



CURSO DE FISIOTERAPIA

GABRIELA APARECIDA COSTA RIBEIRO

**INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DA DIÁSTASE
ABDOMINAL NO PÓS-PARTO**

**Sinop/MT
2026**

CURSO DE FISIOTERAPIA

GABRIELA APARECIDA COSTA RIBEIRO

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA DIÁSTASE
ABDOMINAL NO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Avaliadora do
Departamento de Fisioterapia do Centro
Universitário Fasipe - UNIFASIPE, como
requisito para obtenção do título de
bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Ma. Lilian Garlini
Viana Pinheiro

GABRIELA APARECIDA COSTA RIBEIRO

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO
TRATAMENTO DA DIÁSTASE ABDOMINAL
NO PÓS-PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Fisioterapia -UNIFASIPE, Centro Universitário de Sinop - MT, como requisito para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em



Profª. Ma. Lilian Garlini Viana Pinheiro
Professora Orientadora
Departamento de Fisioterapia –
UNIFASIPE



Profª. Esp. Luana Florêncio Ramos
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Fisioterapia –
UNIFASIPE



Prof. Esp. Liara Beatriz Carneiro de Almeida Paes
Professor (a) Avaliador(a)
Departamento de Fisioterapia –
UNIFASIPE



Prof. Me. Fabiano Pedra Carvalho
Coordenador do Curso de Fisioterapia
Departamento de Fisioterapia –
UNIFASIPE

Sinop/MT
2026

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a mim mesma, por ter encontrado a coragem de seguir em frente quando desistir parecia mais fácil. Por cada momento em que a dúvida tentou me parar e, mesmo assim, escolhi acreditar. Provei a mim mesma que, apesar das dificuldades e dos obstáculos, a minha força de vontade e determinação foram maiores do que qualquer medo. Este é o resultado da minha escolha de dar certo, quando eu poderia ter escolhido o contrário.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus , por ter me sustentado ao longo dessa jornada e me dado forças para superar cada desafio, pois sem Ele nada disso seria possível.

Expresso minha profunda gratidão ao meu querido pai, Vilmar Alves Ribeiro, que sob o intenso sol, sempre trabalhou para que eu pudesse alcançar meus objetivos e encontrar meu caminho à sombra. Agradeço também aos meus padrinhos, Cleyton e Oliria, que me apoiaram durante minha passagem por Goiânia e, com generosidade e carinho, tornaram minha caminhada mais leve. Sou eternamente grata a vocês.

Estendo minha sincera gratidão ao meu companheiro de vida, Amauri Júnior, por seu constante incentivo, por ter enxugado minhas lágrimas nos momentos difíceis e por nunca medir esforços para me apoiar e ajudar, sempre ao meu lado para que eu não desistisse.

Por fim, deixo registrado meus agradecimentos a todos que, de alguma forma, estiveram presentes nessa jornada. Cada contribuição foi essencial para a realização deste trabalho.

RIBEIRO, Gabriela Aparecida Costa. Intervenção fisioterapêutica no tratamento da diástase abdominal no pós-parto, 2026, p. 51.

Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Fasipe - UNIFASIPE

RESUMO

A diástase do músculo reto abdominal representa o afastamento vertical entre as musculatura dos retos abdominais que decorre do alargamento da linha alba. Este afastamento pode ser medido pela distancia entre os bordos mediais da musculatura nas regiões infraumbilical supraumbilical. Este afastamento pode ocasionar, em algumas gestantes, distúrbios que afetam suas vidas após o parto, pois não há regressão da linha alba de modo espontâneo. Deste modo, este estudo tem como objetivo analisar, por meio da literatura científica, as intervenções fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da diástase do músculo reto abdominal no período pós-parto. A fisioterapia utilizando algumas técnicas tem mostrado eficiente na recuperação da tonicidade do músculo reto abdominal e também na redução do afastamento da linha alba. Tendo como metodologia uma revisão de literatura de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida com a finalidade de reunir, organizar e analisar produções científicas acerca das intervenções fisioterapêuticas no tratamento de diástase do musculo reto abdominal no período pós-parto. Buscando comprovar as intervenções fisioterapeutica contribui não só para a recuperação estética, como também para a melhoria da musculatura do abdomen e para a prevenção de fatores decorrentes da diástase. A metodologia aplicada a este trabalho tem um recorte temporal delimitado ao período de 2010 a 2025, salvo alguns livros por ser a primeira edição extrapola este período. O intervalo escolhido busca contemplar edições mais recentes que se relaciona ao tema proposto. Sendo assim, a análise concentra-se nesta análise cronológica horizontal desse período, contudo sem ter prejuízos quanto aos contextos históricos, sociais e técnicos relacionados ao tema.

Palavras-chave: Diástase do Abdomen Reto; Fisioterapia; Período Pós-parto; Intervenções.

ABSTRACT

Diastasis recti abdominis is characterized by the vertical separation of the rectus abdominis muscles caused by the widening of the linea alba. This separation can be measured by the distance between the medial borders of the muscles in the supraumbilical and infraumbilical regions. In some postpartum women, this condition may lead to disorders that affect their quality of life, as the linea alba does not always regress spontaneously after childbirth. Therefore, this study aims to analyze, through the scientific literature, the physiotherapeutic interventions used in the treatment of diastasis recti abdominis during the postpartum period. Physiotherapy, through the application of various techniques, has demonstrated effectiveness in restoring the tone of the rectus abdominis muscles and reducing the separation of the linea alba. The methodology employed was a descriptive literature review with a qualitative approach, developed to gather, organize, and analyze scientific publications regarding physiotherapeutic interventions for the treatment of diastasis recti abdominis in the postpartum period. The findings suggest that physiotherapeutic interventions contribute not only to aesthetic recovery but also to the improvement of abdominal muscle function and the prevention of complications associated with diastasis recti abdominis. The methodology applied to this work has a time frame limited to the period from 2010 to 2025, except for some books because it is the first edition extrapolates this period. The chosen interval seeks to contemplate more recent editions that are related to the proposed theme. Thus, the analysis focuses on this horizontal chronological analysis of this period, but without prejudice to the historical, social and technical contexts related to the theme.

Keywords: Diastasis of the Abdomen Rectum; Physiotherapy; Postpartum Period; Interventions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Quadrantes abdominais.....	16
Figura 02: Regiões da parede do abdômen e regiões da parede abdominal modificada.	17
Figura 03: Mudança na estrutura do corpo durante a gestação	21
Figura 04: Diástase abdominal.....	25
Figura 05: Diástase Reto Abdominal	26
Figura 06 Medição da diástase.....	30
Figura 07: Atividade de Cinesioterapia	33/34
Figura 08: Ginástica Abdominal Hipopressiva	36
Figura 09: Uso do método kinesio taping	38
Figura 10 Pilates (Shoulder Bridge).....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Problemática	11
1.2. Justificativa	12
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Geral.....	13
1.3.2 Específicos	13
1.4 Metodologia	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Anatomia e biomecânica da parede abdominal	15
2.2 Alterações fisiológicas e hormonais no período gestacional	20
2.3 Definição e classificação da diástase abdominal	22
2.4 Fisiopatologia da diástase do músculo reto abdominal e a fisiologia puerperal	24
2.5 Fatores de risco	27
2.6 Repercussões da diástase	28
2.7 Avaliação da diástase	29
2.8 O papel do fisioterapeuta pélvico	30
2.9 Intervenções fisioterapêuticas na reabilitação da diástase.	32
2.9.1 Ginástica Abdominal Hipopressiva – GAH	35
2.9.2 Método Kinesio Taping	37
2.9.3 Método Pilates.....	39
2.9.4 Cinesioterapia	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

Na região central do corpo está situado o abdômen, sendo este, composto por três músculos: oblíquo externo, oblíquo interno e transverso. Na linha Alba, localizada ao longo da linha média do abdômen, são observados os músculos reto abdominal e piramidal, esse grupo de músculos são fundamentais para manutenção da postura, pela proteção dos órgãos internos e locomoção. Os músculos abdominais são essenciais para o corpo do indivíduo, tendo como função a estabilização da coluna com o objetivo de impedir que lesões aconteçam, para sustentar a postura do corpo, bem como, determinar a normalidade da função intestinal (Faria, 2020).

Durante o período gestacional e de parto o corpo da gestante passa por diversas alterações fisiológicas e hormonais que causam modificações no organismo feminino, dentre eles o aumento do útero e atividade hormonal da progesterona, do estrogênio e da relaxina, que são liberadas e podem ter atuação sobre os ligamentos do corpo (Luna, et al, 2012). Uma condição comum que ocorre na gestação é o comprometimento ao longo da linha alba ocasionado a separação da linha média do músculo reto abdominal, sendo caracterizada como Diástase do Músculo Reto Abdominal. Isto acontece em função das alterações hormonais, distensão da parede abdominal pelo crescimento do feto e deslocamento dos órgãos abdominais (Feitosa, et al, 2017). Há uma maior produção de Beta HCG como o estrogênio que é responsável pelo crescimento dos músculos, pelo aumento da vascularização uterina e também das glândulas mamárias, pelo relaxamento dos ligamentos pélvicos. A relaxina tem papel fundamental durante a gestação, pois prepara o colo do útero para o parto e auxilia no relaxamento dos músculos uterinos.(Medeiros, 2023)

A Diástase do Músculo Reto Abdominal (DMRA), pode acometer qualquer pessoa desde neonatos, sendo estas, gestantes ou não e, homens acima do peso. Contudo, em mulheres após o parto, diferentes condições concorrem para a manifestação da diástase, dentre elas, o curto intervalo entre uma gestação e outra, aumento e perda de peso de modo gradativo e rápido e múltiplas gestações (Costa, et al, 2021). A DMR quando menosprezada tendem a reincidir, podendo intensificar-se e levar a incapacitação transitória nas gestações posteriores, podendo acrescer o risco do desenvolvimento de lombalgias crônicas (Faria, 2020).

O tratamento para os sintomas da diástase deve ser levado em consideração quando os sintomas incluírem dor e desconforto abdominal, instabilidade pélvica, dor

lombar e sintomas ligados a uroginecológicos como incontinência fecal e urinária, bem como, prolapso de órgãos pélvicos. Devido a esses fatores é importante o indivíduo passar por cuidados integrais que abranja não somente o fortalecimento muscular, mas também, o acolhimento emocional. (Esteves; Soares, 2025) O desconforto abdominal assim como a dor lombar estão relacionados aos sintomas da diástase, destaca-se também a ocorrência de mudanças na musculatura esquelética e uroginecológicas, portanto, mesmo que seja habitual situações como estas, é necessário que o tratamento seja com exercícios de fisioterapêutico, ocorrendo durante e depois do parto de modo constante. (Luna, et al., 2012)

A diástase é altamente normal no terceiro trimestre gestacional, acometendo 65% das gestantes, ocorrendo com maior frequência, na área umbilical, seguida da diástase supra umbilical e da infraumbilical. Contudo essa condição poderá ser provisória como permanente, dependendo da condição e grau de comprometimento da musculatura abdominal. Sendo, supra umbilical, a mais relevante e frequente (Miranda; Braga, 2022).

Logo, o fisioterapeuta está apto a atuar tanto na prevenção como no tratamento da diástase, tornando possível melhorar a qualidade de vida da paciente no pós-parto, promovendo rápida recuperação e melhora do condicionamento físico, evitando o ganho de peso e, conseqüentemente, melhorando a imagem corporal por meio de exercícios que fortalecem a musculatura abdominal e promovem o realinhamento das estruturas lombo-pélvicas. (Melo; Ferreira, 2014).

Apesar da relevância clínica da diástase abdominal no pós-parto, ainda existem divergências na literatura quanto as intervenções fisioterapêuticas mais eficazes para sua reabilitação. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas sobre as intervenções fisioterapêuticas no tratamento da diástase abdominal no pós-parto.

1.1 Problemática

A fisioterapia é uma área muito abrangente, podendo o fisioterapeuta atuar nas áreas da obstetrícia, ginecologia e urologia. Nas duas primeiras áreas, o fisioterapeuta tem como papel o auxílio à mulher nas mudanças físicas que ocorrem

do começo da gravidez ao puerpério de modo a atenuar as mudanças que ocorrem em seu corpo, principalmente na musculatura da linha Alba. (Bim; Perego, 2002)

Apesar da elevada prevalência da diástase do músculo reto do abdômen no período pós-parto e de seus impactos funcionais como dor lombar, instabilidade do tronco e alterações posturais, ainda há lacunas na literatura quanto à padronização e a eficácia das intervenções fisioterapêuticas utilizadas no seu tratamento. Nesses contextos, observa-se a necessidade de compreender quais abordagens fisioterapêuticas apresentam melhores resultados na reabilitação da diástase abdominal, contribuindo para a recuperação funcional e qualidade de vidas das puérperas. Dessa forma, surge a seguinte questão norteadora: quais são as intervenções fisioterapêuticas mais eficazes no tratamento da diástase do músculo reto abdominal no período pós-parto?

1.2. Justificativa

A diástase do músculo reto abdominal (DMRA) apresenta elevada prevalência no período gestacional e pós-parto, entretanto na literatura, há diferentes modos de definir e avaliar a diástase reto abdominal, sendo sua prevalência variável dificultando a inter-relação dos pesquisadores, pois não existe uma concordância em relação a valores aceitáveis, relevantes ou prejudiciais.

Neste contexto, a fisioterapia desempenha papel fundamental tanto na prevenção quanto no tratamento da DMRA, por meio de estratégias que visam a recuperação e o bem-estar da saúde da mulher no período gestacional e no pós-parto, pois oferta uma gama de abordagens terapêuticas específicas destes períodos.

Dessa forma, este estudo se justifica-se pela relevância clínica da DMRA no puerpério pois intervenções fisioterapêuticas têm desempenhado papel relevante na promoção da saúde da mulher tanto no período gestacional como no puerpério, agindo na prevenção e no tratamento das alterações do músculo reto abdominal que ocorrem nestes períodos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

- Analisar, por meio da literatura científica, as intervenções fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da diástase do músculo reto abdominal no período pós-parto.

1.3.2 Específicos

- Descrever as alterações fisiológicas e biomecânicas ocorridas durante a gestação relacionadas ao desenvolvimento da diástase;
- Discorrer sobre a fisiopatologia da diástase do músculo reto abdominal – DMRA no período gestacional e pós-parto;
- Identificar os principais fatores de risco associados ao surgimento e a persistência da diástase abdominal;
- Analisar as repercussões funcionais da diástase do músculo reto abdominal na saúde da mulher;
- Especificar as principais intervenções fisioterapêuticas utilizadas na prevenção e no tratamento da diástase abdominal;
- Comparar a eficiência das diferentes abordagens fisioterapêuticas descritas na literatura científica.

1.4 Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão de literatura de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida com a finalidade de reunir, organizar e analisar produções científicas acerca das intervenções fisioterapêuticas no tratamento de diástase do musculo reto abdominal no período pós-parto.

A escolha por esse tipo de estudo justifica-se pela possibilidade de identificar e discutir, a partir da literatura já publicada, os principais conceitos relacionados a diástase abdominal, seus fatores associados, suas repercussões funcionais e as

condutas fisioterapêuticas empregadas na prevenção e reabilitação dessa condição, contribuindo para a ampliação do conhecimento teórico sobre o tema e para o embasamento da prática profissional.

Para a construção do trabalho foram consultadas produções científicas disponíveis em base de dados e plataformas eletrônicas com destaque para Google Acadêmico e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), conforme proposto no delineamento inicial do estudo. Também foram utilizados livros, monografias, dissertações, teses e artigos científicos que apresentassem relação direta com a temática investigada.

A busca bibliográfica foi realizada por meio da combinação de descritores e termos relacionados ao objeto de estudo, dentre eles: fisioterapia, período pós-parto, cesárea, parto vaginal, diástase do músculo reto abdominal e atividades fisioterapêuticas para diástase. A utilização desses descritores teve como finalidade localizar publicações que abordassem tanto os aspectos fisiológicos e funcionais da diástase abdominal quanto os recursos fisioterapêuticos empregados no cuidado à mulher no puerpério.

A metodologia aplicada a este trabalho tem um recorte temporal delimitado ao período de 2010 a 2025, salvo alguns livros por ser a primeira edição extrapola este período. O intervalo escolhido busca contemplar edições mais recentes que se relaciona ao tema proposto. Sendo assim, a análise concentra-se na cronológica horizontal desse período, contudo sem ter prejuízos quanto aos contextos históricos, sociais e técnicos relacionados ao tema. Sendo que a coleta de dados dos trabalhos pesquisados foi realizada no período compreendido entre os meses de março e maio de 2026.

Por se tratar de um estudo de revisão de literatura, sem envolvimento direto de seres humanos, sem coleta de dados em campo e sem intervenção clínica, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando-se, contudo, os princípios relacionados ao uso e a citação adequada das fontes consultadas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Anatomia e biomecânica da parede abdominal

O abdômen é parte integrante do tronco, situando-se entre a pelve inferiormente e o tórax superiormente. Entretanto esta divisão, tanto externamente com internamente não são nitidamente marcadas. A cavidade abdominal fica separada da torácica pelo músculo do diafragma, sendo este, estriado esquelético com o formato de cúpula que serve como separação entre a cavidade torácica e a cavidade abdominal, sendo este a principal barreira física entre elas. Entretanto, pode-se ter como separação destes órgãos, o estreito superior da pelve. (Dângelo; Fattini, 1988)

A cavidade abdominal aloja a maior parte dos órgãos do sistema digestório e parte do sistema urogenital, bem como, o baço, as glândulas suprarrenais e partes dos plexos autonômicos, dentre eles o plexo celíaco ou solar e o mesentério. Esta parte do corpo não contém proteção óssea, porém faz parte dela as cinco vértebras lombares e os discos interpostos aos corpos destas vértebras. (Dângelo; Fattini, 1988)

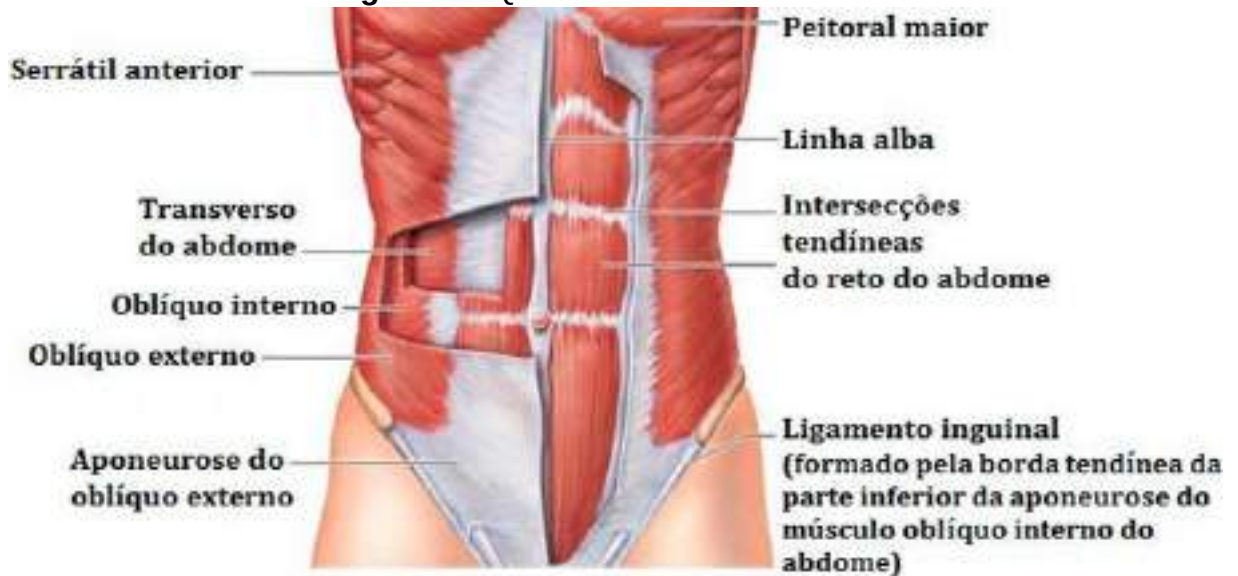
O plexo mesentérico superior guarda as ramificações dos nervos que são ligados aos intestinos delgado e grosso, possuindo também os gânglios que circundam o início da artéria mesentérica superior. O plexo mesentérico inferior supre o intestino delgado e supre o intestino grosso, “e alguns de seus neurônios pós-ganglionares simpáticos se projetam ao plexo hipogástrico, o qual inerva efetores viscerais pélvicos. O plexo hipogástrico superior se localiza proximamente à bifurcação da aorta abdominal, na parte anterior. Ele supre os plexos uretérico e testicular.” (Da Silva, et al, p, 124, 125, 2023)

O abdômen possui paredes musculares que se adaptam a expansão durante a gravidez e a obesidade. Estas paredes têm a capacidade de se expandir devido a tumores abdominais ou pélvicos de crescimento lento ou devido a deposição de gordura. Pode ocorrer que durante a gravidez surjam linhas avermelhadas comumente conhecidas como estrias gravídicas que após o parto se transformam em estrias esbranquiçadas que recebem o nome de linhas albicantes. (Dângelo; Fattini, 1988)

Sendo a cavidade abdominal um espaço delimitado interiormente pela cúpula diafragmática e pelo assoalho pélvico, pode-se descrever a sua anatomia topográfica

por sua divisão em relação aos planos horizontais e verticais, sendo, portanto, dividido em quatro quadrantes e/ou em nove regiões. (Bonelly, et al, p, 140, 2023)

Figura 01: Quadrantes abdominais



Fonte: (A) Quadrantes abdominais; (B) Nove regiões abdominais (Adam, 2014)

Duas linhas verticais servem de delimitação para as nove regiões abdominais, elas derivam das linhas hemiclaviculares esquerda e direita e prolongam até os tubérculos do púbis de cada flanco, e duas linhas horizontais, uma inferior que liga a crista ilíaca direita com a esquerda, a superior que faz a junção de dois pontos do rebordo costal em que atravessam as linhas hemiclaviculares. E neste contexto, formam-se as regiões: epigástrio, hipocôndrio direito e esquerdo, mesogástrio, flancos direito e esquerdo, hipogástrio e fossas ilíacas direita e esquerda. (Bonelly, p.140, 2023)

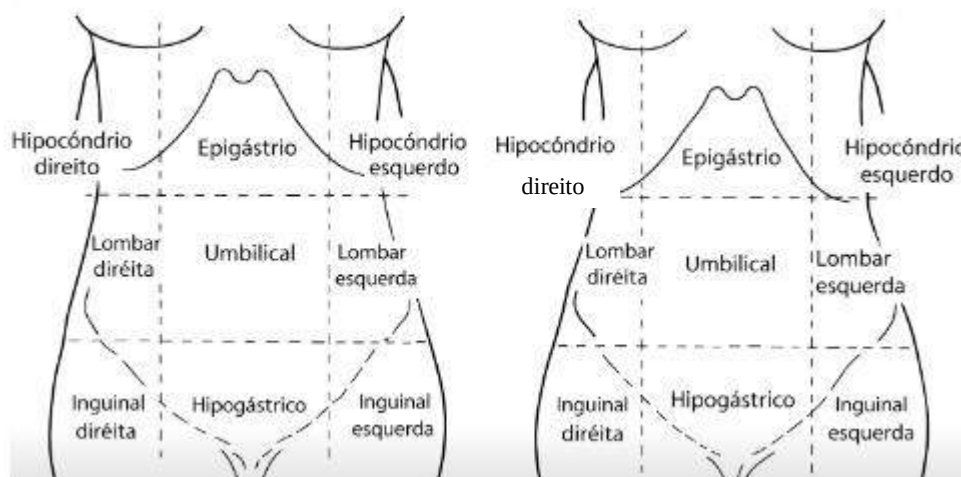
A cavidade do abdômen aloja-se vários órgãos. No quadrante superior esquerdo ficam alojados o baço, o estômago, cauda do pâncreas, rim esquerdo e parte do cólon; no direito identifica-se o fígado, a vesícula biliar, o piloro, duodeno, cabeça do pâncreas, parte do cólon e polo superior do rim direito. No inferior esquerdo: nota-se o cólon sigmóide, a tuba uterina esquerda, ovário esquerdo, útero, ureter esquerdo, cólon descendente e parte da bexiga quando distendida e no inferior direito observa-se o polo inferior do rim direito, o ceco, o apêndice, tuba uterina direita, ovário direito, ureter direito, útero, parte do cólon ascendente e parte da bexiga quando distendida. (Silva, et al, 2023)

As vísceras e a parede abdominal são recobertas por um folheto laminar internamente que recebe a denominação de peritônio, estando esse dividido em

peritônio parietal e visceral, entretanto essa divisão é exclusivamente para fins de estudo, por se tratar de uma membrana única e contínua. Ele reveste a parede posterior do abdômen e se desprende dela para recobrir grande parte da superfície do fígado. (Martinez, et al, p.68, 2009)

Segundo Dângelo e Fattini (1988) existem diferentes modos de estabelecer os limites das regiões do abdômen, entretanto a mais utilizada na prática médica é a indicada pela figura abaixo.

Figura 02: Regiões da parede do abdômen e regiões da parede abdominal modificada.



Fonte: Dângelo; Fattini, (1988, p. 546)

A figura em que apresenta a região da parede abdominal modificada parte do ponto de encontro entre a linha hemiclavicular e o plano transtubercular, traça-se uma linha até o tubérculo púbico isto faz com que a área da região inguinal seja bastante ampliada. (Dângelo; Fattini, 1988, p. 546)

O plano transumbilical tem como ponto de referência o umbigo e este se encontra no nível LIII e LIV, contudo sua localização pode ter variação dependendo da quantidade de gordura subcutânea abdominal, Também pode servir de referência o nível dermatomo T10. (Hoppen; Leão, 2023)

Localizada entre as duas partes do músculo reto do abdômen encontra-se a linha alba, cuja a estrutura mede 1 centímetro. Ela pode ser mais bem observada em pessoas magras por meio do sulco cutâneo vertical e superficial, porém abaixo do umbigo não se observa esta linha. Durante a gestação uma parte da linha alba, a infraumbilical, adquire maior pigmentação e torna-se Linha Nigra. (Oliveira, 2023)

A parede anterolateral do abdômen é formada por três músculos laminares que a grosso modo pode ser comparado a uma madeira compensada formada por lâminas finíssimas comprimidas uma as outras como as fibras com direções diferentes, sendo estes três músculos, o oblíquo externo, interno e transversos. (Dângelo; Fattini, 1988, P. 546)

E de acordo com Fritzen e Moura (p. 49, 2023) os músculos da parede anterolateral também é composto por dois músculos verticais que são o reto do abdômen e o piramidal. A bainha do músculo reto do abdômen a linha alba são formados pelas aponeuroses, e estes são constituídos pelos músculos planos. O músculo reto do abdômen é responsável pela flexibilidade do tronco, na estabilidade e no controle da inclinação da pelve e o músculo piramidal comprime a linha alba, sendo referência do ponto de incisão abdominal mediana

Alguns músculos, durante a gestação, mudam da região vertebral para a parede abdominal, escápula e úmero e são conhecidos por músculos amplos ou transversos. A aponeurose toracolombar utiliza-se destes músculos para uma fixação suplementar e corresponde a uma membrana aponeurótica resistente e ampla que se fixa a coluna lombar, bem como, a borda posterior do osso íliaco. (Dângelo; Fattini, 1988, p. 548)

O músculo reto abdominal encontra-se envolto por uma bainha do reto abdominal que tem algumas particularidades, entre elas, o entrelaçamento da bainha do reto e a linha mediana anterior com as do lado oposto gerando uma rafe longitudinal, mediana conhecida por linha alba. A bainha do reto pode variar a sua constituição de acordo com o nível em que se encontre na parede do abdômen. (Dângelo; Fattini, 1988, p. 549)

A musculatura piramidal é descrita como sendo pequena, alongada e plana com sua localização na parede abdominal anteroinferior contigualmente lateral à linha mediana, estando situado na bainha do reto abdominal consecutivamente a frete desse músculo. Ele tem o formato triangular, com base em posição distal e vértice em posição proximal, podendo ocasionalmente ter o formato quadrangular. (Costa, et al, 2017)

O músculo piramidal estende desde o púbis até a linha alba onde se une com sua contralateral. Este músculo pode estar ausente em 10 a 20% das pessoas, podendo ser de apenas um lado ou de ambos os lados. Ele recebe vascularização por

meio de ramos da artéria epigástrica inferior e possui nervos por ramificações subcostal. (Munive et al, 2019)

O assoalho pélvico é formado por músculos e fáscias assentadas em camadas para garantir suporte aos órgãos pélvicos. Sua formação ocorre pela pelve – íleo, ísquio, púbis e sacro, a qual é um sistema de junção entre o tronco e os membros inferiores, tendo como função a proteção dos órgãos pélvicos que tem sustentação pela fáscia endopélvica que fixa os músculos perineal e serve como estrutura de apoio para transição do peso corporal para os membros inferiores. (Silva, 2015)

Tabela dos músculos anterolateral do abdômen

Músculo	Origem	Inserção
Oblíquo externo	Oito últimas costela, interdigitando com o músculo serrátil anterior e musculo grande dorsal	Fibras posteriores e inferiores na crista ilíaca. Fibras anteriores e superiores na bainha do reto e linha alva.
Oblíquo interno	Aponeurose toracolombar	Bainha do reto
Transverso do abdômen	Face interna das seis últimas cartilagens costais, aponeurose toracolombar, crista ilíaca	Bainha do reto
Reto abdômen	Processo xifoide, 5ª e 6ª cartilagens costais	Sínfise e crista púbica
Piramidal	Corpo do púbis	Parte inferior da linha alva

Adaptado de Dângelo; Fattini, (1988, p. 547)

A região inguinal faz a transposição entre o abdômen e os membros inferiores e está localizada entre a espinha ilíaca anterossuperior e o tubérculo púbico. Por ser uma região que permite a passagem de estruturas e possuir uma fraqueza natural , por isso dispõem de uma relevância anatômica. (Palleto, et al, 2023)

A formação canal inguinal ocorre através da parede anterior que é formada pela aponeurose do músculo oblíquo externo e pelo músculo oblíquo interno. A parede posterior também faz parte da região inguinal, sendo essa formada pela fáscia transversal, pelas aponeuroses dos músculos oblíquo interno e transverso e pelo ligamento do reflexo. Os músculos oblíquo interno e transverso e pela aponeurose do músculo oblíquo externo constituem o teto do canal inguinal e, o canal lacunar (medial) e o ligamento inguinal ou Poupart formam o assoalho. (Palleto, et al, 2023)

A região inguinal, por sua anatomia, comporta as artérias circunflexa superficial, epigástrica superficial e podendo externa e veias acompanhantes, são derivadas da artéria e veias femorais. Essa região aprovionada pelos nervos ílio-hipogástrico e ílio-inguinal que se situam entre as camadas do músculo oblíquo

externo e interno, Na porção cranial dessa região fica localizado o nervo ílio-hipogástrico que tem sua origem no ramo terminal anterior do nervo espinal L1, tendo suas ramificações na aponeurose do músculo oblíquo externo do abdômen da parte inferior da parede abdominal. Esse nervo também tem ação na pele sobre a crista ilíaca, região do hipogástrico, músculos oblíquo interno e transversos do abdome. (Palleto, et al, 2023)

Os plexos autônomos são formados por axônios de neurônios simpáticos e parassimpáticos que configuram como redes nervosas. O plexo celíaco/solar é o maior plexo abdominal, bem como o maior plexo autônomo do corpo e tem sua localização em volta do tronco celíaco. Esses plexos compreende uma enorme rede de axônios autônomos e se disseminam por diversos órgãos do abdômen, como: o estômago, baço, fígado, vesícula biliar, pâncreas, rins e medulas das glândulas suprarrenais. (Dângelo; Fattini, 1988)

2.2 Alterações fisiológicas e hormonais no período gestacional

Durante o período gestacional a vida da mulher passa por várias transformações, tanto, psicológicas, físicas e fisiológicas e, estas mudanças podem vir a causar danos relacionados ao seu desempenho cotidiano e em seus relacionamentos intra e interpessoal. (Alves; Bezerra, 2020)

Essas modificações estão correlacionadas ao acúmulo de hormônios que são responsáveis pelas adequações do organismo a sua nova situação. Essas mudanças recaem principalmente sobre os sistemas cardiorrespiratórios, musculoesquelético e no metabolismo. Tais alterações não ficam restritas somente aos órgãos, mas também há transformações na postura, no equilíbrio e no centro de gravidade. (Rocha, 2017)

Entretanto, a percepção das grávidas sobre as transformações ocorridas no período gestacional está norteadas pelo aumento de peso, do abdômen e das mamas, entretanto, estas mudanças ocorrem de modo diverso para cada gestante de acordo com o período gestacional no qual a mulher se encontra. Sendo mais perceptível no segundo e terceiro período, pois são neles que acontecem mudanças mais expressivas. (Costa et al, 2010).

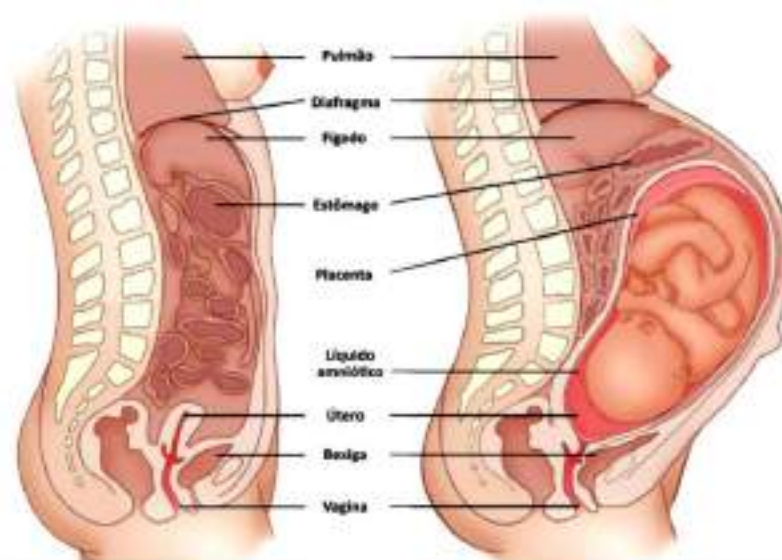
No ciclo de gravidez, as mudanças fisiológicas, quer sejam, anatômicas e/ou biológicas, acontecem com o objetivo de preparar o corpo da mulher para receber a

nova vida que está sendo desenvolvida. As transformações dos sistemas cardiovascular, hematológico, respiratório, trato gastrointestinal, sistema tegumentar, urinário, musculoesquelético, sistema nervoso, endócrino e genital, ocasionalmente, trazem grandes desconfortos e preocupações para as gestantes. (Brasil, 2013).

O sistema cardiocirculatório, o coração, sofre transformações relacionadas ao tamanho e posição por meio da hipertrofia da musculatura cardíaca e pelo aumento do volume das câmaras. Nas primeiras semanas há um aumento da frequência cardíaca de modo gradativo, retornando a valores menores, depois de 28 a 36 semanas, porém nunca ao valor inicial, isto é, antes da gestação. (Costa et al, 2010).

Quanto ao aspecto fisiológico que mais influência as alterações na gravidez se encontram a hormonal, pois há um aumento na produção de estrogênio, progesterona, gonadotrofina coriônica e somatomamotropina coriônica que estão diretamente ligados ao processo de gravidez. Este aumento de produção hormonal faz com que surjam sintomas como: cansaço, acúmulo de gordura, circunferência abdominal aumenta, os pés e mãos incham, os seios aumentam fazendo com que o corpo adquira outra forma. (Bagnara, 2010)

Figura 03: Mudança na estrutura do corpo durante a gestação



Fonte: Baracho (2015).

Outro órgão muscular que sofre a maior transformação, mesmo não pertencendo ao sistema musculoesquelético, o útero, este órgão pequeno e praticamente sólido, abriga em seu interior o feto, a placenta e 500 a 1000 ml de líquido amniótico. As alterações sofridas por este órgão configuram como sendo a principal causa mudanças a estática e na dinâmica do esqueleto da gestante. O

aumento do volume do útero no período da gravidez pode causar o estiramento da musculatura abdominal causando a separação dos feixes dos Músculos Retos Abdominais – DMRA. (Leite; Araújo, 2012)

2.3 Definição e classificação da diástase abdominal

Na anatomia do corpo humano, o abdômen está em uma posição central, evidenciando a sua importância no estabelecimento do contorno do corpo. A parede abdominal tem sua forma constituída pela estrutura do esqueleto, pela distribuição e quantidade de gordura, pelo aspecto e situação da pele e também pela integridade do sistema músculo aponeurótico, bem como pelo conteúdo intracavitário. A parede abdominal pode apresentar áreas de debilidade que são consideradas normais, como por exemplo: linha semilunar, anel umbilical, região inguinal e linha alba. A debilidade pode ser causada por traumatismo devido a cirurgias e a tensão tecidual devido a gestação ou a distensão intracavitária podem acarretar a diástase musculoponeuróticas. (Tedeschi, 2022)

Alguns fatores são indicativos para o desenvolvimento da diástase como ganho de peso durante a gestação, incisão cirúrgica da cesárea, múltiplas gravidez, idade avançada. A função dos músculos esqueléticos, principalmente os que dão estabilidade para a região lombar e da parede abdominal podem sofrer alterações quando ocorre alterações no seu nível de carga. (Michelowski, *et al*, 2014)

Segundo a Organização Mundial da Saúde o parto cesáreo é aconselhável somente quando o parto vaginal trará risco para a mãe ou a criança. De acordo com o Ministério da Saúde reportou que desde de 2010 os números de partos cesáreos mantiveram-se estáveis e obteve uma leve queda em 2015, de 1,5 pontos percentuais ficando em torno de 40,2%. Entretanto, o que é recomendado que essa taxa seja de apenas de 15% com relação aos partos cesáreos. (BRASIL, 2019).

Sendo esta intervenção abdominal mais regular, traz como consequência no pós-operatório a fraqueza central, devido que, durante o processo cirúrgico, há o corte dos músculos abdominais que acarreta uma diminuição da força muscular depois da recuperação. Ao focar nos cuidados com o filho, a mãe negligencia a execução de atividades físicas que tem como objetivo o fortalecimento do core abdominal. Deste modo, é essencial que a mulher realize exercícios físicos após o parto, pois tais

atividades, contribuirá para a redução da DMRA, da depressão pós-parto, para a resistência cardiovascular e promove a perda de peso, bem como, ajuda na densidade mineral óssea. (Ferreira et al, 2012)

Define-se como sendo diástase do músculo reto abdominal uma deformidade muscular por ocorre a separação da linha média dos dois músculos retos abdominais ao longo a linha alba. O desenvolvimento da diástase pode surgir durante o último trimestre de gestação, entretanto não há concordância sobre os fatores de riscos para o surgimento da diástase no período de gestação ou mesmo no período pós-parto. (Floyd, 2024, p. 353).

Alterações biomecânicas como o estiramento da musculatura do reto abdominal podem facilitar o surgimento da diástase, sendo esta, definida como a separação ou afastamento dos feixes do músculo abdominal ao longo a linha alba. Essa situação pode perdurar por toda a vida ou ser um contexto transitório. As diástases podem ser classificadas como transumbilical, infraumbilical e supraumbilical. (Rett p. 276, 2009)

De acordo com Reinpold et al (2019) diástase do reto abdominal e/ou diástase dos músculos retos abdominais é um estado do abdômen adquirido em que os esses músculos são separados por um distanciamento anormal ao longo de seu comprimento, contudo sem efeito na fáscia. Quando há uma separação menor que dois centímetros essa é considerada diástase dos retos abdominais, sendo mais comum em homens de meia idade e idosos que se dá por meio do acúmulo abundante de gordura visceral em torno dos órgãos internos. Acomete também mulheres que tiveram gravidez gemelar e /ou o feto grande.

De acordo com Barbosa Júnior (2021) define diástase abdominal é uma modificação contínua que faz com que haja um aumento da projeção global do abdômen e pode auxiliar para mudança posturais e lombalgias. Ela pode surgir devido a gravidez em mulheres e mudanças ponderais em homens e mulheres.

Ao definir a diástase, Almeida et al (2025), assevera que é o comprometimento da linha alba devido a separação da linha média da musculatura abdominal, podendo ser temporária ou permanente e surgir devido a fraqueza dessa musculatura, gestação múltiplas e obesidade.

Constatou-se na pesquisa que na literatura há diferentes maneiras de definir e avaliar a diástase, pois sua predominância é bastante variável e isso dificulta sua

definição, pois não há um consenso com relação a valores que possam ser relevantes, prejudiciais ou aceitável entre os pesquisadores.

2.4 Fisiopatologia da diástase do músculo reto abdominal e a fisiologia puerperal

Sabe-se que o corpo da mulher no período gestacional passa por diversas transformações anatômicas e funcionais: molecular, bioquímico, hormonal, celular e tecidual. Neste sentido, é indispensável conhecer as adequações do organismo no período de gestação para a boa prática fisioterapêutica, a fim de que seja possível perceber os desvios da normalidade. (Bertoloni; Arvelos, 2019)

Durante o período gestacional, o estirão do músculo abdômen ocorre para possibilitar o crescimento do útero, ocorrendo assim, um afastamento dos feixes dos músculos retos abdominais. Este fator ocorre pela ação da progesterona, estrogênio e relaxina juntamente com o crescimento do útero, recebendo a denominação de diástases. (Baracho, 2015).

Os músculos abdominais constituem em um apoio flexível de “quatro vias de estiramento” para o conteúdo abdominal. Sendo elas: o reto abdominal, o transverso do abdômen, oblíquo interno e oblíquo externo. Externamente, o reto abdominal tem como incumbência flexionar a coluna, bem como dar apoio a ela, apoiar a massa visceral, ajudar na expiração forçada, entre outros. O útero durante a gravidez que se encontra em crescimento não só distende os músculos abdominais, e devido à lassidão da linha alba e dos retos abdominais separados, deixam uma lacuna de 1 a 3 cm entre os dois abdômen da musculatura reto abdominal no fim da gestação, chamado de diástase. (Borges; Valentim, 2002)

O puerpério é um estágio em que acontece várias transformações corporais e psicológicas sem gerar consequências patológicas, entretanto é necessário que a puérpera seja assistida por uma equipe composta por vários, dentre estes, encontra-se o fisioterapeuta. Neste período os órgãos retomam ao estado anterior a gestação após o parto. Há três tipos de puerpério: imediato, tardio e remoto. (Coitinho, et al, 2019)

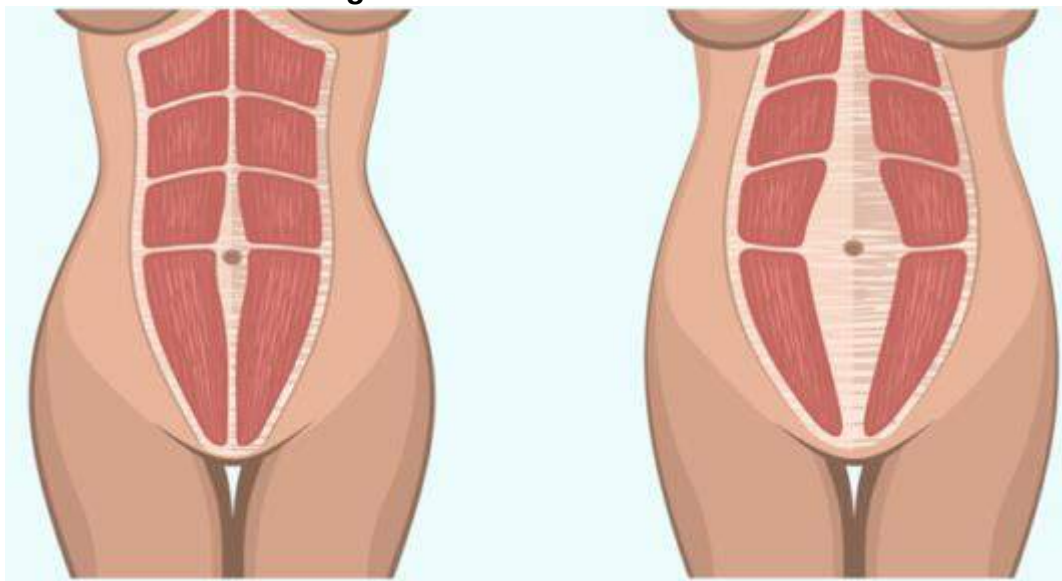
O imediato tem início logo após a queda da placenta e se estende até o 10º dia do pós-parto. Configurando-se por regressão que se manifesta por alterações

gravídicas locais e gerais. O tardio tem seu início no 11º dia indo até o 45º dia, quando nas puérperas que não lactantes identifica-se clara recuperação das partes do sistema genital. Nas que amamentam, estas características de recuperação tornam-se menos perceptíveis embora se faça presentes. (Brito, 2023)

Em relação ao remoto nas mães que não estão amamentando é etapa que transcorre do 46º dia até a completa recuperação das alterações decorridas pela gestação e a volta dos ciclos menstruais normais. Nas lactantes de um modo geral, mesmo quando menstruam, os ciclos menstruais serão, gradualmente, anovulatórios e posteriormente ovulatórios, com escasso corpo lúteo e endométrio misto. (Brito, 2023)

Em qualquer mulher que tenha passado pelo parto a diástase será visível, podendo esta, variar entre uma pequena abertura vertical com 2 a 3 cm de largura e/ou 12 a 15 cm de comprimento, em um espaço que tem como medida 12 a 20 cm de largura, e expandindo-se por quase todo o comprimento dos músculos retos como pode ser observado na figura abaixo. (Borges; Valentim, 2002)

Figura 04: Diástase abdominal



Fonte: Fonseca (2023)

A ocorrência da DMRA é maior nos meses finais da gestação e no pós-parto imediato. A diástase inicialmente é observada no segundo trimestre da gestação, mostrando diminuição no pós-parto tardio, sendo que a DMRA supra umbilical ocorre com mais frequência. (Mesquita, et al, 1999)

Sabe-se que durante a gravidez ocorre a produção do hormônio relaxina que tem como função tornar menos denso o tecido conjuntivo do aparelho reprodutor,

contribuindo para o nascimento do bebê. Porém, este hormônio, exaure-se após o parto, entretanto, seus efeitos continuam entre 6 a 12 semanas, sendo propenso a ocorrências de lesões articulares, ligamentares e musculares durante esse período (Du Bois, 2001).

O músculo reto do abdome constitui-se como um músculo vertical da parede abdominal imprescindível, sendo ele, amplo e se assemelha a uma tira. Separados pela linha alba, os dois músculos retos, reúnem-se na parte inferior e é triplamente mais largo na parte superior do que na parte inferior; sendo também, largo e fino na parte de cima e estreito e espesso na parte debaixo. O músculo reto do abdome, em sua maior parte, está dentro da bainha do músculo reto do abdômen. (Moore, 2019).

Este é sustentado transversalmente por afiação “à lâmina anterior da bainha do músculo reto do abdome em três ou mais intersecções tendíneas”. Sua tensão em pessoas musculosas causa proeminência das áreas de músculo entre as convergências tendíneas. As intersecções, mostradas por fissuras na pele entre as saliências musculares, geralmente ficam na área do processo xifoide, umbigo, e a meio caminho entre essas estruturas (Moore, 2019).

O surgimento da diástase em puérperas pode ser mensurado a partir do percentual das ocorrências, sejam elas: infra umbilical, umbilical e supra umbilical. Outros fatores que pode concorrer para o surgimento da diástase é o formato da pelve. Este fator predispõe a ocorrência de diástase no período gestacional e se as gestantes tiverem pelve estreita poderão ter a DMRA, quando esta estiver a associação a uma maior da tensão nas fibras da musculatura abdominal como pode ser observado na figura 03. (Costa, et al, 2021)



Fonte: Brasil (2021).

Quando a distensão a DMRA for excessiva poderá surgir desconforto e dor, pois nestes casos existe a interposição da capacidade do músculo abdominal no

estabelecimento do tronco causando maior tendência ao aparecimento da dor lombar. A adoção da atividade física antes e durante a gravidez favorece a prevenção e mesmo a diminuição da diástase. (Mesquita, et al, 1999)

2.5 Fatores de risco

No decorrer da gestação acontecem transformações fisiológicas no corpo da mulher que são permeados pelas mudanças hormonais que atingem o sistema urinário, circulatório, nervoso, respiratório, digestivo e músculo esquelético. Durante o terceiro trimestre de gravidez a DMRA é muito comum, acometendo 66% das gestantes. Alguns fatores que são considerados de risco para a DMRA como por exemplo: a obesidade, a multiparidade, o sedentarismo, o parto cesárea, a polidrâmnio e a macrosomia. (Luna, et al, 2012)

Com relação ao sedentarismo, percebe-se que gestantes praticam atividades físicas corretamente pode prevenir e/ou diminuir a diástase abdominal e as que são sedentárias pode ter uma maior predisposição a ter diástase e ao seu retorno inicial após o parto, bem como, a manutenção das alterações posturais. (Luna, 2012)

O abdômen ao sofrer uma sobrecarga biomecânica, podendo ser esta devido ao aumento da pressão intra-abdominal, a obesidade e ao envelhecimento pode fazer com que surja a diástase. A gestação, principalmente a multiparidade, é um fator de risco, pois o aumento do volume uterino e as mudanças hormonais, repetidas vezes com pouco intervalo entre uma e outra, podem resultar no enfraquecimento dos músculos e no alargamento da linha alba, promovendo a separação dos músculo reto abdominal. (Barbosa, et al, 2015)

De acordo Leite e Araújo (2012) com alguns autores como Freitas (2008), Souza (2006), Mesquita *et al.* (1999), Polden e Mantle (2000) entram em consenso ao relatar que a multiparidade é um fator de risco para o alargamento do músculo reto abdominal por acometer uma maior distensão deste músculo no período gestacional e que, gestações múltiplas causa uma maior abertura dos retos devido a sua musculatura ter sido exigida anteriormente.

Ao estudar a relação de quantidade de partos e a diástase, um estudo feito por Leite, *et al* (2012) constatou que fatores relacionados a primiparidade e a multiparidade se mostrou significativa, pois a chance das gestantes múltiplas ter

diástase é de 1,13 vezes maior e quando analisado os dados entre as secundíparas e as múltíparas cresce para 1,3.

Em um estudo realizado por Fei, *et al* (2021) mostrou que cesariana e a multiparidade podem ser considerados fatores contribuintes para o desenvolvimento de DRA. Em outro estudo realizado por Dargot (2022) também houve a constatação de que o parto cesáreo contribui para o surgimento da diástase reto abdominal, não significante que os partos vaginais não possam ocorrer a diástase. (Dargot, 2022)

Pacheco *et al* (2023) realizou um estudo da prevalência da diástase e constatou que o tipo de parto pode ter relação com a DMRA7, principalmente o parto cesáreo, pois ocasiona uma lesão na fáscia e musculatura abdominal, refreando o processo de recuperação, isso ocorre pelo fato de a diástase no parto vaginal se distanciar 32mm e no cesáreo este valor ser de 37 mm.

2.6 Repercussão da diástase

Os músculos que formam o abdômen são fundamentais para a preservação da postura, da estabilidade da pelve e do tronco e, a ocorrência da diástase pode gerar um dano biomecânico nesta região. Tais mudanças, aumentam o risco de disfunção do assoalho pélvico, que englobam bexiga hiperativa, prolapso de órgãos pélvicos, disfunção sexuais, distúrbios anorretais e incontinência urinária. (Almeida et al, 2025)

Portanto, diástase dos retos abdominais pode ocasionar diversas condições na saúde da mulher, entre elas, encontra-se a disfunção do assoalho pélvico. Essa condição acontece, pois, a parede abdominal exerce uma aplicabilidade indispensável para a função lombopélvica para diferentes mecanismos, dentre eles a transmissão de força através da tensão das fâcias. (Silveira et al, 2022)

A linha alba viabiliza sustentação e estabilidade ao tronco e ao assoalho pélvico, tanto os músculos do assoalho pélvico como os abdominais se contraem de forma sincrônica apontando para uma ação sinérgica abdômino-pélvica, podendo ser voluntário ou não. (Almeida et al, 2025)

O assoalho pélvico é formado pelos músculos levantador do ânus e o coccígeo, que tem como função sustentar os órgãos pélvicos e ajudar na continência urinária e fecal. As alterações hormonais e biomecânicas, no período de gestação, faz

com que a rigidez do assoalho pélvico seja reduzida sobrecarregando-o favorecendo disfunções miccionais. (Pereira; Germano, 2025)

Os músculos do assoalho pélvico participam da função sexual e se estiram em sua capacidade máxima para que o bebê passe no momento do nascimento. A fáscia endopélvica composta por ligamentos pubo-vesical, redondo do útero, uterossacro e ligamento cervical transversos e são indispensáveis para manter a estrutura pélvica em suas posições normais. (Peruzzi; Batista, 2018)

De acordo com Peruzzi e Batista (2018) a sobrecarga imposta pela gravidez altera a força e o tônus da musculatura do assoalho pélvico fazendo surgir ou agravar a sua disfunção o que favorece as disfunções sexuais e pode contribuir para o surgimento de problemas psicossociais e/ou interpessoais. relatam também que os exercícios relacionados ao músculo do assoalho pélvico no período gestacional contribui para o seu fortalecimento fazendo com se tornem saudáveis para aguentar o aumento do útero durante o processo de gravidez.

Outra disfunção ocasionada pela diástase no assoalho pélvico é a disfunção anorretal que causa constipação, incontinência fecal ou de flatos. A disfunção do compartimento anterior está ligada a incontinência urinária, as disfunções sexuais e o prolapso do órgão pélvico estão relacionadas ao compartimento médio e do posterior estão ligados a sintomas defecatórios como incontinência fecal ou/e defecação obstruída (intestino preso). (Oliveira, 2025)

Há um grande desconhecimento por parte das mulheres, bem como de alguns profissionais da saúde a respeito da fisioterapia pélvica que pode ajudar no tratamento da repercussão da diástase no assoalho pélvico, auxiliando nos resultados e melhorando a qualidade de vida da mulher. (Stein, *et al*, 2018)

2.7 Avaliação da diástase

Para a realização da avaliação da diástase é necessário seguir alguns passos. Ao examinar a puérpera, essa deve ficar em decúbito dorsal na cama e ter como apoio de cabeça um travesseiro fino e as pernas devem ficar totalmente estendidas. O abdômen deve permanecer exposto desde o processo xifoide a continuar assim até a sínfise púbica. Com o intuito de avaliar o profissional deve fazer três medições em lugares diferentes, em posição de repouso e/ou na posição de elevação da cabeça; 3

centímetros abaixo do umbigo, no umbigo e 3 centímetros acima do umbigo. (Ferreira, *et al*, 2015)

Figura 06: Medição da diástase



Fonte: Castro *et al* (2021)

Segundo Castro *et al* (2012) existem dois modos de avaliar a diástase, sendo uma delas por meio da palpação com os dedos em região de abdômen tendo a linha alba como parâmetro, como demonstrado na figura 6, na qual será mensurada de modo a identificar a largura e o comprimento da diástase.

A diástase também pode ser avaliada com o auxílio de um paquímetro que fará a medição de modo correto, para tanto, é necessário que a paciente esteja deitada de decúbito dorsal com os braços dobrados e os pés fixado sobre o local em que esteja deitada e essa deve flexionar o tronco, levando o queixo até os seios para que, utilizando o paquímetro o profissional mensure o distanciamento da linha alba. (Castro *et al*, 2012)

2.8 O papel do fisioterapeuta pélvico

A atividade do profissional de fisioterapia foi regulamentada pela Lei 938 em outubro de 1969, sendo esta profissão uma das mais recentes na área da saúde. A atividade desta área está relacionada a aplicação de metodologias, procedimentos e técnicas terapêuticas sob contato físico utilizando o contato físico ao paciente, estando este, consciente ou inconsciente. Embora, no Brasil, a presença do fisioterapeuta, está mais relacionada as Unidades de Terapias Intensivas, este profissional está apto a atuar em diferentes áreas da saúde. (Alves, 2012)

Em relação a saúde da mulher a fisioterapia tem papel fundamental quando se refere a saúde materna e neonatal, pois a atividade do fisioterapeuta tem como princípio auxiliar a gestante nos desconfortos gerados pelo parto e do pós-parto, bem como reduzir o tempo de internação e a utilização de medicamentos e também os custos hospitalares. (Souza *et al*, 2019)

A função do fisioterapeuta pélvico é a de preparar a gestante para as modificações físicas que ocorrerá em seu corpo no começo e final da gravidez e no puerpério. Ele dará orientações sobre como proceder na hora do parto vaginal e no pós-parto orientará nas atividades para que possa se restabelecer rapidamente e vencer a diástase. (Canesin *et al.*, 2010)

Ao utilizar o próprio corpo para o auxílio do parto, a fisioterapia pélvica, auxilia as gestantes tenta um parto humanizado por meio da cinesioterapia. A fisioterapeuta irá ensinar a gestante técnica de relaxamento que irá auxiliá-la durante o trabalho de parto. Estas atividades, como o uso de bastão e bola ajudará no relaxamento dos músculos levantadores do ânus, fáscia da pelve e pubo coccígeos, que são empregados em partos vaginais. (Paz *et al.*, 2022)

Outra abordagem que pode ser utilizada no auxilia a gestante é a massagem perineal que irá proporcionar dilatação do tecido perineal. Este método pode ser realizado pela própria gestante utilizando os dedos polegares e/ou médios e também os dedos indicadores. Ela deverá fazer movimentos em U com os dedos introduzidos a vagina para que o períneo relaxe e facilite a saída da criança, para tanto é necessário que o fisioterapeuta lhe indique a frequência e a duração desta massagem. (Marcelino *et al.*, 2008)

Para a redução de analgesias e impedir que seja realizada a cesariana, o fisioterapeuta pode utilizar da técnica da deambulação que consiste em dar a gestante a sensação de controle no início do parto. O estímulo à deambulação trará a gestante conforto e evitando o estresse para ela e o bebê.(Silva, 2011).

Durante o trabalho de parto e mesmo durante o parto e no parto, o fisioterapeuta deve ficar atento a respiração da gestante. Para tanto é necessário que este ensine a técnica de respiração torácica e a abdominal. Explicando que durante as contrações, esta deve fazer usa da respiração torácica, pois tal respiração visa à promoção de maior expansão torácica lateral fazendo com que se tenha o alívio no fundo uterino e contribuindo para uma oxigenação maior. (Bavaresco *et al*, 2011)

Analgesia através de eletroestimulação é um recurso muito usado em fisioterapia obstétrica para a produção de analgesia, pois tal recurso auxilia na ativação da endorfina por meio de receptores sensoriais que tem como função a redução da dor. Neste sentido, o fisioterapeuta, deve traçar parâmetros quando a intensidade e frequência de acordo com a sensibilidade de cada mulher, e também de acordo com o estágio do parto. (Bavaresco *et al*, 2011)

A humanização do parto por meio do suporte fisioterapêutico busca contribuir com o bem estar físico e psicológico da gestante pela busca de abordagens que visam reduzir as dores e desconforto do parto vaginal e também auxiliá-la no puerpério. Neste sentido, o fisioterapeuta, possui a sua disposição técnicas e abordagens que podem ser utilizados de modo eficiente e seguros no momento do parto e pós-parto. Entretanto, muitos hospitais, ainda não utilizam os trabalhos deste profissional que tanto contribui para que a mulher tenha uma gestação tranquila e sem dor. (Bavaresco *et al*, 2011)

2.9 Intervenções fisioterapêuticas na reabilitação da diástase

Trazer uma nova vida ao mundo sempre foi carregado de medos e incertezas para tanto é necessário que a mulher tenha a assistência necessária desde a concepção até o puerpério. O parto pode ser dividido em três fases: dilatação, dilatação complexa da cérvix e expulsão. As puérperas passam por alguns transtornos no pós-parto que vão desde dor no períneo a dor na sínfise púbica, bem como dor lombar e sacral e diástase abdominal. (Burti *et. al*, 2016)

De acordo com uma pesquisa realizada por Benjamin (2014) sobre métodos fisioterapêuticos para redução da diástase abdominal em mulher, os exercícios de fortalecimentos abdominal e central, tem apresentado que exercícios durante o período do pré-natal contribuem para a redução da diástase em 35%, sendo que estas atividades podem ser feitas durante o período gestacional, bem como no pós-parto. (Benjamin, 2014)

O fisioterapeuta e a fisioterapia emergem com o intuito de diminuir os distúrbios surgidos durante e após o parto facilitando para a mulher o retorno a sua rotina diária anterior a gestação e parto. Este profissional por meio de atividades buscar auxiliar as mulheres a ter uma melhor qualidade de vida, para tanto, usam

recurso como exercícios metabólicos, perineais e respiratórios, melhor posição para ficar na cama, analgesia, orienta em relação a postura e amamentação. (Urbano *et al*, 2019).

Em uma equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta tem papel fundamental na recuperação da mulher no puerpério imediato. Este profissional, durante esse período irá reunir dados de sua análise sobre as condições do parto e como a puérpera está se sentindo. Então, poderá indicar um protocolo de atividades e diretrizes sobre respiração, posicionamento na cama, musculatura abdominal e assoalho pélvico, bem como sobre os cuidados com as mamas e a postura durante os cuidados com o bebê. (Michelowski, 2014)

Quanto a diástase, é necessário fazer uma avaliação, para tanto, o fisioterapeuta, deve usar os dedos por meio da palpação e/ou utilizando um paquímetro. No momento do exame a paciente deve ficar de decúbito dorsal, pedir que ela faça uma flexão de tronco tendo os quadris e joelhos flexionados. Caso o parto tenha sido cesáreo a atenção deve ser redobrada devido a cicatriz. (Borba, *et al*, 2021)

Existem protocolos que o fisioterapeuta pode utilizar em benefício da mulher puérpera, tais, como a cinesioterapia e ginástica abdominal hipopressiva. Estes protocolos devem ser aplicados desde o início da gestação, pois tais atividades contribuem para uma melhor oxigenação, ajudam a manter o condicionamento cardiorrespiratório e muscular, faz com que a força muscular global ganhe força e auxilia na prevenção de dores e traumas. (Fonseca, 2020)

Figura 07: Elevação de quadril



Fonte: Borba *et al* (2017)

A cinesioterapia desempenha papel fundamental no tratamento da diástase dos músculos retos abdominais, pois promove o fortalecimento e a reeducação funcional da musculatura estabilizadora do tronco. Entre os exercícios utilizados, destaca-se a elevação pélvica em decúbito dorsal com flexão dos quadris e joelhos

(reverse crunch), na qual ocorre a ativação controlada do transverso do abdome, músculo profundo responsável pela estabilização da parede abdominal e pelo aumento da tensão da linha alba. (Benjamin, *et al*, 2014)

Diferentemente dos abdominais convencionais, que priorizam a flexão do tronco e podem gerar maior pressão intra-abdominal, favorecendo o abaulamento da região abdominal e a sobrecarga da linha alba, esse exercício promove o recrutamento da musculatura profunda com menor aumento da pressão sobre a parede abdominal. Além disso, a associação entre controle respiratório, ativação do assoalho pélvico e movimento pélvico contribui para a melhora da função abdominal, da estabilidade lombopélvica e da qualidade do tecido conjuntivo, tornando-o uma estratégia terapêutica segura e eficaz para a reabilitação de indivíduos com diástase abdominal. (Paula, *et al*, 2015)

Para que não ocorra a disfunção do assoalho pélvico, a motilidade gastrointestinal reduzida, a má postura, pouca força abdominal, desconforto nas costas, a fadiga e a dificuldade em amamentar, o exercício fisioterápico deve ser iniciado no período do pós-parto. Os protocolos de cinesioterapia ajudam a musculatura abdominal por meio de atividades isométricas, gerando uma intensificação da resistência e da força dos músculos abdominais, tendo como consequência a redução da diástase. (Lima, 2015)

A cinesioterapia tem se firmado como uma das principais abordagens tradicionais para o tratamento da diástase do músculo reto abdominal, principalmente no período pós-parto, em razão de seus benefícios na recuperação da funcionalidade da musculatura abdominal. Entretanto, ela ainda apresenta resultados contraditórios quanto à sua efetividade, uma vez que, embora diversos estudos demonstrem melhora clínica após os protocolos de exercícios terapêuticos, persistem limitações relacionadas à baixa qualidade metodológica e à ausência de padronização dos programas de intervenção. (Gomes, *et al*, 2025)

Contudo, observa-se uma progressão significativa na utilização da cinesioterapia ao longo dos últimos anos, com a substituição de protocolos baseados exclusivamente em exercícios abdominais convencionais por intervenções mais específicas, direcionadas ao fortalecimento do músculo transverso do abdome, da musculatura estabilizadora do core e do assoalho pélvico, proporcionando uma abordagem mais funcional e baseada em evidências (Moreira, *et al.*, 2023)

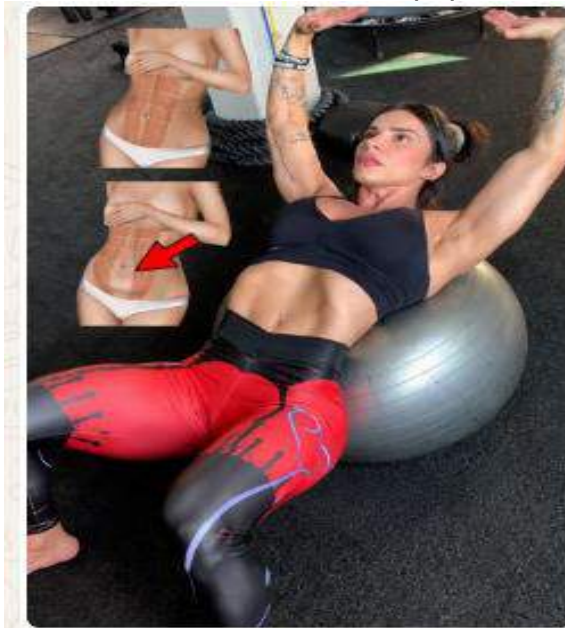
2.9.1 Ginástica Abdominal Hipopressiva - GAH

A Ginástica Abdominal Hipopressiva (GAH) é tida como uma metodologia eficiente para a redução da DMRA sendo desenvolvida com o objetivo de propiciar a tonificação da musculatura abdominal e do assoalho pélvico do período pós-parto. Este método consiste na produção de uma pressão negativa na cavidade abdominal por meio de atividades de inspiração diafragmática lenta e profunda, expiração completa e aspiração diafragmática, de modo que ocorra um estreitamento progressivo dos músculos abdominais profundos e intercostais, promovendo também a elevação das cúpulas diafragmáticas. (Fonseca, 2020)

Esse tipo de ginástica (GAH) foi desenvolvida nos 80, com o objetivo de propiciar o fortalecimento do músculo do abdômen e do assoalho pélvico no período pós-parto. Esta atividade tem como princípio a técnica que envolve a postura e é sistêmica, pois auxilia na redução das pressões intratorácica e intra-abdominal. (Franchi; Rahmeier, 2016)

Essa técnica utiliza de exercícios de inspiração diafragmática lenta e profunda, expiração completa e aspiração diafragmática, para que, por meio da respiração, aconteça uma contração progressiva dos músculos abdominais profundos e intercostais, e também a elevação das cúpulas diafragmáticas. (Feitosa, et al, 2017)

Figura 08: Ginástica Abdominal Hipopressiva (GAH)



Fonte: Cristinelle et al (2022)

A técnica ilustrada na imagem está relacionada aos exercícios de estabilização do core realizados sobre bola suíça, frequentemente associados ao treinamento da musculatura abdominal profunda em indivíduos com diástase abdominal. Nesse contexto, é importante diferenciar o exercício de vácuo abdominal (abdominal vacuum) da ginástica hipopressiva. (Gluppe, *et al*, 2024)

O vácuo abdominal consiste na contração voluntária e sustentada do músculo transverso do abdome por meio da expiração completa seguida da sucção da parede abdominal para dentro, promovendo o aumento da tensão da linha alba e a estabilização do tronco. Já a técnica hipopressiva envolve uma sequência postural associada à expiração prolongada e à apneia expiratória, gerando uma redução da pressão intra-abdominal e um recrutamento reflexo da musculatura abdominal profunda e do assoalho pélvico. (Gluppe, *et al*, 2024)

Embora ambas as abordagens tenham como objetivo melhorar a função da parede abdominal e auxiliar no tratamento da diástase, o vácuo abdominal caracteriza-se por uma ativação muscular mais direta e consciente, enquanto os exercícios hipopressivos baseiam-se principalmente em mecanismos posturais e respiratórios que favorecem a ativação reflexa dos músculos estabilizadores do tronco. (Gluppe, *et al*, 2024)

O diferencial dessa ginástica se deve ao fato dela gerar uma pressão negativa na cavidade do abdômen por meio da elevação diafragmática e pela abertura das costelas inferiores. E isso faz com que gere a ativação reflexa e tônica da musculatura abdominal e do assoalho pélvico e por conseguinte, o fortalecimento dessa musculatura, mas sem ocorrer sobrecarga na musculatura do assoalho pélvico. (Santos, 2013)

A GAH por meio de atividades posturais e sistêmicos busca promover o avivamento de diferentes grupos musculares, reduzindo a pressão intra-abdominal, e por revérbero, fortalece os músculos abdominais e dos músculos assoalho pélvico sem sobrecarregá-los. (Dutra et al, 2021)

A inserção da técnica de ginástica abdominal hipopressiva (GAH) apresenta diferentes tempos de intervenção na literatura, podendo apresentar abordagens com cargas leves no puerpério imediato e utilizar protocolos completos entre 45 dias e 6 meses pós-parto, e as atividades apresentam melhoras significativas na redução da diástase e no fortalecimento do assoalho pélvico (SANTOS et al., 2024).

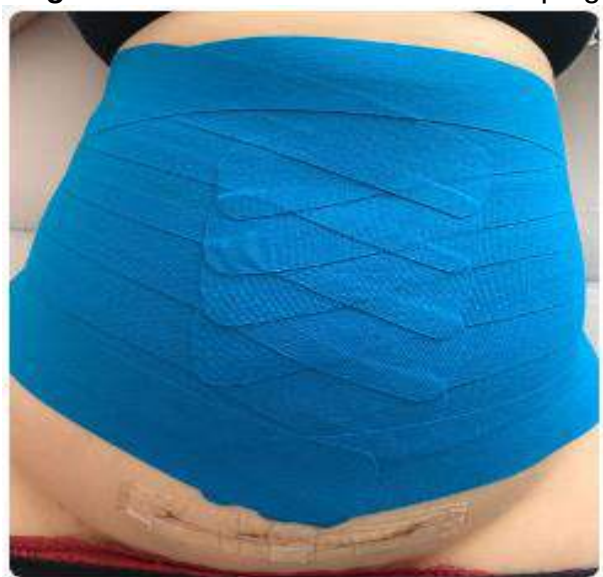
2.9.2 Método Kinesio Taping

Um dos protocolos que se obtêm bons resultados com relação a diástase pós cesariana é o kinesio taping. este método consiste na utilização de uma fita terapêutica elástica que é aplicada para que os músculos abdominais sejam ativados ajudando na circulação sanguínea e linfática, bem como, auxiliando na diminuição da dor devido cessação neurológica. (Rosa, 2021)

Este método foi desenvolvido por Kenzo Kase em 1973 e tem por base a ideia de que, ao ser aderido a pele e ativado pelo calor corporal, o kinesio taping estimulará os mecanorreceptores, aprimorando as informações proprioceptivas do local a ser cuidado. A fita possui propriedades que ultrapassam as de uma fita normal devido à sua permeabilidade, a sua habilidade de adesão acrílica de uso contínuo, a sua elasticidade e sua natureza hipoalergênica. (Silva, 2025)

Segundo Medeiros (2023), a bandagem elástica/kinesio taping é um procedimento que utiliza fitas adesivas elásticas colocadas na pele para impulsionar os somatorreceptores que são receptores sensoriais com função de estimular o sistema nervoso central para recrutar os neurônios motores que servem para estabilizar as articulações e evitar alongamentos musculares excessivos. essa estratégia serve para aprimorar a estabilidade e o suporte dos músculos do abdômen durante o tratamento de reabilitação da diástase.

Figura 09: Uso do método kinesio taping



Fonte: Clínica materna el at (2026)

Essa fita exerce tensão contínua sobre a pele que gera ativação dos mecanorreceptores cutâneos favorecendo o estímulo dos mecanismos moduladores do sistema nervoso central que eleva o estímulo da musculatura. Este procedimento também auxilia quando a musculatura se encontra hiperativa inibindo a atividade muscular que estão em demasia proporcionando o relaxamento. Este método se destaca como um recurso que vem sendo utilizado pela fisioterapia por sua diversidade de técnicas e uso de tratamento. (Rosa, 2021)

Na área da saúde, são usadas diferentes técnicas de uso do kinesio taping para alcançar objetivos específicos, sendo essas fundamentada em quatro concepções: tensão, base, zona terapêutica e âncora. A primeira fita aplicada representa a base, a zona terapêutica fica na região central a ser tensionada e posicionada na área de interesse, o último ponto de contato ou as laterais encontra-se a ancora que garante a adesão adequada. Dependendo do objetivo terapêutico, a tensão será maior ou menor, podendo variar de 0 a 100%. (Silva, 2025)

Contudo, Carneiro e Guimarães (2025) assevera que o kinesio taping sozinho não é suficiente para a reabilitação da diástase, sendo, portanto, necessário um tratamento multidisciplinar com a combinação de exercícios direcionados, fisioterapia e que a paciente tenha orientações sobre ergonomia e cuidados diários na realização das atividades.

2.9.3 Método Pilates

O pilates como objetivo o fortalecimento dos músculos paravertebrais e abdominais com ganho de força no core. ele tem como princípio básico a concentração, respiração diafragmática e centro de força, precisão. O centro de força traz como função a estabilidade estática e dinâmica do corpo e durante a realização dos exercícios e da respiração faz com que haja a contração da musculatura abdominal e do diafragma. (Bom-Fim et al, 2018)

Há duas modalidades no Pilates que podem ser usadas para sanar a diástase: o MAT Pilates ou Pilates de solo e o Pilates com aparelhos. No de solo o peso do corpo é utilizado para a prática das atividades, podendo usar como complemento: faixas elásticas, rolos, anel de resistência (Magic Circle) e Toning Ball que são pequenas bolas pesadas. (Marques, 2024)

Estes acessórios são usados para incorporar resistência aos exercícios visando o fortalecimento e tonificação dos músculos. No Pilates com aparelhos são usados o Cadillac, Ladder Barrel, Reformer e o Wunda Chair e para definir a intensidade da atividade física são aplicadas molas que podem ser alteradas de acordo com a performance do paciente. (Bom-Fim et al, 2018)

O método Pilates é amplamente reconhecido como uma abordagem eficaz para a promoção da estabilidade corporal, fortalecimento muscular, melhora da postura, flexibilidade e controle motor, por meio da integração entre corpo e mente. No contexto do pós-parto, o Pilates destaca-se como uma importante ferramenta de reabilitação funcional, especialmente no tratamento da diástase dos músculos retos abdominais, condição caracterizada pelo afastamento desses músculos em decorrência das adaptações gestacionais. (Lima, *et al*, 2025)

O exercício apresentado (Figura 10), realizado em equipamento com resistência por molas, favorece a ativação controlada da musculatura do core, incluindo o músculo transverso do abdome, o assoalho pélvico e os estabilizadores profundos da coluna. Essa ativação contribui para a recuperação da tensão da parede abdominal, melhora da estabilidade lombo-pélvica e redução da sobrecarga em estruturas adjacentes. Além disso, a execução do movimento com alinhamento postural e controle respiratório promove uma reeducação funcional segura e progressiva, tornando-se um recurso valioso na recuperação da funcionalidade abdominal e na prevenção de disfunções associadas à diástase no período pós-parto. (Lima, *et al*, 2025)

Figura 10: Pilates (Shoulder Bridge).



Fonte: Santosha et al (2025)

Faria et al (2023) ao discorrer sobre os benefícios do Pilates para as gestantes relata que a respiração regulada juntamente com os movimentos do Pilates ajuda no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, preparando-o para o parto e por conseguinte auxilia no controle da progressão da diástase, aumentando a mobilidade, bem como na capacidade de funcionamento, de elevação de força e resistência dos músculos abdominais e do assoalho pélvico.

Portanto, método Pilates também pode ser usado como recurso terapêutico na reabilitação do músculo reto abdominal por apresentar exercícios inerentes para a diástase. O Pilates possibilita a automatização da musculatura do abdômen os “Power House” em conjunto com a musculatura do assoalho pélvico, paravertebrais e do diafragma. (Freitas et al, 2019)

Neste sentido, a Fisioterapia, mostra-se como um tratamento essencial para a redução da diástase por apresentar resultados significativos com relação as abdominoplastias, pois a fisioterapia se torna pouco invasiva e de baixo custo. (Valente et al, 2015)

O fisioterapeuta tem um papel importante na recuperação da mulher durante o puerpério. As técnicas e as metodologias que ele irá empregar, sejam elas, cinesioterapia e/ou ginástica abdominal hipopressiva, Pilates são práticas exclusivas e próprias deste profissional, portanto somente ele pode utilizá-las com eficiência para a obtenção dos objetivos e das estratégias traçadas na recuperação da gestante no puerpério. (Bavaresco et al, 2011)

2.9.4 Cinesioterapia

Outra terapia que tem mostrado resultado na redução da diástase é a cinesioterapia, essa técnica constitui-se em um treinamento continuo e planejado de movimentos corporais, de postura e/ou de atividade física tendo como objetivo ofertar dispositivos para o tratamento, a prevenção, no melhoramento, na restauração e na promoção de disfunções dos músculos reto abdominais promovendo assim a condição física e a qualidade de vida das pacientes (Coitinho, *et al*, 2019)

A cinesioterapia faz uso de atividades que visam a correção e a redução da diástase, buscando também o fortalecimento dos músculos abdominais e da pelve. Os exercícios aplicados são classificados em isométricos e isotônicos que contribui

para a recuperação da tonicidade e a força da musculatura que tem flacidez ou hipotonia. (Esteves; Soares, 2025)

O profissional que pode promover as atividades de cinesioterapia é o fisioterapeuta, pois é necessária uma avaliação minuciosa com delineamento de objetivos e estratégias. A paciente deve passar por reavaliação constantes, a medida em que for apresentando progressão até alcançar o potencial de recuperação. A cinesioterapia é a atividade central no tratamento, porém deve vir acompanhada de por outras intervenções. (Michelowski, *et al*, 2014)

As atividades de cinesioterapia devem ser planejadas de acordo com o parto e o interesse da puérpera. As atividades podem ser iniciadas no primeiro ou segundo dia após o parto sem exigir muito da paciente e depois desta fase, ir intensificando a atividade de acordo com cada situação. Sendo que, os dois primeiros dias após o parto são essenciais para a execução de atividades de respiração que irão ajudar na musculatura abdominal e a circulação, pois os exercícios aplicados a paciente, auxiliarão na melhora da respiração, bem como, na tonificar da musculatura abdominal. (Dias *et al*, 2012)

Em um estudo feito por Michelowski *et al* (2014) com 20 mulheres puérperas que foram divididas em dois grupos para a verificação dos exercícios de cinesioterapia na redução da diástase são eficazes, constatou-se que o grupo que fez as atividades usando a técnica citado obteve expressiva diminuição da diástase. A atividade aplicada consistia na realização da contração muscular por meio da atividade de ponte com repetições de 10 a 20 repetições.

Para Keller *et al* (2012) a cinesioterapia por meio de exercícios isotônicos e isométricos são técnicas que estimulam a recuperação de força e tônus muscular por meio da respiração e contração do abdômen que visam corrigir a diástase e auxiliam no condicionamento físico e diminui a possibilidade de ganhar peso, bem como, ajuda na prevenção e tratamento das dores lombares, melhorando assim, a qualidade de vida da mulher no pós-parto.

Para Gluppe *et al* (2018), exercício como elevação de perna reta dupla, abdominais sit-up reto colaboram substancialmente para a redução da diástase acima e abaixo do umbigo, visto que auxilia a musculatura a ter ganho de força para acabar com a resistência e ao mesmo tempo encurta-se durante a realização dos movimentos. Essa ativação ocorre através de atividades corretivas por meio do puxamento dos músculos reto-abdominais ao invés de impulsiná-los para fora.

Portanto, a cinesioterapia configura uma intervenção na qual o fisioterapeuta pode utilizar como técnica na redução da diástase, pois traz resultados benéficos para a saúde da mulher após o parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O organismo materno, no período de gestação, passa por várias de alterações fisiológicas, hormonais e funcionais. Estas modificações podem alterar a musculatura do abdômen causando a diástase do reto abdominal e o enfraquecimento do assoalho pélvico. As gestantes pós-parto podem apresentar sintomas como bexiga hiperativa, prolapso de órgãos pélvicos, disfunção sexuais, distúrbios anorretais e incontinência urinária devido a múltiplos partos.

A intervenção fisioterapêutica, neste sentido, se constitui uma ferramenta indispensável pois visa auxiliar a gesta e/ou puérpera na prevenção ou no tratamento da diástase da musculatura do reto abdominal.

Os estudos analisados trazem como recurso terapêutico a Ginástica Abdominal Hipopressiva, o método Kenesio Taping, o Pilates e a cinesioterapia. Tais tratamentos terapêuticos buscam a redução da diástase por meio de atividades que visam o fortalecimento do assoalho pélvico que fica enfraquecido com a diástase. Os exercícios realizados por meio destas técnicas possuem efeitos benéficos sobre a diástase.

Entretanto, antes de iniciar os procedimentos, é necessário que as pacientes passem por uma avaliação criteriosa com a utilização de instrumentos específicos como o paquímetro e testes funcionais.

É imprescindível, também que, os protocolos de tratamento fisioterapêuticos da diástase sejam individualizados para a promoção da recuperação, da prevenção e de uma melhor qualidade de vida na mulher durante a gestação e no pós-parto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Roseli de Souza; CRUZ, Ariela Torres; JANUÁRIO, Priscila de Oliveira. **Diástase abdominal contribui para disfunções do assoalho pélvico feminino? Revisão integrativa.** Revista Científica do UBM, v. 27, n. 53, 2 sem. 2025.

ALVES, Tuanne Vieira; BEZERRA, Martha Maria Macedo. **Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional.** Id on Line Rev. Mult. Psic. V.14, N. 49 p. 114-126, Fevereiro/2020. Edição eletrônica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

ALVES, Andréa Nunes. **A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar.** Ensaios e Ciências: Ciências biológicas, agrárias e da saúde, v.16, n. 6, 2012.

BAGNARA, Ivan Carlos. **Prescrição de exercícios físicos para gestantes: cuidados e recomendações.** Revista Digital, Buenos Aires. Vol. 15. Num. 149. 2010.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada a saúde da mulher.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

BARBOSA JUNIOR, Ivo Peixoto; DIAS, Adélio De Lima, SZENDLER, Gustavo Baladore; PINTO, Isabela Bauti. **Mensuração da largura da linha alba como parâmetro de definição de diástase do músculo reto do abdome em cadáveres.** 15º Congresso Nacional de Iniciação Científica. CONIC – SEMESP – São Paulo, 2021.

BARBOSA, Cirênio de Almeida; FERREIRA, Cibele Ennes; HORST NETO, Luiza, SANTOS, Gabriel Maia; TANNÚS, Lucas Martins dos Santos. **Hérnia umbilical e diástase dos retos abdominais: aspectos clínicos, diagnóstico e indicações cirúrgicas.** Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences Volume 7, Issue 4, p. 932-940, 2025.

BAVARESCO, Gabriela Zanella; SOUZA, Renata Stefânia Olah de; ALMEICA, Berta; SABATINO, José Hugo; DIAS, Mirella. **O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, jul. 2011

BENJAMIN, Diane R.; VAN DE WATER, A. T. M.; PEIRIS, Christina L. **Efeitos do exercício sobre a diástase dos músculos retos abdominais nos períodos pré-natal e pós-parto: uma revisão sistemática.** Physiotherapy, London, v. 100, n. 1, p. 1–8, 2014.

BERTOLONI, Camila R. de S.; ARVELOS, Cleine Chagas da Cunha. **Diástase dos músculos retos abdominais e sua relação com variáveis maternas.** Revista Perquirere, 16 (1), jan./abr. 2019.

BIM, Cintia Raquel; PEREGO, Alline Lilian. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. Iniciação Científica, mar-jul., vol. 04, nº 01, Cesumar, 2002.

BOM-FIM, Fernanda Camacho; MARTINS, Tatiane; FERNANDES, Isabel. **Efeito do método Pilates no tratamento de mulheres com diástase do músculo reto abdominal**. UniAmérica, 2018.

BORBA, Eliza Orsolin; AMARANTE, Michele Vieira do; LISBOA, Débora D'Agostini Jorge. **Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto**. Fisioter Pesqui. 2021;28(3):324-330.

BORGES, Fábio dos Santos; VALENTIN, Ericka Christine. **Tratamento da flacidez e diástase do reto-abdominal no puerpério de parto normal com o uso de eletroestimulação muscular com corrente de média frequência – estudo de caso**. Revista Brasileira de Fisioterapia Dermato-Funcional - Vol. 1 nº 1 - 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. In **Cadernos de Atenção Básica n. 13; Série A**. Normas e Manuais Técnicos, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS cuida da mulher em todas as fases da vida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 11 MAR. 2019.

BRITO, Alessandra de Melo; ARAÚJO, Giovanna Santos de; SANTOS, Júlia Pontes dos; MARTINS, Maria das Graças Pereira; DIAS, Patrícia Machado; MOUSSA, Laila. **A importância da fisioterapia pélvica em puérperas**. Contemporary Journal 3(11): 23172-23191, 2023.

BURTI, Juliana Schulze; CRUZ, Juliana de Paula da Silva; SILVA, Ana Claudia da; MOREIRA, Isabella de Leão. **Assistência ao puerpério imediato: o papel da fisioterapia**. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2016;18(4):193-8.

CANESIN, Kariny Fleury; AMARAL, Waldemar Neves do. **Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo de trabalho de parto: revisão de literatura**. Femina, v.38, n.8, p.429-433, 2010.

CARNEIRO, Thaís de Fatima Peres; GUIMARÃES, João Eduardo Viana. **O benefício do uso do taping no puerpério para redução da diástase abdominal**. Revista Saúde dos Vales, nº 1, v. 1, 2025.

CASTRO, Kaellen Rodrigues de; OLIVEIRA, Wênia Caetano de; LOURENÇO, Lécia Kristine. **Efeitos do método Pilates em diástase abdominal após período gestacional**. Research, Society and Development, v. 10, n. 12, 2021.

CAVALCANTE, Isabella. **Fisioterapia pélvica com acessório traz benefícios durante a gravidez**. Revista Bem Estar, 2017

COSTA, Amanda Soares Pereira; JUNIOR, Paulo Limirio de Oliveira; ALVES, Ana Elizabeth Oliveira de Araújo. **Fisioterapia na recuperação muscular de diástase abdominal em puérperas**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.7.n.11.nov. 2021.

COSTA, Edna Silva; PINON, Gigliola Marcos Bernardo; COSTA, Tarciana Sampaio; SANTOS, Raionara Cristina de Araújo Santos; NÓBREGA, Arieli Rodrigues; SOUSA, Leilane Barbosa de Sousa. **Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação**. Rer. Rene. Fortaleza, v.11, n.2, p.86-93,abr/JUN.2010.

COITINHO, Larissa Maria Ferreira; ROCHA, Paula Fernanda de Lacerda; MENDES, Cristina Katya Torres Teixeira; DE ASSIS, Thais Josy Castro Freire. **Eficiência dos tratamentos fisioterapêuticos para a diástase do músculo reto abdominal no puerpério: uma revisão integrativa**. RECHST – Edição 2019, v. 8, n. 1, p. 39-52, jan.-jul. 2019.

DARGOT, Marli. **Frequência de diástase do reto abdominal e incontinência urinária em mulheres submetidas ao parto vaginal e cesárea**. Curso de Fisioterapia da Universidade de Santa Cruz do Sul, 2021.

DIAS, Thaís Medeiros da C.; BARBALHO, Thaisa Caline dos Santos; MOURA, Amanda Celly de Andrade, SOUZA, Rafaela Jéssica Silveira de; SOUSA, Vanessa Patrícia Soares de; VIANA, Elizabel de Souza Ramalho. **Recuperação da diástase de reto abdominal no período puerperal imediato com e sem intervenção fisioterapêutica**. Fisioterapia Brasil - Volume 13 - Número 6 - novembro/dezembro de 2012

DU BOIS, Wendy L.. **A postpartum progressive resistance exercise program**. The Faculty of Department of Human Performance, San Jose State University, 2001.

DUTRA, Jeovana Maria Ferreira; PEREIRA,William Valadares Campos; MACHADO Christiane Salum. Ginástica abdominal hipopressiva e saúde da mulher: **uma revisão sobre o método e suas aplicações**. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer– Jandaia-GO, v.18 n.36; p.144 - 160, 2021

ESTEVES, Ingrith Pereira; SOARES, Michelle Santos. **Intervenções fisioterapêuticas na diástase dos músculos reto-abdominais no pós-parto: uma revisão**. Revista Multidisciplinar Integrada - REMI, v.03, 2025.

FARIA, Josiene Emiliana da Silva. **Atuação da fisioterapia na diástase abdominal pós-gestação: revisão narrativa**. Universidade de Taubaté, Departamento de Fisioterapia, 2020.

FARIA, Gabriele Silva; CARVALHO, Nívia Ramos de; SANTOS, Natália de Jesus; SANTOS, Camila de Barros; SANTOS, Josefa Francielly Matos; GONÇALVES, Lucas dos Santos; SANTOS, Bianca Ribeiro; RIBEIRO< Ananda Almeida Santana. **Aplicação do método Pilates e abordagem cinesioterapêutica em gestantes com dor lombar: uma revisão integrativa**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE, São Paulo, v.1.n.01. jun. 2023.

FEI, Hui; LIU, Yun; LI Mengxiong; HE, Juan; LI, Juanhua; WAN, Ying; LI, Tian. **The relationship of severity in diastasis recti abdominis and pelvic floor dysfunction: a retrospective cohort study.** BMC Women's Health, v. 21, n.1, p.1-8, 2021.

FEITOSA, Gleiciane Zeferino; SOUZA, Vitória Regina Lima de; LOURENZI, Vaneska da Graça Cruz Martinelli. **Intervenção fisioterapêutica no tratamento da diástase abdominal pós-parto: uma revisão de literatura.** Ciências Biológicas e de Saúde Unit Alagoas, v. 4 n. 2, p. 239-250, Novembro 2017.

FERREIRA, Geovanna dos Santos; MELO, Jade Toledo Vaz de; LIMA, Geovane Elias Guidini; BOVARETO, Ariane Martins. **Efeitos do kinesio taping associados a exercícios abdominais na diástase abdominal pós-cesariana.** Fisioter. mov. 25 (2) • Jun 2012.

FERREIRA, Lays da Silva; COUTO, Débora P.; ARAÚJO, Ana Paula M. de; SILVA, Maria Clara R. da; MELO, Renata A. de; BRITO, Ana Júlia C.; CONCEIÇÃO, Adélia O.; CARDOSO, Biatriz A.; DIAS, George Alberto da S. **O Pilates no controle da diástase do músculo reto abdominal no puerpério remoto.** Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, Vol.11, Nº. 1, Ano 2019.

FERREIRA, Ana Carolina Bueno; CAMARGO, Andressa Valdemar de; SILVA, Deyse Felix da; PEREIRA, Lislle Cristina; OLIVEIRA, Priscila Alganetti de, SANTOS, Suéle Carneiro dos; MOUSSA, Laila; FILONI, Eduardo. **Diástase abdominal e incontinência urinária em mulheres no pós-parto: revisão da literatura.** Health Promotion Evidence, São Paulo, v. 2, n. 1, 2025.

FLOYD, R.T. **Manual de cinesiologia estrutural.** Tradução Luiz Euclides Trindade Frazão Filho, 22 ed.- Barueri, SP : Manole, 2024.

FONSECA, Jaqueline da Silva. **A atuação da fisioterapia na diástase pós-parto.** Instituição Anhanguera, Campinas, 2020.

FONSECA, Vinícius Cordeiro da. **Diástase de retos abdominais.** Sociedade Brasileira de Hérnia e Parede Abdominal – SBH, São Paulo, 2023

FRANCHI, Emanuele Farençena; RAHMEIE, Laura. **Efeitos da Ginástica Abdominal Hipopressiva no puerpério imediato – Estudo de casos.** Cinergis, Santa Cruz do Sul, 17(2):108-112, abr./jun. 2016

GILLEARD W. L; BROWN, J, M. **Structure and function of the abdominal muscles in primigravid subjects during pregnancy and the immediate postbirth period.** Phys Ther. 1996 Jul;76(7):750-62. doi: 10.1093/ptj/76.7.750. PMID: 8677279.

GLUPPE, Sandra L. et al. **Reabilitação da diástase dos retos abdominais no período pós-parto: uma revisão de escopo da prática clínica atual.** International Urogynecology Journal, London, v. 35, n. 5, p. 873–890, 2024.

GLUPPE, Sandra L.; HILDE, Gunvor; TENNFJORD, Merete K.; ENGH Marie E.; BØ, Kari. **Efeito de um programa de treinamento pós-parto sobre a prevalência de retos abdominais em diástase em mulheres primíparas pós-parto: um ensaio**

clínico randomizado e controlado. Jornal Americano da associação de PhysicalTherapy, 2018.

GOMES, Ingrid Fernanda Oliveira; MORAIS, Gleydson da Silva; PEREIRA, Elizabete de Souza. **Os efeitos da abordagem fisioterapêutica na diástase abdominal pós-parto: revisão integrativa de literatura.** Revista UNIFACOL, Vitória de Santo Antão, PE, 2025.

KEELER, Jesse; ALBRECHT, Melissa; LOWE, Débora L. **Diástase dos retos abdominais: uma pesquisa com especialistas em saúde da mulher sobre a prática clínica atual da fisioterapia para mulheres no pós-parto.** Revista de Fisioterapia em Saúde da Mulher, 2012.

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; ARAÚJO, Kathlyn Kamoly Barbosa Cavalcanti. **Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas.** Fisioter Mov. abr/jun; p.389-97, 2012.

LIMA, Jaedson Marques de. **Efeito de um programa de fortalecimento dos músculos abdominais em puérperas.** Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

LIMA, Bárbara Fernandes de; DIAS, Emanuelle Cristine Sampaio; SOUZA, Melissa Ferreira de; BORTOLETTI, Estela Maris Monteiro. **O método Pilates na melhora do controle motor e equilíbrio postural.** Revista Foco, v.18, n.3, p.01-1, 2025.

LUNA, Danielle Cristina Barbosa de; CAVALCANTI, Ana Luiza Albuquerque Melo Holanda; GUENDLER, Julianna de Azevedo; BRITO, Vitor Caiaffo; OLIVEIRA, Belisa Duarte Ribeiro de. **Frequência da Diástase Abdominal em Puérperas e Fatores de Risco Associados.** Revista Fisioter S. Fun. Fortaleza, Jul-Dez; p. 10-17, 2012.

MARCELINO, Tânia Cyrino; LANUEZ, Fernanda Varkala. **Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto.** ConScientice saúde, v.8, n.2, p.339-344, 2009.

MARQUES, Cleudiane Dias. **O método Pilates como recurso no aumento da flexibilidade e resistência muscular: uma revisão sistemática.** Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Mestrado, 2024.

MARTINS, Cláudia Sofia Trindade. **Treino dos músculos do pavimento pélvico. Estudo EMG sobre o efeito de um procedimento do Método de Pilates, o “anel de Pilates” na ativação neuromuscular dos músculos do pavimento pélvico, em mulheres adultas.** Essalcoitão – Escola Superior de saúde, 2022.

MEDEIROS, Cibele Alves de. **A atuação da fisioterapia no tratamento da flacidez tissular e muscular e diástase abdominal em mulheres no puerpério.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia. Natal, RN, 2023.

MELO, Eliane Cristina Alvarenga; FERREIRA, Laísa Cavalcante. **A intervenção fisioterapêutica na prevenção da diástase do músculo reto abdominal em gestantes.** Revista Brasileira de Saúde Funcional, Cachoeira, v.1, n.1, p.18-30, jun. 2014.

MESQUITA, Luciana Aparecida; MACHADO, Antônio Vieira; ANDRADE, Angela Viegas. **Fisioterapia para Redução da Diástase dos Músculos Retos Abdominais no Pós-Parto.** RBGO - v. 21, nº 5, 1999.

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

MIRANDA, Vanessa R Lina Rodrigues de; BRAGA, Jessica Soares da Silva. **Diástase abdominal e sua relação com a autoestima no pós-parto.** Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas-FMU, 2022.

MOORE, Keith L; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R; . **Anatomia orientada para a clínica.** Tradução Claudia Lucia Caetano de Araujo. – 8ª ed. - Rio de Janeiro: Koogan, 2019.

MOREIRA, Sara Emmanuela; DEBS, Angélica Lemos, OLIVEIRA, Elder Henrique, SILVA, Milena Clícia Naves da, Pinto, Rogério de Melo Costa; PEREIRA-BALDON, Vanessa Santos. **Hypopressive exercises for diastasis recti and pelvic floor dysfunction in postpartum women: a randomized controlled trial.** Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 28, n. 3, p. 1-10, 2024.

OLIVEIRA, Maura Tarciany Coutinho de. **Correlação entre as disfunções do assoalho pélvico e defeito do músculo levantador do ânus em mulheres após parto vaginal utilizando a ultrassonografia tridimensional dinâmica anorretal e endovaginal.** Tese de Doutorado, em Ciências Médico-cirúrgicas da Universidade Federal do Ceará, 2025

OLIVEIRA, Diego Francisconi. **Nível de ativação do músculo reto abdominal em exercícios abdominais: método tradicional e método Pilates.** Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2023.

PACHECO, Fernanda Cristina; ESPÍNDOLA, Késsia Magalhães; REZENDE, Jéssica Rosa; DINIZ, Júlia Souki; AQUINO, Cecília Ferreira de. **Contribuição da prática de exercício resistido e do tipo de parto para a diástase dos músculos retos do abdome em primíparas.** Fisioter Pesqui. 2023.

PAULA et al. **Efeitos imediatos sobre a distância inter-retos dos exercícios de abdominal tradicional e contração abdominal (“drawing-in”) durante a gestação e o período pós-parto.** Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, Alexandria, v. 45, n. 10, p. 781–788, 2015.

PAZ, Erica Martins; ALMEIDA, Fabiana Rodrigues de; CARVALHO, Roberta Sousa. **Os benefícios da fisioterapia pélvica para o parto humanizado independente da via de parto escolhida pela parturiente.** Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Centro Universitário de Desenvolvimento do Centro-Oeste. 2022.

PEREIRA, Gabriella Paranhos; GERMANO, Josiane Moreira. **Benefícios da fisioterapia pélvica no fortalecimento do assoalho pélvico para o parto: uma revisão interativa da literatura.** Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 2025.

PERUZZI, Jacyara; BATISTA, Patrícia Andrade. **Fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico e na sexualidade durante o período gestacional.** Fisioterapia Brasil, p. 177-182, 2018.

PINTO, Marília Barbosa; PINTO, Mayra Barbosa. **Efeito da bandagem elástica funcional em puérpera com diástase abdominal.** Monografia (Curso de Fisioterapia) Universidade São Francisco, Bragança Paulista, 2017.

RETT Michelle Teixeira; BRAGA Mônica Duarte; BERNARDES Nádia de Oliveira; ANDRADE Sônia Cândido de. **Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas.** Revista Brasileira de Fisioterapia, vol. 13, núm. 4, julho-agosto, 2009, pp. 275-280 Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia São Carlos, Brasil.

REINPOLD Wolfgang; KÖCKERLING Ferdinand; BITTNER Reinhard; Joachin Conze J; FORTELNY René; KOCH Andreas; KUKLETA Jan; KUTHE Andreas; LORENZ Ralph; STECHEMESSER Bernd. **Classificação da diástase dos retos abdominais – Uma proposta da Sociedade Alemã de Hérnia (DHG) e da Sociedade Internacional de Endo-hérnia (IEHS).** Front Surg. 2019 Jan 28;6:1.

ROSA, Lara Caroline Rodrigues. **A fisioterapia no pós-parto cesariana e pós-parto vaginal: revisão da literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fisioterapia-UNIFASIPE, Sinop, 2021.

ROCHA, Alexandre Almeida. **Exercício físico para uma gestação saudável.** Trabalho de Conclusão de Curso (Educação Física bacharel) – UNOPAR, Arapongas, 2017.

SANTOS, Lucas Ithamar. **Análise eletromiográfica da musculatura e do assoalho pélvico durante a realização da ginástica abdominal hipopressiva.** Dissertação de Mestrado. Recife, 2013.

SANTOS, Ana Carolina Silva; FRANCO, Maysa Alves; GUIMARÃES, Maria Eduarda Souza; LACERDA, Rodrigo A. Montezano. **Os efeitos da cinesioterapia no tratamento da diástase do músculo reto abdominal pós-gestacional.** Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.14, 2023.

SILVA, Helena Carla Freire da; LUZES, Rafael. **Contribuição da fisioterapia no parto humanizado: revisão de literatura.** Alumni: Revista Discente da UNIABEU, v.3, n.6, p.25-32, 2015.

SILVA, Maria Amélia Pires Soares da. **Uso do Kinesio Taping para o manejo da dor e da diástase dos músculos reto abdominais em mulheres no pós-parto.** Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Santa Cruz, 2025.

SILVA, Eduarda Carretos da; MALGARIN, João Pedro Martins; HAMAQUI, Mohamad; FALCÃO, Rodrigo. **Sistema linfático e plexos abdominais.** Manual Acadêmico de Anatomia, 2023.

SILVEIRA, Michele Portal da; SILVA, Yasmin Podlasinski da; FURLANETTO, Magda Patrícia. **Diástase dos retos abdominais pode levar a disfunções do assoalho pélvico?** Fisioterapia Brasil, 2022.

SOUSA, Clorismar Bezerra; SILVA, Italmara Márcia Antunes; COSTA, Ramon Sales; PEREIRA, Vilma Santos de Souza. **A atuação da fisioterapia para a redução do tempo no trabalho de parto vaginal.** Anais do fórum Perinatal de Obstetrícia, agosto, v. 8, n. 2, 2019

STEIN, Sara Regina; PAVAN, Fernanda Vicenzi; NUNES, Erica Feio Carneiro; LATORRE, Gustavo Fernando Sutter. **Entendimento da fisioterapia pélvica como opção de tratamento para as disfunções do assoalho pélvico por profissionais de saúde da rede pública.** Rev. Ciênc. Méd., p. 65-72, 2018.

TEDESCHI, Luana dos Santos Frederico. **Intervenções fisioterapêuticas aplicada a reabilitação da diástase do músculo reto abdominal: minimizando os riscos de alterações lombo-pélvicas.** Piracicaba, 2022.

URBANO, Fernando Alves; BARBOSA, Júlia E. R; FLAUSINO, Valdir D; MARTELLI, Anderson; DELBIM, Lucas. **Exercícios de fortalecimento para o músculo reto abdominal como tratamento da diástase pós-gestacional.** 2019.

VALENTE, Maiara Guerra; FREIRE, Ariane Bôlla; REAL, Amanda Albiero; POZZEBON Nathália Mezadri; BRAZ, Melissa Medeiros; HOMMERDING, Patricia Xavier. **Efeitos da ginástica abdominal hipopressiva sobre a musculatura pélvica em mulheres incontinentes.** Cinergis, 16(4):237-241, 2015.