeiro ano pós-parto. Além de outros fatores de riscos associados a uma maior prevalência a incontinência urinária (IU) nos casos de gestantes com alto índice de massa corporal (IMC), idade, incontinência urinária antes ou durante a gravidez, números de parto vaginal, alto peso do bebê ao nascer, partos vaginais operatórios ou traumas do esfíncter perineal ou anal.

2.5.2 Características Fisiopatológicas da Incontinência Urinária

Os fatores fisiológicos da continência urinária sem patologia ligada ao trato urinário desencadeiam os mecanismos de controle central e periférico do corpo. Quando há informações da inervação somática e autônoma do trato urinário, provenientes do córtex central, tronco encefálico e medula espinal são resultantes do mecanismo de controle central. Já os mecanismos de controle periférico são provenientes de estruturas como a uretra e a bexiga, juntamente com todos os músculos, fáscias e ligamentos do pavimento pélvico (SILVA, 2012).

Esses dois mecanismos sustentam o que chamamos de continência urinária de sua forma integrada e funcionante, porém quando a funcionalidade de um dos mecanismos, ou dos dois é comprometida, logo apresentam características patológicas. De acordo com Silva (2012), existem várias teorias para explicar a fisiopatologia da incontinência urinária bem como: as alterações no eixo uretrovesical, a disfunção intrínseca do esfíncter urinário, Teoria de Hammock e Teoria integral.

A teoria das alterações no eixo uretrovesical é apresentada como um deslocamento da uretra e da junção uretrovesical com a junção da sínfise púbica onde apresenta um defeito na transmissão de pressão entre a bexiga e a uretra fazendo com que não tenha uma pressão suficientemente para fechar o esfíncter urinário. Já a teoria da disfunção intrínseca do esfíncter urinário é quando o mecanismo esfinteriano apresenta anormal, caracterizando-se pela abertura do colo vesical ou pelo relaxamento da uretra proximal em situações que requer esforço (SILVA, 2012).

Segundo Silva (2012), a teoria de Hammock diz que quando há déficits na estrutura da fáscia endopélvica e na parede vaginal anterior apresenta-se uma transmissão inadequada de pressão ao colo vesical e à uretra proximal. Na qual a teoria integral sustenta-se pela ausência de elasticidade da parede vaginal anterior onde ocorre a produção e ativação dos receptores de estiramento do colo vesical e na uretra proximal, que resulta no reflexo de micção inapropriado causando a superatividade do músculo detrusor e o desaparecimento das pressões do fecho uretral.

2.5.3 Incontinência Fecal

A incontinência fecal é o vazamento intestinal acidental, mais conhecida como a perda involuntária de fezes sólidas ou líquidas e é considerada menos comum que

a incontinência urinária (IU). Há outro tipo de incontinência de causa associada chamada de incontinência de flatos. A incontinência anal é um termo utilizado para descrever a perda involuntária de fezes ou flatos (WOODLEY *et al.*, 2020).

O diagnóstico da incontinência fecal é dificultado por razão da relutância e constrangimento de mulheres que apresentam a incontinência fecal (IF). De alguma forma, a incontinência fecal (IF) pode estar presente durante a gravidez em mães primíparas, com prevalência de até 12% a 35% para incontinência plana e 2,0% a 9,5% para perda de fezes formadas (WOODLEY *et al.*, 2020).

Os sintomas são apresentados desde flatos para a perda involuntária das fezes, esses sintomas surgem e podem persistir até os três meses de pós-parto. Cerca de 31% das puérperas primíparas com IF ao longo prazo podem relatar a perda involuntária de flatos persistindo assim entre seis e doze anos após o parto e 9% a 21% podem relatar perda de fezes formadas (MACARTHUR, 2013).

2.5.4 Características Fisiopatológicas da Incontinência Fecal

Segundo Silva (2012), a incontinência fecal pode apresentar várias causas fisiopatológicas sendo mais comuns as desordens nos esfíncteres anais e neuropatias do nervo pudendo. Se enquadram como causas: anormalidades nos esfíncteres (80 – 90%), neuropatia (20-35%), problema congênito, compliance inadequada (<5%), sensação inadequada (<5%), alteração da consistência das fezes, retenção anormal das fezes e condições idiopáticas.

A região retal apresenta-se por duas características importantes para a continência fecal: a compliance e a sensação retal. O músculo puborretal é responsável por manter o ângulo entre o reto e o ânus, e permanece parcialmente contraído, além de ser enervado pelo nervo pudendo que voluntariamente é contraído para restringir o reto e prevenir incontinências fecais. Durante a evacuação o reto permanece relaxado para armazenar as fezes e uma compliance diminuída contribui para a incontinência fecal não conseguindo evitar a defecação por contração dos músculos do pavimento pélvico (SILVA, 2012).

Ao contrário da compliance diminuta, quando ocorre uma compliance superior ou aumentada, a percepção de preenchimento do reto diminui, dilatando o esfíncter anal interno e, conseqüentemente a liberação de fezes. Uma segunda características

é quando ocorre uma lesão dos nervos responsáveis pela atividade do esfíncter e sensibilidade retal, geralmente causada durante o trabalho de parto, esforços frequentes, prolongados e intensos de evacuação e doenças do foro neurológico (SILVA, 2012).

Conforme Silva (2012), essas lesões podem gerar a perda da elasticidade do reto, diminuição de sua capacidade e acumulação rápida de fezes, sendo assim, resultando em uma intensa sensação retal não controlada.

2.5.5 Vaginismo

O vaginismo é caracterizado como a contração persistente na penetração vaginal com o pênis, dedo, tampão, ocasionando espasmo com antecipação da introdução vaginal. A contração acontece nos músculos perineais e elevador do ânus, variando a intensidade em leve, tolerante a penetração, a grave sendo impossibilitado de haver penetração, resultando na contração dos músculos do assoalho pélvico e adutores da coxa, impedindo o ato sexual. Um fator preditor é o estresse, complicações interpessoais e problemas conjugais (AVEIRO, 2009).

O vaginismo pode ser classificado em primário, quando a mulher é incapaz de manter relações sexuais devido às contrações involuntárias da parede da vagina e o processo doloroso; o secundário ocorre quando a mulher eventualmente teve relações sexuais, porém não é mais hábil a mantê-las devido à mesma etiologia (AVEIRO 2009). A paciente que possui o vaginismo total abstém-se do coito, já no vaginismo parcial, há relação sexual com a presença de dor e queimação durante ou após a relação sexual (ENGMAN; WIJMA; WIJMA, 2007).

A etiologia do vaginismo não esclarecida, porém, uma das causas para a ocorrência está relacionada à ansiedade fóbica das mulheres antes da penetração vaginal, há fatores psicossociais que estão geralmente ligados à educação sexual castradora, religiosa e a vivências sexuais traumáticas (AVEIRO, 2009).

Portanto, o diagnóstico de uma paciente depende do estágio em que a avaliação diagnóstica identifica (Wijma *et al.*, 2007). Porém, não há protocolo diagnóstico padronizado para espasmo muscular vaginal. Embora Masters e Johnson tenham afirmado que um exame pélvico era necessário para diagnosticar o vaginismo,

pesquisadores e clínicos frequentemente confiam no autorrelato de dificuldades com penetração vaginal.

Contudo a definição, diagnóstico e tratamento do vaginismo seja voltado para o sintoma do espasmo muscular vaginal, os fatores etiológicos colocados são psicosssexuais, como atitudes sexuais negativas, traumas psicológicos ou físicos e dificuldades de relacionamento. (LAHAIE *et al.*, 2010).

2.5.6 Prolapsos

O prolapso dos órgãos pélvicos e a descida da parede vaginal anterior e posterior e do ápice da vagina (BRITO *et al.*, 2019). O prolapso é conceituado como a hérnia do conteúdo pélvico e intraperitoneal no canal vaginal. A patologia referida é uma combinação de condições, que depende do organismo de cada paciente, alguns fatores de risco são a idade, paridade, histerectomia, cirurgias prévias para correção de distopia genital e desordens do colágeno (LOWDERMILK *et al.*, 2012).

Há várias etiologias associados ao prolapso, por exemplo, a idade acima de 60 anos, multiparidade, elevação da pressão intra-abdominal sendo associada à obesidade ou a doença pulmonar obstrutiva crônica, constipação, patologias de herança genética que influencie na alteração do colágeno ou elastina, espinha bífida oculta e raça. O prolapso grave e sintomático está relacionado ao parto vaginal, em principal após o primeiro parto (BRITO *et al.*, 2019). Entretanto outros fatores são relevantes, se pode citar o tipo de parto, peso do recém-nascido, obesidade, tosse crônica, histórico familiar, dentre outras situações clínicas (LOPES, 2017).

No autorrelato dos sintomas da paciente é frequente a queixa da sensação de peso ou “bola na vagina”. O seu diagnóstico, é obtido através do exame físico, orientado a paciente a ficar na posição ginecológica para ser realizado a manobra de valsava. A ultrassonografia bidimensional e outro método de exame, solicitada para avaliar mobilidade e descida do colo vesical, afunilamento uretral, resíduo pós-miccional, anormalidades da bexiga ou uretra, avaliação dos músculos do assoalho pélvico, avulsão do levantador do ânus (BRITO *et al.*, 2019).

2.6 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

O tratamento conversador considerado como padrão ouro para os distúrbios pélvicos é a fisioterapia do assoalho pélvico (PFPT), conhecida também por treinamento dos músculos do assoalho pélvico (PFMT). Esse tratamento consiste na realização de exercícios de fortalecimento, relaxamento e coordenação da musculatura pélvica prescrito pelo profissional fisioterapeuta. A fisioterapia do assoalho pélvico (PFPT) visa restaurar a força muscular pélvica normal, resistência, potência, tônus de repouso ou uma combinação destes para reverter ou minimizar os danos dos músculos e tecidos afetados (WALLACEA; MILLERB; MISHRAA, 2019).

O tratamento PFPT também pode ser associada a outras técnicas conversadoras como a terapia manual, o biofeedback ou estimulação elétrica, educação comportamental e programas de exercícios em casa. Baseia-se de evidências científicas como uma opção para o tratamento de primeira linha para disfunções do assoalho pélvico como: prolapso de órgãos pélvicos (POP), incontinência urinária ou fecal, disfunção do assoalho pélvico periparto e pós-parto, dor pélvica crônica e disfunções sexuais (WALLACE; MILLER; MISHRA, 2019).

Segundo Wallace (2019), relata que uma revisão da Cochrane de 2018 realizou um estudo para determinar a eficácia do PFPT na prevenção ou tratamento da incontinência urinária e fecal em mulheres grávidas ou pós-natais. As mulheres grávidas que receberam o tratamento PFPT durante o pré-natal apresentaram um menor risco (razão do risco 0,38) de incontinência urinária no final da gravidez e menor risco de IU 3-6 meses pós o parto (risco 0,71) em relação aquelas que não realizaram o tratamento.

O tratamento tanto da incontinência urinária (IU) ou incontinência fecal (IF) são necessários para a melhorar na qualidade de vida materno-fetal, pois auxiliam na diminuição de episódios de incontinências, redução do tônus “perineal” e aumenta o convívio social dessas mulheres dentro da sociedade. São distintos os protocolos e técnicas de fisioterapia apresentados de estudos atualizados para o tratamento da incontinência urinária (IU) e incontinência fecal (IF) em mulheres como o treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), exercícios de Kegel, eletroestimulação, treinamento vesical, reeducação funcional e biofeedback.

A abordagem fisioterapêutica deve seguir com uma boa avaliação, tendo atenção ao autorrelato e queixas da paciente, com o objetivo de descobrir a etiologia da disfunção sexual. É necessário a coleta de informações sobre o desejo sexual, nível de excitação, grau de lubrificação a qualquer percepção na área genital durante o ato sexual e sensação de entorpecimento, e a capacidade de chegar ao orgasmo, se há presença de dor ou queimação no ato sexual, grau de satisfação, formas de estimulada e as emoções envolvidas no ato sexual. Para a avaliação completa e realizado o exame físico em etapas: inspeção no repouso e durante o movimento, palpação e teste de função muscular pélvicas (TOMEN; FRACARO; NUNES; LATORRE; SUTTER, 2015).

O tratamento inclui técnicas de psicoterapia cognitiva e comportamental, tratamento médico com ansiolíticos e anestésicos tópicos, além de uso de vasodilatadores vaginais (MOREIRA, 2013).

A fisioterapia uroginecológica é uma área de tratamento que trabalha no fortalecimento e na reeducação dos músculos do assoalho pélvico, com o objetivo de melhorar a força muscular e a qualidade de vida das pacientes. (MORENO *et al.*, 2021). O treinamento dos músculos do assoalho pélvico é uma alternativa para pacientes com prolapso genital. Entretanto, não irão reduzir anatomicamente o prolapso grave, e sim ajudar a amenizar os sintomas dos prolapsos, além da melhora na função muscular do assoalho pélvico (BRITO *et al.*, 2019).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Nessa perspectiva, essa pesquisa foi definida como um estudo integrativo de revisão da literatura que aborda qualitativamente os principais trabalhos sobre o tema em questão. Os dados secundários foram coletados nas principais bases de dados eletrônicas disponíveis, sendo as mais importantes: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Periódicos Capes. Seguindo as seguintes palavras chave: Disfunções ginecológicas, gestação, fisioterapia na gestação e pré-natal.

A revisão bibliográfica é uma pesquisa baseada em dados científicos secundários já publicados e utilizados por outros pesquisadores. Com essa abordagem, é possível criar uma estrutura metodológica que trate do assunto, com ênfase em artigos, dissertações, teses e demais trabalhos acadêmicos relacionados ao tema proposto de forma aprofundada (GIL, 2010).

Uma revisão de literatura integrativa caracteriza-se por um trabalho mais amplo dessa metodologia de pesquisa, que permite a inclusão de trabalhos experimentais e não experimentais para que a compreensão do assunto se estenda a todas as áreas de análise possíveis. Combina informações teóricas e empíricas de uma ampla gama de trabalhos que analisam questões principais de diferentes perspectivas teóricas. Desta forma, traz-se uma diversidade panorâmica sobre o tema e sua importância, estreitando os achados mais importantes incluídos na pesquisa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Quando se trata da pesquisa qualitativa, o pesquisador pode tomar a indução como centro de sua análise e conectar a amostra e os fenômenos observados com a percepção dos fatores mais relevantes identificados. No entanto, o pesquisador concentra-se em alcançar seu objeto de pesquisa por meio da subjetividade daquelas variantes que mostram a validade negativa ou positiva do objeto de pesquisa (GONZÁLEZ, 2020).

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O controle dos critérios de inclusão e exclusão na pesquisa é fundamental para qualquer tipo de abordagem metodológica que ajuste a estrutura geral e a direção da seleção dos trabalhos selecionados. Criar uma estrutura unificada e lógica que modula todo o percurso do estudo é primordial, a fim de lidar com as várias informações relacionadas com a resolução do problema elencado e dos objetivos que direcionaram todo o estudo (GIL, 1999).

Os critérios para inclusão dos artigos foram: artigos em língua portuguesa, artigos internacionais com a devida tradução para a língua vernácula da monografia, estudos experimentais e não experimentais, teses, revisões sistemáticas ou integrativas, dissertações e artigos publicados em um período de 2015 a 2023 e artigos que atenderam aos objetivos específicos do estudo.

Os critérios para exclusão dos artigos foram: artigos que se desviaram do eixo temático da pesquisa, artigos sem tradução da língua vernácula da monografia, artigos não disponíveis para download, artigos que foram publicados fora do prazo estabelecido e artigos que não foram semelhantes o suficiente para atender aos objetivos específicos da pesquisa.

3.3 COLETA DE DADOS E ANÁLISE

As informações coletadas, analisadas e apresentadas pela revisão de literatura podem discutir o conhecimento existente em determinada área. A ênfase está na revisão de informações básicas de bancos de dados eletrônicos da internet, principalmente na busca de informações e possíveis soluções para problemas de saúde pública e doenças que afetam a população (GALVÃO; MARIN, 2009).

Através de uma intensa pesquisa, o período de coleta dos artigos se sucedeu em setembro de 2022 e finalizou em dezembro de 2022. Os arquivos foram separados em uma pasta no computador e pré-selecionados para leitura e análise das informações posteriormente.

Os artigos foram fichados inicialmente com base em seus títulos e resumos, observando a relevância de cada pesquisa e se poderiam atender cada eixo temático. Após, houve uma leitura comparativa entre os artigos para moldar a similaridade das informações, visando uma coesão descritiva da busca dos achados de cada pesquisa.

Houve a organização dos artigos científicos que estavam intimamente ligados com o tema desta monografia, todavia, ocorreu uma análise para selecionar os artigos mais relevantes para estruturar o tópico de resultado e discussão. Através da leitura do título, resumo, resultados e conclusão de cada pesquisa foi possível agrupar (n= 14) artigos que fizeram parte da tabulação das informações e do eixo principal de pesquisa que esse estudo buscou apresentar.

3.4 RISCOS E BENEFÍCIOS

É importante ressaltar que toda pesquisa envolve riscos e benefícios, principalmente quando sujeitos humanos são incluídos nas amostras principais, o que obriga o pesquisador a seguir uma gestão ética em qualquer estrutura de pesquisa. No entanto, em uma pesquisa bibliográfica, os riscos são menores e mais fáceis de manusear. Dessa forma, é necessário ter o cuidado com as informações coletadas de outras obras e respeitar os autores (ARAÚJO, 2003).

Essa pesquisa é de baixo risco de conteúdo, pois seu núcleo acadêmico consistiu em dados secundários durante a fase de elaboração da monografia, combinando o uso de artigos científicos e outros trabalhos publicados sobre o tema proposto. Ao criar uma análise de dados, é importante que todo o trabalho seja com um processamento eficiente, pois é importante seguir as regras e padrões ao usar os fatores e fornecer referências relevantes.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os artigos foram agrupados adequadamente e referenciados, tendo o devido respeito das ideias centrais dos autores com base na Lei nº 9.610/98, Lei do Direito Autoral que determina o pertencimento ao autor os direitos morais e patrimoniais sobre a obra, inserindo informações fundamentais que ajudaram a construir todo o processo dessa monografia.

Com base em aspectos éticos, neste trabalho, houve cautela na utilização dos dados coletados de acordo com a estrutura de todo o estudo, evitando o plágio e a confusão de regras na construção e análise de todos os dados inseridos. Todos os autores utilizados estão no texto de cada citação e na lista de referências e este

trabalho foi produzido inteiramente por referências indiretas, o que minimiza a ocorrência de plágio.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Houve a organização das categorias com seus respectivos subtítulos e quantidade de pesquisas selecionadas, sendo disposto da seguinte forma: Principais disfunções ginecológicas no pré e pós parto (n= 5 estudos), Principais ações da fisioterapia pélvica para pacientes com disfunções ginecológicas (n= 5 estudos) e Importância do fisioterapeuta durante todo o processo gestacional (n= 4 estudos).

Os artigos foram encontrados em 5 bancos de dados (SCIELO, LILACS, BIREME, Capes e no Google acadêmico) em um quantitativo total de 62 pesquisas.

Após a organização foi feita uma análise para selecionar os artigos mais importantes para estruturar os resultados e discussão com a exclusão de 48 pesquisas.

Através da leitura do Título, resumo, resultados e conclusões de cada estudo, foi possível selecionar 14 pesquisas que demonstraram dados relevantes ao eixo principal da pesquisa do presente estudo.

Especificamente, a coleta das pesquisas no geral aconteceu da seguinte forma: 25 pesquisas coletadas no Scielo, 5 pesquisas coletadas no Lilacs, 10 pesquisas coletadas no Bireme, 10 pesquisas coletadas no Capes e 12 coletadas no google acadêmico. Tendo a seleção final de pesquisas que se adequaram na monografia apenas do Scielo, capes e google acadêmico agrupando as 14 pesquisas que fizeram parte do tópico de resultados e discussão.

4.1 PRINCIPAIS DISFUNÇÕES GINECOLÓGICAS NO PRÉ E PÓS PARTO

Quadro 1 – Disfunções Ginecológicas

Título	Objetivo	Método	Periódico	Autores\Ano
Função e disfunção sexual feminina durante o ciclo Gravídico-puerperal:	Discutir as funções e disfunções sexuais femininas na gestação e puerpério, os principais fatores associados, além da avaliação e manejo multiprofissional.	Revisão da literatura	Revista Brasileira de Sexualidade Humana	Araújo, Scalco, Varela, 2019
Prevalência da incontinência urinária em gestantes primigestas atendidas no ambulatório de fisioterapia obstétrica de uma clínica escola	Verificar a prevalência da incontinência urinária em gestantes primigestas atendidas no ambulatório de fisioterapia obstétrica de uma clínica escola	Estudo Observacional descritivo	Repositório Univag	Medeiros; Barreto Sobrinho, Barros, 2022
Associação da episiotomia e laceração perineal grave com disfunção do assoalho pélvico no pós-parto remoto	Avaliar a associação entre episiotomia e laceração perineal grave (terceiro e quarto graus) com a presença da incontinência urinária (IU), função contrátil e achados ultrassonográficos dos músculos do assoalho pélvico (MAP) no pós-parto remoto	Revisão Sistemática da literatura	Universidade Federal do Ceará	Lima, 2018
Avaliação da Função Sexual em Puérperas, Três Meses Após Parto Normal Com ou Sem Episiotomia	Avaliar a Função Fisiológica de puérperas três meses após o Parto Normal com e sem episiotomia	Estudo observacional transversal	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Ribeiro, 2019
Conhecimento de mulheres sobre o pavimento pélvico feminino	Identificar o conhecimento das mulheres sobre a anatomia, função/disfunção do PP, reabilitação uro-	Estudo de caráter observacional,	Universidade Fernando Pessoa	Morvan, 2019

	ginecológica (fisioterapia pré e pós-natal)	descritivo e transversal.		
--	---	---------------------------	--	--

Fonte: Elaborado por Nunes e Costa (2022)

Araújo, Scalco e Varela (2019) identificaram em seu estudo que a vida sexual da mulher durante a gravidez e o parto gera um desafio para adaptar-se a diferentes ritmos fisiológicos, metabólicos e hormonais, e estas alterações tornam-na mais vulneráveis ao desenvolvimento ou agravamento de dificuldades sexuais emergentes ou já existentes durante a transição para a parentalidade. Como profissionais de saúde, é primordial estar preparado para conversar abertamente com o casal sobre a sexualidade na gravidez e no parto, tema que ainda é pouco falado atualmente.

Medeiros, Barreto Sobrinho e Barros, (2022) o estudo foi realizado nas dependências do Centro Universitário de Várzea Grande- UNIVAG. Os dados foram coletados dos prontuários das pacientes atendidas no setor de serviço de GinecologiaObstetrícia da Clínica Integrada UNIVAG entre 2015 e 2020, buscando as seguintes variáveis: idade, história clínica e sintomas do trato urinário e incontinência urinaria.

A amostra foi composta por 50 prontuários. A idade média dos prontuários analisados foi de 25 anos (± 7 anos). Na amostra, a prevalência geral de incontinência urinária (IU) foi de 15% ($n = 7$). A gravidez é um fator de risco para disfunção do assoalho pélvico, incluindo incontinência urinária, e a presença dessa disfunção está associada ao aumento da idade gestacional e é mais comum no último trimestre da gravidez (MEDEIROS *et al.*, 2022).

Gama e Santos (2018), trouxeram resultados semelhantes aos estudos de Araújo, Scalco e Varela (2019) e Medeiros, Barreto Sobrinho e Barros, (2022), demonstrando que a disfunção do assoalho pélvico (DAP) mais comum foi a incontinência urinária de esforço (64,2%), seguida de dispareunia (42,8%) e insatisfação sexual (42,8%). A força muscular do assoalho pélvico (MAP) foi normal em 85,7% das participantes e a episiotomia foi utilizada em 50% das mulheres. A força dos MAP não afetou a ocorrência de DAP, mas houve associação entre o uso de episiotomia para parto vaginal e a ocorrência de DAP em mulheres após o parto vaginal.

Lima (2018) realizou um estudo destinado a primíparas da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) com 12 a 36 meses de pós-parto. Houve a identificação de mulheres com lesão perineal grave e aquelas submetidas à episiotomia também sofreram prejuízos. As mulheres foram selecionadas em três grupos: 1- mulheres submetidas à episiotomia (n=12); 2- mulheres com lesão muscular grave (n=9) e 3- mulheres que ficaram com o períneo íntegro (n=12). A avaliação inicial consistiu em um levantamento clínico e sociodemográfico.

Tanto a episiotomia quanto a laceração perineal grave estão associadas a uma maior probabilidade de avulsão do músculo que fica na região perianal. Respectivamente, promovendo defeitos dos esfíncteres anais e uma área aumentada de ruptura urogenital em comparação com mulheres que não sofreram essas lesões no pós-parto. Não houve associação entre a presença de IU (Incontinência Urinária) e lesão perineal ou função muscular (tônus, dor, pausa genital, períneo, força e resistência). A episiotomia e a laceração perineal grave estão associadas às lesões dos músculos do assoalho pélvico, mas clinicamente não foi observado associação na ocorrência de IU (LIMA, 2018).

Ribeiro (2019) realizou um estudo em um hospital privado de Porto Alegre. Onde foram avaliadas 264 mulheres maiores de 18 anos que tiveram parto a termo e vaginal. No estudo, a idade foi inversamente relacionada a todos os domínios e escores totais do estudo. A episiotomia não demonstrou afetar a função sexual das mulheres (FSF) a curto prazo e não há diferença significativa. Logo, três meses após o parto normal, a episiotomia não teve efeito sobre a FSF.

Em contrapartida, Grecca et al. (2020) realizaram um estudo em hospital Universitário da região serrana do Rio de Janeiro, no qual coletou-se dados sobre a realização de episiotomia em um corte temporal de 10 anos, tendo assim, 137 prontuários elegíveis com gestantes com faixa etária dos 19 a 38 anos. A taxa de ruptura perineal foi de 56,9%, a taxa de lesão grave foi de 2,5%, a necessidade de sutura foi de 78,2% e a taxa de procedimento de episiotomia foi de 22,6%, principalmente porque o peritônio era estreito e não complacente. Foram identificados uma maior ganha de lesões perineais leves, entretanto, uma alta frequência de episiotomia. No entanto, os dados mostram que esse procedimento diminuiu nos últimos dez anos neste referido hospital.

Morvan (2019) foi aplicado um questionário online com 29 perguntas para mulheres maiores de 18 anos: características sociodemográficas, conhecimento de anatomia, funções/doenças do PP (pavimento pélvico) e reabilitação uroginecológica (fisioterapia pré e pós-natal). Os resultados da comparação foram de acordo com três grupos diferentes ("Profissionais de saúde", "Estudantes de saúde", "Outros") responderam a 322 mulheres.

Cerca de 95,3% relataram que o PP é composto por músculos, mas apenas 52,5% localizaram o PP corretamente e 57,1% responderam incorretamente ou não souberam quantos orifícios/aberturas existem no PP de uma mulher. A maioria dos participantes (89%) indicou apenas uma função e 87,3% identificaram o maior índice de incontinência urinária como principal consequência da doença PP. A educação em saúde da mulher é urgentemente necessária (MORVAN, 2019).

Em consenso, Pandolfo et al. (2021) realizaram um estudo com 69 mulheres visando identificar a prevalência de disfunção sexual em mulheres e a análise da sua relação com diversos fatores como uso de anticoncepcional, relacionamento estável a mais de 6 meses, parto menor de 6 meses e tabagismo. Os resultados estimaram a prevalência de disfunção sexual feminina em 22% das mulheres. A maior taxa concentra-se em mulheres que usam dispositivo intrauterino de progesterona, laqueadura e implante hormonal como contraceptivo, mulheres com relacionamento estável há mais de 6 meses e tabagistas.

Dessa forma, o parto apresenta um desafio de adaptação a diferentes ritmos fisiológicos, metabólicos e hormonais, dado que a gravidez é um fator de risco para disfunções do assoalho pélvico, incluindo incontinência urinária, dispareunia e insatisfação sexual.

4.2 PRINCIPAIS AÇÕES DA FISIOTERAPIA PÉLVICA PARA PACIENTES COM DISFUNÇÕES GINECOLÓGICAS

Quadro 2 – Fisioterapia pélvica para disfunções ginecológicas

Título	Objetivo	Método	Periódico	Autores\Ano
Efeito da Fisioterapia Pélvica nas Disfunções Sexuais da Mulher: Revisão Integrativa da Literatura	Realizar uma revisão integrativa a fim de identificar os efeitos da fisioterapia pélvica nas disfunções sexuais da mulher	Revisão integrativa da literatura	Revista Brasil Terapia e Saúde	Luz; Rzniski, 2020
Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com Incontinência urinária:	Descrever os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária	Revisão da literatura	Revista Cathedral	Menezes et al. 2021
Importância da fisioterapia pélvica na preparação para o parto natural: uma revisão integrativa	Mostrar a importância da fisioterapia pélvica na preparação para o parto natural, explicando a sua capacidade em melhorar desconfortos causados durante a gestação e os principais recursos utilizados	Revisão da literatura	Revista Diálogos Em Saúde	Marinho; Andrade, 2022
Comparação da disfunção do assoalho pélvico com função sexual e qualidade de vida em sobreviventes ao câncer ginecológico	Comparar a contração objetiva do assoalho pélvico, estenose vaginal e dispareunia com a função sexual e a qualidade de vida relacionada à saúde de sobreviventes ao câncer ginecológico	Estudo transversal	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	Nascimento; Deitos; Luz, 2019
Os benefícios da fisioterapia pélvica na melhora da libido no Período pós -Parto	Avaliar a prevalência das alterações sexuais femininas no período pós parto e os fatores relacionados a elas, além de mostrar a importância do tratamento fisioterapêutico	Revisão da literatura	Revista Cathedral	Menezes et al. 2021

	nessas disfunções e na função dos músculos referente à sexualidade			
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado por Nunes e Costa (2022)

Luz; Rzniski, (2020) demonstraram em seu estudo que as medidas de fisioterapia são úteis para a disfunção sexual feminina. Tais técnicas incluem estimulação elétrica, massagem intravaginal profunda e fortalecimento muscular do assoalho pélvico. Em geral, os métodos utilizados apresentam resultados nas primeiras 10 consultas e exigem comprometimento tanto do especialista quanto do paciente.

Alguns estudos mostram a importância do tratamento através de uma equipe multidisciplinar. O objetivo é que cada profissional analise possíveis infecções, prolapsos, mudanças de comportamento, abusos durante a vida e outros aspectos que possam interferir na atividade sexual. O conhecimento científico relacionado a essa disfunção está em constante evolução, principalmente no campo da fisioterapia, que demonstra um esforço constante para entender as complexidades do ciclo sexual a fim de promover uma melhor qualidade de vida (LUZ; RZNISKI, 2020).

Stein et al. (2018) corroboram com a pesquisa de Luz e Rzniski (2020), realizando um estudo sobre o conhecimento da fisioterapia pélvica pela equipe multiprofissional, destacando que, a maioria dos profissionais relatou conhecer a função da fisioterapia pélvica e a maioria teve o conhecimento por meio do contato com fisioterapeutas da rede Hospitalar que trabalham. Os relatos mais frequentes foram: Incontinência urinária, prolapso genital, distúrbios sexuais, gravidez e disfunção anal são os motivos mais comuns encontrados.

Menezes et al. (2021) identificaram que a fisioterapia uroginecológica melhora a qualidade de vida de pacientes com Infecção Urinária (IU). No caso de um quadro de IU feminina, revelou-se que com base em vários estudos asseguram a eficácia dos meios terapêuticos utilizados, tais como: treinamento MAP, hidroterapia, massagem perineal e outros recursos. Os métodos conservadores de tratamento discutidos nos artigos mostram importantes resultados das pesquisas, enfatizando que existem várias opções, métodos, dispositivos e protocolos na fisioterapia que são eficazes na

redução da IU e no aumento da força dos MAP (Músculos do assoalho pélvico) melhorando a qualidade de vida do paciente e autoestima.

Segundo Marinho e Andrade (2022), a gravidez é um momento da vida da mulher que é acompanhado por diversas alterações físicas e hormonais, bem como fatores de risco dessas alterações, que são característicos desta fase e que afetam diretamente sua qualidade de vida. Graças a isso, as atividades de fisioterapia que preparam para o parto natural têm um efeito positivo na saúde e no bem-estar da mulher, que melhora as doenças que aparecem durante a gravidez, promove um parto mais rápido e informado, reduz os danos musculares, previne complicações pós-parto e acelera o processo de recuperação.

Dentre as técnicas fisioterapêuticas utilizadas na preparação para o parto normal, destaca-se a massagem perineal como o procedimento mais utilizado na prevenção de úlceras perineais, que permite à parturiente dar à luz com mais conforto e sem intervenção. Outras técnicas com resultados satisfatórios nos estudos foram o treinamento MAP, que deu mais força e resistência aos músculos da região pélvica, a drenagem linfática manual, que reduz o inchaço e melhora a circulação. A hidroterapia, que é um método menos invasivo e a água aquecida, além do pilates, que cuida da respiração e da postura (MARINHO; ANDRADE, 2022).

Santos e Fujioka (2019) entram em acordo com os dados mencionados nos estudos de Menezes et al. (2021) e Marinho e Andrade (2022), demonstrando que a fisioterapia uroginecológica é um recurso terapêutico que tem desempenhado um papel muito importante na atenção à saúde da mulher, cuja finalidade é promover o fortalecimento do assoalho pélvico, a fim de contribuir no tratamento dos distúrbios sexuais reconhecidos como um problema multidimensional. Como esse problema afeta a maioria das mulheres, vale ressaltar que pelo menos 49% delas apresentaram alguma disfunção sexual, sendo: 26,7% apresentaram distúrbio da libido, 23% dispareunia e 21% disfunção orgástica.

Nascimento, Deitos e Luz (2019) realizaram um estudo com mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico e pelo menos seis meses após o término do tratamento oncológico. Foram avaliados 64 pacientes com idade média de 50 anos, dos quais 56,3% eram sexualmente ativas. O tipo de câncer mais frequente foi o de colo de útero (62,5%) e a principal forma de tratamento foi a histerectomia (54,7%). A

dispareunia foi detectada em 32,8% das mulheres sexualmente ativas, a estenose vaginal foi encontrada em 45,3% dos casos e a contração objetiva do assoalho pélvico estava ausente em 45,3%.

Houve uma diferença significativa na presença ou ausência de estenose vaginal e dispareunia, enquanto a presença ou ausência de contração objetiva do assoalho pélvico não mostrou diferença significativa na função sexual. Houve associação entre estenose vaginal e dispareunia, mas a atividade sexual e as contrações do assoalho pélvico não estiveram associadas à estenose vaginal. Além disso, estenose vaginal, dispareunia e contrações do assoalho pélvico não foram significativamente associadas à qualidade de vida (NASCIMENTO; DEITOS; LUZ, 2019).

Menezes et al. (2021) evidenciaram que as ferramentas de fisioterapia são essenciais para melhorar a libido. Diante das observações, é possível observar a utilização de métodos como cinesioterapia, pilates, biofeedback, cones vaginais e eletroestimulação na fisioterapia, são o que permite à mulher melhorar sua qualidade de vida, garantindo uma sexualidade segura e melhorar sua vida no geral.

Foi possível observar que os distúrbios sexuais ocorrem em uma parte significativa das mulheres ao longo da vida, mas no pós-parto são muito mais acentuados e os mais comuns são a diminuição do desejo sexual e a dispareunia. A fisioterapia tem, assim, um papel central na equipe multidisciplinar de saúde da mulher, que visa promover o fortalecimento do assoalho pélvico e auxiliar no tratamento da disfunção sexual, que tem sido apontada como um problema multidimensional (MENEZES *et al.*, 2021).

Silva e Abreu (2018) entram em consonância aos achados nos estudos de Nascimento, Deitos e Luz (2019) e Menezes et al. (2021), visto que, a busca por tratamentos para Disfunção Sexual Feminina (DSF) é um campo relativamente novo da fisioterapia, que envolve diversas intervenções baseadas na reabilitação da AP por meio de alongamentos, treinamento íntimo, terapias manuais, terapias cognitivocomportamentais, consciência perineal, entre outras. No entanto, essa prática profissional precisa ser mais infundida pela equipe multidisciplinar que atende as mulheres.

Os fisioterapeutas oferecem métodos de avaliação que permitem definir metas específicas para cada caso de disfunção sexual e utilizar a intervenção mais eficaz

que resulte em resultados positivos na reabilitação da AP, como aumento da consciência, propriocepção, tônus, elasticidade e vascularização, mas há evidências claras de que disfunção sexual feminina. Mais ensaios aleatórios e ensaios clínicos controlados são necessários para fornecer uma melhor base científica para melhores intervenções (SILVA; ABREU, 2018).

Conforme os autores, a fisioterapia uroginecológica é um recurso terapêutico muito importante na atenção à saúde da mulher, que visa promover o fortalecimento do assoalho pélvico. Com base no uso de métodos como: cinesioterapia, pilates, biofeedback, cones vaginais e eletroestimulação na fisioterapia, esses permitem que as mulheres melhorem sua qualidade de vida, garantindo uma sexualidade segura e melhorando suas vidas em geral, evitando distúrbios de libido, dispareunia e disfunção orgástica.

4.3 IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA DURANTE TODO O PROCESSO GESTACIONAL

Quadro 3 – Fisioterapeuta e o processo gestacional

Título	Objetivo	Método	Periódico	Autores\Ano
A importância da fisioterapia nas fases gestacionais	Avaliar a importância da equipe de fisioterapia durante todo o processo gestacional, ressaltando o seu papel de modo geral em meio a equipe multidisciplinar que realiza o pré-natal e o acompanhamento da gestante desde a concepção ao parto.	Revisão integrativa da literatura	Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento	Costa; Silva; Silva, 2022
Importância do fisioterapeuta no período gestacional	Teve a finalidade apresentar a importância da fisioterapia no período gestacional, sendo que exercícios físicos praticados por gestantes podem colaborar de forma fundamental para a melhoria física e emocional da grávida	Revisão da literatura	Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento	Silva; Resplandes; Silva, 2021
Atuação do fisioterapeuta e a técnica de Pilates no período gestacional e pós-parto	Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que buscou demonstrar a importância do fisioterapeuta durante o período gestacional e o período pós-parto	Revisão integrativa de literatura	Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento	Sousa et al. 2020
Parto humanizado: a atuação do fisioterapeuta antes e durante o trabalho de parto	Analisar a importância do fisioterapeuta e sua atuação, antes e durante o parto humanizado, principalmente no que se refere ao alívio do quadro algico, utilizando	Revisão da literatura	Altus Ciência	Vinha; Paixão, 2022

	recursos não farmacológicos			
--	--------------------------------	--	--	--

Fonte: Elaborado por Nunes e Costa (2022)

Costa, Silva e Silva, (2022) evidenciaram que a atividade do fisioterapeuta é considerada de extrema importância durante o processo gravídico e durante o parto, pois garante o bem-estar da gestante, previne dores, desconfortos e doenças ou interações. Apesar da falta de menção, a atuação do fisioterapeuta desde o início do pré-natal promove a segurança do paciente, tira dúvidas e orienta o cuidado da gestante durante o processo gravídico. A assistência do fisioterapeuta durante o parto promove a valorização da gestante, relaxamento da musculatura vaginal, controle da respiração, adequação da posição, alívio de dores na região lombo sacral e outros benefícios já citados.

A atuação do fisioterapeuta é muito extensa e de extrema importância durante todo o processo gravídico, e o acompanhamento não só reduz a dor, mas também a ansiedade e o medo da gestante. O tratamento por um fisioterapeuta garante uma gravidez mais saudável, reduz doenças, previne problemas como inchaço ou falta de ar, orientações e exercícios especiais. A assistência fetal deve ser interdisciplinar, incluindo médicos, enfermagem, odontologia, nutrição e fisioterapia, todos disponíveis para consulta gratuita em um único sistema de saúde que possa beneficiar as gestantes (COSTA; SILVA; SILVA, 2022).

Silva; Resplandes; Silva, (2021) o objetivo do treinamento respiratório é reduzir as dores do parto e otimizar o nível de saturação da mãe e do feto, reduzir a tensão e garantir um melhor relaxamento. Os exercícios respiratórios são importantes durante o trabalho de parto, pois ajudam a relaxar e favorecem a concentração, diminuindo o risco de possíveis lesões perineais durante o trabalho de parto. Também melhora a oxigenação da mãe e do feto.

No momento da expulsão, a parturiente costuma estar muito agitada e respira entre respirações curtas e ofegantes. O fisioterapeuta orienta a parturiente a respirar profundamente, preenchendo toda a cavidade pulmonar e expirando lentamente com

os lábios franzidos, no momento de força para expelir o bebê (SILVA; RESPLANDES; SILVA, 2021).

Martins (2021) corrobora com os estudos de Costa, Silva e Silva, (2022) e Silva, Resplandes e Silva, (2021) ressaltando que as o controle da respiração é sugerido para aliviar a fadiga, melhorar o padrão respiratório, minimizar o estado hemodinâmico materno e a ansiedade, além de ser um dos meios não farmacológicos de alívio da dor, permitindo um melhor andamento do trabalho de parto. É importante ressaltar a importância das medidas fisioterapêuticas, aliando as técnicas ao conhecimento do movimento humano para diminuir as complicações decorrentes da disfunção pulmonar, minimizar a fadiga muscular e promover uma recuperação mais rápida das condições pulmonares pré-gestacionais.

Conforme o estudo de Sousa et al. (2020) O fisioterapeuta deve orientar o paciente na adaptação ao leito adequado, deambulação precoce, evitando posições antálgicas, diminuindo assim a tensão muscular, promovendo a dor, proporcionando conforto físico, tratamento individualizado e consideração das necessidades. O fisioterapeuta tem uma função importante tanto durante a gravidez como no período pós-parto, pois o fisioterapeuta, estando integrado numa equipa multidisciplinar, estando diretamente envolvido no planeamento familiar e acompanhamento do parto.

Vinha e Paixão (2022) evidenciaram a necessidade de realizar partos humanizados com o auxílio de profissionais capacitados, como o fisioterapeuta, podem aplicar diversas técnicas e meios não médicos para aliviar a dor do trabalho de parto e auxiliar a gestante nas mudanças que ocorrem no corpo durante o parto e preparação. A fisioterapia para gestantes tem um efeito positivo antes e durante o parto, tanto fisiologicamente quanto como analgésico, e também de forma mais ativa, mais humana, mais saudável e mais satisfatória para as necessidades da mulher após o parto.

Entre as ferramentas da fisioterapia, destacam-se, por exemplo, massagens terapêuticas, cinesioterapia e exercícios respiratórios, caminhadas, que favorecem o processo de trabalho de parto. No entanto, ficou pendente a necessidade de divulgar as informações sobre os tipos de abastecimento e as possibilidades da sua concretização. Parece que mesmo na rede pública existem normas que ditam o tratamento humanizado das gestantes, a realidade ainda é o tratamento médico e

partos com intervenções desnecessárias para a maioria, podendo-se até dizer que a exceção virou regra (VINHA; PAIXÃO,2022).

Em consenso, Leal e Marganhini (2020) corroboram com os estudos de Sousa et al. (2020) e Vinha e Paixão (2022) destacando em sua pesquisa que a eficácia da fisioterapia na maternidade foi comprovada cientificamente, suas técnicas e intervenções são úteis em todos os trimestres da gravidez, durante e após o parto. O profissional aumenta a humanização do processo diminuindo o desconforto, promovendo relaxamento e segurança da parturiente. Embora esse profissional não esteja contemplado nas diretrizes do SUS, algumas unidades que praticam esse atendimento e valorizam a humanização do parto relatam que o atendimento de um profissional capacitado é útil, produzindo excelentes resultados.

De acordo com os estudos apresentados, o fisioterapeuta é considerado muito importante desde o início do processo gravídico, como promotor da segurança da paciente, como esclarecedor de dúvidas e como supervisor dos cuidados no processo gravídico. Os exercícios respiratórios são importantes durante o trabalho de parto, pois ajudam a relaxar e favorecem a concentração, o que diminui o risco de possíveis lesões perineais durante o trabalho de parto. O fisioterapeuta deve, portanto, orientar o paciente a se adaptar no pós parto, visando a deambulação precoce e evitar o uso de posições antálgicas, a fim de diminuir assim a tensão muscular oferecendo conforto físico e um tratamento individualizado. O Ideal seria ter um fisioterapeuta nas UBS visando um melhor processo de assistência durante todo o período gravídico.

5 CONCLUSÃO

O período gravídico é complexo para a gestante devido as mudanças fisiológicas e anatômicas que ocorrem com o corpo da mulher para poder existir a possibilidade de uma alocação adequada para o desenvolvimento do feto. Neste cenário, a gestante pode ser acometida por disfunções fisiológicas que geram prejuízos estéticos, funcionais e emocionais, por isso tanto o período inicial do pré-natal quanto o puerperal devem ser norteados com orientações fisioterápicas que visam a prevenção ou regressão dessas disfunções.

Em consonância, a fisioterapia pélvica se faz forte com o manejo de disfunções ginecológicas com exercícios que fortalecem o assoalho pélvico, a fim de possibilitar uma fortificação deste músculo, beneficiando essa mulher a ter uma menor incidência de agravos posteriores ao parto. Sendo importante destacar que esses impasses podem se prolongar ao longo da vida da mulher, o que se fixa em raízes de baixa autoestima devido aos problemas que não foram prevenidos ou tratados. Os principais identificados nesse estudo são: incontinência urinária, prolapso genital, disfunção anal, dispareunia, insatisfação estética e distúrbios emocionais devido a esses fatores.

O fisioterapeuta é imprescindível em todo processo assistencial de saúde e quando se trata de uma gestação não é diferente, pois uma orientação multiprofissional nessa fase é fundamental para que exista os aspectos holísticos de atendimento a mulher. O fator perceptível identificado neste estudo é que dentro do SUS não existe a vinculação de um profissional fisioterapeuta para prover os atendimentos obrigatórios, demonstrando uma deficiência que aumenta de forma significativa essas disfunções ginecológicas sem o devido tratamento.

Indubitavelmente, essa monografia destaca conhecimentos bibliográficos pontuais sobre a temática que podem nortear profissionais de saúde e indivíduos que tenham o interesse de conhecer mais sobre a fisioterapia pélvica e a atuação do fisioterapeuta. Sendo importante destacar a necessidade de novas pesquisas com uma metodologia de campo que busque novos dados e novas evidências científicas, a fim de auxiliar a comunidade acadêmica a enriquecer e a falar mais sobre esse tema ajudando uma gama maior de mulheres a prevenir as disfunções ginecológicas e realizar os tratamentos posteriores a esse tipo de problema.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. Z. S. **Aspectos éticos da pesquisa científica**. Pesquisa odontológica brasileira, v. 17, p. 57-63, 2003.
- AVEIRO, M. C.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P.; **Efetividade de intervenção fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão de literatura**. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.16, n.3, 279-83, JUL/ SET. 2009.
- ANDRADE, D.C. **Importância do fortalecimento do assoalho pélvico em gestantes**. Revisão Integrativa da Literatura (Bacharel em Fisioterapia) Universidade AGES. Paripiranga, 2021.
- ARAUJO, T. G.; SCALCO, S. C. P.; VARELA, D. **FUNÇÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA**. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, v. 30, n. 1, 2019.
- BALDO, L. O.; RIBEIROS, P. R. Q.; MACEDO, A. G.; LOPES, C. A.; ROCHA, R. A. M.; OLIVEIRA, D. M.; **Gestação e exercício físico: recomendações, cuidados e prescrições**; Intinerarius Reflection: Revista Eletrônica de graduação e pós graduação, VOL. 16, n. 3, 2020.
- BRITO, L. G. O.; CASTRO, E. B.; JULIATO, C. R. T.; **Prolapso dos órgãos pélvicos**. São Paulo, Associação de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), FEMINA, v.47, n.1, p. 42-5, 2019.
- BOREIRA, J.T.R.; SILVA, Y.P.; FURLANETTO, M.P. **O papel da fisioterapia pélvica na atenção primária à gestante: Uma revisão integrativa**. Revista Fisioterapia Brasil, 2021.
- BEREK, Jonathan. NOVAK, S. **Tratado de Ginecologia**. Guanabara Koogan. 15ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- BURG, Jéssica Luana. **Os benefícios do pilates na gestação**. Dissertação (Bacharel em Fisioterapia). Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes, 2016.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. 4ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2007.

COSTA, L. A.; SILVA, V. R.; SILVA, K. C. C. **A importância da fisioterapia nas fases gestacionais**. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 11, n 9, 2022.

ENGMAN, M.; WIJMA, K.; WIJMA, B.; **Long-tem coital behavior in women treated with cognitive behavior therapy for superficial coital pain and vaginismus, cognitive behavior therapy**, 39:3, 193-202, 2010.

FERREIRA, P. S. A.; NORONHA, D. E. F. S.; TEÓFILO, R. R.; MARTINS, K. Y. N.; **Benefícios da fisioterapia na gestação: uma revisão integrativa**; Congresso Brasileiro de Ciências e Saúde, 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GOMES, T. S. A.; SILVA, T. A.; SILVA, K. C. C.; **Aplicação da fisioterapia e seus feitos no prolapso genital**; Research, Society and Development, v. 11, n. 6, 24 de abril de 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010.

GONZÁLEZ, F. E. **Reflexões sobre alguns conceitos da pesquisa qualitativa**. Revista Pesquisa Qualitativa, v. 8, n. 17, p. 155-183, 2020.

GALVÃO, N. D.; MARIN, H. F. **Técnica de mineração de dados: uma revisão da literatura**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, p. 686-690, 2009.

GRECCA, G. **Frequência de lacerações perineais e episiotomia em um hospital universitário na região serrana no Rio de Janeiro.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 9, n. 8, 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.**v.2, n.3, São Paulo: Atlas, 2010.

GAMA, C. I. L.; SANTOS, G. A. **Disfunções do assoalho pélvico relacionada às mulheres pós-parto vaginal.** 2018.

HALL, J. E.; **Tratado de fisiologia médica: gravidez e lactação.** 12ª edição. P.1065-1068. Rio de Janeiro, 2011.

HAKAMADA, E. M.; FAVARIN, M. M.; **Atuação da fisioterapia nas alterações posturais durante a gestação.** Monografia (Graduação). Faculdade de Fisioterapia, Universidade do Oeste Paulista. Presidente Prudente, 1996.

KLIEMANN, A.; BOING, E.; CREPALDI, M. A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças Psicologia da saúde**, v. 25, n. 2, p. 69-76, 2017.

LINO, N. D. **Dieta para redução de peso e circunferência da cintura versus dieta com restrição de alimentos irritativos vesicais no tratamento da incontinência urinária.** Dissertação (Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

LAHAIE, M. A.; BOYER, S. C.; AMSEL, R.; KHALIFÉ, S.; BINIK, Y. M.; **vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment;** Women's Health, 705-719, 2010.

LEAL, D. B.; MARGANHINI, C. B. **Grau de conhecimento de puérperas, quanto a atuação da fisioterapia no período gestacional: estudo transversal.** Faculdade Uniguairacá/ SESG, 2020.

LOWDERMILK, Deitra Leonard. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LIMA, C. T. S. **Associação da episiotomia e laceração perineal grave com disfunção do assoalho pélvico no pós-parto remoto**. 2018.

LOPES, T. O. et al. **Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura**. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 4, p. 1486014872, 2017.

LUZ, E. L.; RZNISKI, T. A. B. **Efeito da Fisioterapia Pélvica nas Disfunções Sexuais da Mulher: Revisão Integrativa da Literatura**. sexual dysfunction, v. 2437, n. 114, p. 3.

MANN, L.; KLEINPAUL, J. F.; MOTA, C. B.; SANTOS, S. G. **Alterações biomecânicas durante o período gestacional: Uma revisão**. Motriz, Rio Claro, v.16, n.3, p.730-741, 2010.

MORAIS, Antonia Jaime Pinto. **Evolução eletromiografia do assoalho pélvico como a utilização da eletroestimulação na incontinência urinária de esforço**. Dissertação (Bacharel em Fisioterapia) Universidade do Extremo Sul Catarinense. Criciúma, 2012.

MEDEIROS, D. C.; BARRETOS, D. S.; BARROS, S. M. **Prevalência da incontinência urinária em gestantes primigestas atendidas no ambulatório de fisioterapia obstétrica de uma clínica escola**. TCC-Fisioterapia, 2022.

MENEZES, M. et al. **Os benefícios da fisioterapia pélvica para mulheres com incontinência urinária**. Revista Cathedral, v. 3, n. 2, p. 48-55, 2021.

MARINHO, M. M. R.; ANDRADE, G. M. **Importância da Fisioterapia pélvica na preparação para o parto natural: Uma Revisão Integrativa**. Diálogos em Saúde, v. 5, n. 1, 2022.

MORVAN, E. **Conhecimento de mulheres sobre o pavimento pélvico feminino**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. 2019.

MACARTHUR, C. S. **Prevalência e variáveis associadas à incontinência Fecal no período gestacional**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 13, p. 215-221, 2013.

MOREIRA, R. L. B. D.; **VAGINISMUS**; Revista Médica, Minas Gerais, v.23, n.3, JUL/SET, 2013.

MARTINS, L. M. M. **Fisioterapia respiratória como atenuante para a fadiga muscular na gestante em trabalho de parto**. RACE-Revista de Administração do Cesmac, v. 9, p. 127-139, 2021.

NAGAMINE, B. P.; DANTAS, R. S.; SILVA, K. C. C. **A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher**. Research, Society and Development, v. 10, n. 2, 2021.

NOGUEIRA, L. F.; SANTOS, F. P. **Benefícios do exercício físico para gestantes nos aspectos fisiológicos e funcionais**. Terra e Cultura, n. 54, ano 28, 2012.

NASCIMENTO, F. C; DEITOS, J.; LUZ, C.M. **Comparação da disfunção do assoalho pélvico com função sexual e qualidade de vida em sobreviventes ao câncer ginecológico**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 27, p. 628-637, 2019.

NORONHA, D. E. F. dos S. **Benefícios da Fisioterapia na gestação: Uma revisão integrativa**. 2016. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016.

PINHEIRO, F. M. **Fortalecimento do assoalho pélvico como prevenção da incontinência urinária no período gestacional e pós-parto normal**. Dissertação (Bacharel. em Fisioterapia). Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes, 2013.

PANDOLFO, I. A. **Prevalência de disfunção sexual feminina em mulheres que buscam atendimento ginecológico em uma unidade de saúde de Cascavel/PR**. Revista Thêma et Scientia, v. 11, n. 1E, p. 89-100, 2021.

RODRIGUES, A. M.; OLIVEIRA, L. M.; MARTINS, K. F.; ROY, C. A. D.; SARTORI, M. G. F.; GIRÃO, M. J. B. C.; CASTRO, R. A.; **Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira**; Setor de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da Escola

Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil, 17 de dezembro de 2008.

PETRICELLI, Carla Dellabarba. **Função dos músculos do assoalho pélvico no terceiro trimestre de gravidez: extensibilidade e força muscular**. Tese (Mestre em Ciências). Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013.

RIBEIRO, L. L. P. **Avaliação da função sexual em puérperas, três meses após parto normal com ou sem episiotomia**. 2019.

SILVA, R. B. **Atuação do fisioterapeuta no período gestacional: uma revisão integrativa de literatura**. Revista Ciência & Saberes-UniFacema, v. 4, n. 4, 2019.

SANTOS, D. K. R. S.; FUJIOKA, A. M. **Métodos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas**. Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás-RRS-FESGO, v. 2, n. 1, 2019.

SANTOS, C. A. S. **Incontinência urinária de esforço em mulheres jovens: tratamento fisioterapêutico**. Dissertação (Bacharel em Fisioterapia). Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes, 2015.

SILVA, A. R.; **Estudo biomecânico da cavidade pélvica da mulher: monografia para a dissertação**. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 27 de janeiro de 2012.

SILVA, D. J.; ABREU, A. **Recursos fisioterapêuticos para as disfunções sexuais femininas: uma revisão literária**. HÓRUS, v. 9, n. 1, p. 53-66, 2018.

SEVERINO, A. J.; **Metodologia do trabalho científico**; 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

STEIN, S. R. **Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública.** Revista de ciências médicas, v. 27, n. 2, p. 65-72, 2018.

SOUZA, A. I.; MALAQUIAS B. F.; LUIZ O.C. **Alterações Hematológicas e gravidez Ver.BRas.** Hematol. Hemoter, 2002.

SOUSA, T. A. et al. **Atuação do fisioterapeuta e da técnica de Pilates no período gestacional e pós-parto.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento , v. 9, n. 11, pág. e449119703-e449119703, 2020.

TOMEN, A.; FRACARO, G.; NUNES, E. F. C.; LATORRE, G. F. S.; **A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo.** Revista Ciência Méd. Campinas, v.24, n.3, p.121-130, SET/DEZ, 2015.

WHITTEMORE, R.; KNAF, K. **The integrative review: update methodology.** J Adv Nurs. v. 52, n.5, p. 546-53, 2005.

VINHA, E.; PAIXÃO, L. M. **PDF Parto humanizado: a atuação do fisioterapeuta antes e durante o trabalho de parto.** ALTUS CIÊNCIA, v. 14, n. 14, p. 302-322, 2022.

WALLACE, A.; S. L.; MILLERB, L. D; MISHRAA, K. **Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. Current opinion in obstetrics and gynecology.** Volume 31, December, 2019.

WOODLEY, S.J; LAWRENSON, P; CODY, JD; BOYLE, R; MORKVED, S; KERNOHAN, A; SMITH, J.C.H. **Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia.** 2ª edição. Barueri-SP: Manole, 2012.