



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS ARARANGUÁ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Ana Carolina Ghisi Tachini da Silva

SINTOMAS DE DESCONFORTO DO ASSOALHO PÉLVICO EM
PUÉRPERAS: UMA RECATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Araranguá

2023

ANA CAROLINA GHISI TACHINI DA SILVA

**SINTOMAS DE DESCONFORTO DO ASSOALHO PÉLVICO EM
PUÉRPERAS: UMA RECATEGORIZAÇÃO DOS DADOS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação
em Fisioterapia do Departamento de Ciências da
Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Fisioterapia

Orientador: Prof. Dra. Janeisa Franck Virtuoso

Araranguá

2023

Sintomas de Desconforto do Assoalho Pélvico em Puérperas: Uma Recategorização dos Dados

Ana Carolina Ghisi Tachini da Silva*, Janeisa Franck Virtuoso**

*Graduanda do Curso de Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Brasil; **Professora do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, Brasil.

*Autora correspondente: Ana Carolina Ghisi Tachini da Silva, Departamento de Ciências da Saúde, Campus Jardim das Avenidas, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Rod. Governador Jorge Lacerda, 3201 – CEP 88.906-072, Araranguá, SC – Brasil.

Ana Carolina Ghisi Tachini da Silva: anatachini@hotmail.com

Janeisa Franck Virtuoso: janeisa.virtuoso@ufsc.br

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, por teu sido meu alicerce, me guiado e abençoado em toda a graduação.

Aos meus pais, Antônio e Rita de Cássia, por todo esforço, dedicação e apoio, serei eternamente grata por todas as coisas feitas por mim.

Ao meu irmão, João Antônio, pelo companheirismo e por sempre estar ao meu lado, me incentivando e apoiando.

A minha avó, Raciné e minhas tias, Rosana e Rojani, que sempre me incentivaram e me apoiaram durante toda essa trajetória.

As minhas amigas que me ajudaram e cuidaram de mim nos momentos em que mais necessitei.

A minha orientadora Janeisa, por ser tão atenciosa e compreensiva, e por ter me dado suporte sempre que a procurei.

RESUMO

Introdução: As disfunções do assoalho pélvico (DAP) influenciam diretamente na qualidade de vida da mulher e, em muitos casos, podendo levar à incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA) e/ou prolapso de órgão pélvico (POP). Dessa forma é necessário investigar os diferentes níveis de gravidade dos sintomas. **Objetivo:** Analisar as categorias de gravidade dos sintomas de desconfortos do assoalho pélvico em puérperas. **Métodos:** Estudo observacional, do tipo transversal realizado com mulheres com idade superior a 18 anos, sexualmente ativas nas últimas 4 semanas anteriores à pesquisa e que estavam vivenciando o puerpério remoto do primeiro filho em municípios do sul catarinense. Foi utilizado o *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) para estabelecer as mulheres com sintomas de DAP. Todos os instrumentos foram aplicados em forma de questionário online. **Resultados encontrados:** Foram avaliadas 248 mulheres com níveis divergentes de gravidade dos sintomas de desconforto do assoalho pélvico, de acordo com o questionário PFDI-20. Sendo possível visualizar que 95,96% não apresentam nenhum sintoma, 3,62% apresentam sintomas moderados e 0,40% manifestam sintomas graves. **Conclusão:** Quando encontrado sintomas moderados ou graves, foi possível observar uma maior porcentagem em mulheres com disfunções anorretais.

Palavras-chave: Puérperas; disfunções do assoalho pélvico; incontinência anal.

ABSTRACT

Introduction: Pelvic Floor Disorders (PFD) directly influence the quality life of the woman and many cases it can to take urinary incontinence, anal incontinence and pelvic organ prolapse, in this way it is necessary to investigate the diferente levels severity of symptoms. **Objective:** Analyze the categories of severity symptoms of pelvic floor disorders in postpartum woman normal childbirth and cesarean. **Methods:** Study carried out woman with older age 18 years, sexually active in the last week prior to the survey and that they were the remote puerperium from the first child in municipalities from the South of Santa Catarina. Was used the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) to establish women with symptoms de PDF. All the instruments were applied in the form of an online questionnaire. **Resultados encontrados:** They were evaluated 248 women with levels gravity divergences symptoms of pelvic floor disorders according to PFDI-20 questionnaire, being possible to see that 95,96% they not have any symptoms, 3,62% moderate symptoms and 0,40% severe symptoms. **Conclusion:** When found moderate symptoms or severe, it was possible to observe a higher percentage in women with anorectal disorders.

Key Words: Postpartum women; pelvic floor disorders; anal incontinence.

INTRODUÇÃO

A musculatura do assoalho pélvico (MAP) tem como função a sustentação dos órgãos da região pélvica, sendo composta pelos músculos levantadores do ânus (pubovisceral, pubococcígeo e ileococcígeo), coccígeo, bulbocavernoso, isquiocavernoso e músculo perineal transverso profundo e superficial [1]. À vista disso, danos ao AP podem acarretar em incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA) e prolapso de órgãos pélvicos (POP) em mulheres de qualquer idade [2].

Por definição da *International Incontinence Society* (ICS), a incontinência urinária (IU) é determinada como qualquer perda de volume miccional involuntária, sendo classificada em incontinência urinária mista (IUM), em que incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária de esforço (IUE) se fazem presentes [3]. A via de parto eleva os sintomas da DAP, bem como alterações estruturais, doenças, traumas físicos e obesidade [4]. No estudo de Leroy et al. (2016) com 344 mulheres e tempo médio de puerpério de 52,3 dias, apontou que IU de maior predomínio é a IUE (45,5%), seguida pela IUM (28,6%) e IUU (26%) [5].

Nesse contexto, sabe-se que a gestação e o parto podem causar traumas e diminuir o tônus muscular da região pélvica, levando a problemas denominados disfunções do assoalho pélvico (DAP) [6]. Pode ser observado que existe correlação entre o tempo prolongado de trabalho de parto e período expulsivo, realização de episiotomia e peso elevado do recém-nascido como risco para desenvolvimento de DAP [7]. Federice e colaboradores (2021), relatam que durante o parto vaginal, a região do AP é submetida a pressão da cabeça fetal, podendo levar à distensão e compressão dos tecidos, ocasionando DAP [8].

Dados correlacionam o POP com o enfraquecimento do AP durante e após o parto vaginal [9]. Sendo assim, o estudo de Sze et al. (2022) demonstra uma maior prevalência de POP após o parto vaginal, quando comparado ao parto cesáreo [10]. Torrisi et al. (2011) avaliaram 960 mulheres primíparas, com média de idade de 29,8 anos, em que, após 3 meses do parto, seja ele vaginal ou cesáreo, 17,5% apresentaram POP grau 1 e 4,7%, grau 2 [11]. Dentre essas, 32% apresentavam hipermobilidade do AP e, conseqüentemente, ocasionando IU. Outra DAP recorrente é a IA, podendo ser definida como a perda involuntária recorrente de fezes líquidas e sólidas e flatos, em concordância com o estudo de Whitehead et al. (2009) [12].

Diante dessas informações, observa-se que a gestação e a via de parto podem influenciar nas disfunções do assoalho pélvico. Por ora, esse estudo tem relevância para as mulheres com DAP, pois correlaciona os eventos vivenciados no puerpério e a gravidade que esses sintomas se apresentam. Compreendendo a forma que essas alterações ocorrem e a repercussão na vida das mulheres acometidas, os profissionais fisioterapeutas poderão contribuir de maneira colaborativa

aos sintomas de DAP, proporcionando benefícios, potencializando os resultados e melhorando a qualidade de vida dos pacientes [13]. Assim sendo, o objetivo desse estudo é analisar as categorias de gravidade dos sintomas de desconfortos do assoalho pélvico em puérperas.

METODOLOGIA

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal. Em que foi adotada uma abordagem quantitativa e analítica para a descrição e análise dos resultados.

LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo teve sua condução em duas microrregiões do sul catarinense: a Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC) e a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC).

A AMESC foi fundada no ano de 1979 (AMESC, 2019) [14] e localiza-se entre o oceano atlântico e a serra geral do extremo sul catarinense, ao sul e oeste faz divisa com o estado do Rio Grande do Sul, a leste com o oceano atlântico e ao norte com a região da AMREC [15] (ESTEVAM, JORGE, SALVARO, 2014) [16]. Esta associação é formada por quinze municípios: Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo [14]. A população estimada para a região é de 195.079 habitantes (IBGE, 2019) e a área territorial de 2.670,306 km² (IBGE, 2018) [17].

Já a AMREC foi criada em 1983, localizando-se ao sul com a AMESC, ao oeste com a Associação de Municípios da Região Serrana (AMURES), ao norte e leste com a AMUREL e oceano atlântico. Atualmente, a região é formada por 12 municípios: Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso e Urussanga (AMREC, 2011). A população estimada para a região é de 448.166 habitantes (IBGE, 2019) em uma área territorial de 2.656,011 km² (IBGE, 2018) [17].

A população deste estudo é composta por puérperas primíparas com idade igual ou superior a 18 anos, durante o puerpério remoto. Dados registrados na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) de Santa Catarina revelam 8.270 nascimentos no ano de 2019, nas regiões AMESC e AMREC, sendo 5.241 (63,30%) por via de parto cesáreo e 3.033 (36,63%) por via de parto vaginal. (SANTA CATARINA, 2020) [18].

AMOSTRA DO ESTUDO

Crítérios de elegibilidade

A amostra foi recrutada de forma intencional em municípios do sul catarinense. Sendo incluídas no estudo mulheres alfabetizadas, com idade igual ou superior a 18 anos; mantendo relações sexuais nas últimas 4 semanas; vivenciando o puerpério remoto do primeiro filho (a) (gestação única); e dentro do período inferior ou igual a 12 meses.

E foram excluídas puérperas com histórico de aborto após a 12ª semana de gestação; histórico de cirurgia uroginecológica nos últimos 3 anos; que apresentem sinais ou sintomas sugestivos de infecção do trato urinário (ITU) (disúria, ardência, poliúria) nas últimas 4 semanas; que o filho (a) tenha necessidade de algum tipo de internação hospitalar nas últimas 4 semanas; gestantes.

INSTRUMENTO DA PESQUISA

Para o desenvolvimento desse estudo foram utilizados instrumentos para caracterização da amostra e avaliação das DAP. Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa:

Ficha de caracterização da amostra

Esse instrumento teve sua elaboração para caracterização da amostra. As variáveis investigadas foram: idade, estado civil, escolaridade, via de parto (vaginal, cesárea) e tempo de puerpério (meses).

***Pelvic Floor Distress Inventory* – PFDI-20**

Para determinar a presença de DAP foi utilizado o *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20). Esse instrumento avalia a sintomatologia relacionada ao AP, trato urinário e trato intestinal e o nível de desconforto que esses sintomas causam. Foi proposto por Barber, Walters e Bump (2005) [19] e traduzido e validado em mulheres brasileiras por Arouca et al. (2016) [20].

Esse instrumento é composto por 20 questões divididas em 3 domínios: a) Pelve, que avalia os sintomas pélvicos por meio da subescala *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory* (POPDI-6), composta por 6 itens; b) Intestino, que se refere a sintomas anorretais por meio da subescala *Colorectal-Anal Distress Inventory* (CRADI-8), composta por 8 itens; c) Bexiga, que relaciona-se aos sintomas urinários por meio da subescala *Urinary Distress Inventory* (UDI-6), compostas por 6 itens [20].

Inicialmente foi questionado para a voluntária se ela apresentava ou não algum dos sintomas dos subitens. Caso a resposta tenha sido sim, o sintoma foi graduado pelo quanto isso a incomoda (nada, um pouco, moderadamente, bastante). As questões de cada subescala geraram

uma média que foi multiplicada por 25, totalizando uma pontuação entre 0 (nenhum desconforto) a 100 (máximo desconforto) para cada subescala. Desta forma, a escala geral equivale uma pontuação total de 0 a 300 e quanto maior a pontuação, maior é o desconforto. Quando a pontuação for igual a zero refere-se à ausência de sintomas [20]. Desta forma, foi considerada presença de sintomas de DAP qualquer valor diferente de zero no questionário, nas suas subescalas ou em cada item isolado. De acordo com Grimes et al. (2019), o PFDI-20 administrado por via digital possui coeficiente de relação 0,5 a 0,8 em relação a aplicação impressa.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Aspectos éticos

O procedimento para coleta de dados teve seu início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Os nomes das participantes do estudo foram mantidos em sigilo, sendo identificados apenas por números. Em que foi requerido para as participantes do estudo que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coleta de dados

A pesquisa desse estudo transcorreu entre o dia 06 de fevereiro à 31 de outubro de 2020, ocorrendo de maneira online em decorrência de período pandêmico.

Foi desenvolvida e adaptada pelos autores uma versão online do instrumento de pesquisa, a partir da plataforma *Google Forms*. Para a seleção e divulgação do estudo, foram desenvolvidos perfis oficiais nas plataformas de comunicação *Instagram* e *Facebook*. Do mesmo modo, com o objetivo de alcançar o maior número de mulheres, foi realizada também a divulgação em grupo do *Whatsapp*.

Ao acessar a pesquisa (link), na página inicial as participantes receberam orientações relacionadas ao objetivo do estudo, critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão), tempo estimado para aplicação do instrumento (entre 5 e 10 minutos) e acesso ao TCLE. Sendo questionado ainda a respeito da concordância e aceite na pesquisa (Sim/Não). Nos casos em que a resposta foi sim, data e horário do aceite foram registrados e as participantes foram direcionadas para a etapa seguinte, com perguntas relacionadas à elegibilidade. As mulheres que se adequaram aos critérios pré-estabelecidos para o estudo, tiveram acesso ao instrumento da pesquisa.

O instrumento foi organizado em sessões com perguntas que podiam ser respondidas no formato múltipla escolha e/ou caixas de seleção. Inicialmente, as participantes foram instruídas a responder a ficha de caracterização da amostra, seguida pelo PFDI-20. Para cada sessão, foi disponibilizado uma introdução com orientações relacionadas ao preenchimento das questões.

Para evitar que as participantes pulassem etapas e não respondessem todas as perguntas, foi sinalizado cada pergunta como item obrigatório.

Ao final da avaliação, as puérperas que disponibilizaram e-mail e/ou telefone receberam um folder online (via whatsapp/e-mail) com orientações sobre as disfunções da musculatura do assoalho pélvico.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica no programa *Microsoft Excel®* e as informações serão apresentadas de forma individual. Cada participante foi cadastrada através de um número codificador. A análise estatística foi realizada no pacote estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 22.0). Os dados referentes ao desconforto do AP, mensurados por meio do PFDI-20, foram recategorizados conforme Arruda et al (2022) [21]. Em que 0 significa não, 1 significa nada ou um pouco e 2 significa moderadamente ou bastante. Ao realizar o somatório dos resultados das 20 questões, tem-se uma nova classificação. O escore total do PFDI-20 varia entre 0 e 40, em que 0 é sem sintomas; 1 – 15 corresponde à sintomas leves; 16 – 34 sintomas moderados e 35 – 40 sintomas graves.

As variáveis analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas).

RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 248 mulheres residentes na região do estudo. Pode-se observar na Tabela 1 que a maioria das participantes do estudo são casadas (53,2%) e 54% cursaram ensino superior completo. A via de parto com maior predominância foi o parto do tipo cesárea (64,9%).

Tabela 1. Caracterização da amostra (n=248).

	f (%)
Estado Civil	
Casada	132 (53,2%)
União estável	103 (41,5%)
Solteira	13 (5,2%)
Escolaridade	

Ensino Superior Completo	134 (54%)
Ensino Superior Incompleto	42 (16,9%)
Ensino Médio Completo	48 (19,4%)
Ensino Médio Incompleto	17 (6,9%)
Ensino Fundamental Completo	3 (1,2%)
Ensino Fundamental Incompleto	4 (1,6%)
Via de Parto	
Parto Cesáreo	161 (64,9%)
Parto Vaginal	87 (35,1%)

Legenda: f: frequência simples; %: frequência relativa

A média de idade das participantes é de 27,24 anos (desvio padrão de 4,804) e a média de tempo de puerpério é de 5,89 meses (desvio padrão de 3,203).

Com relação aos sintomas mais leves, graduados como “um pouco” no estudo, 31% das participantes apresentam sensação de urgência para evacuar e 25% apresentam sensação de esvaziamento incompleto do intestino.

Na tabela 2, é possível visualizar que os sintomas mais graves, graduados como “muito” no estudo, 19% das mulheres apresentam força para evacuar, 14,1% demonstram sensação de urgência para evacuar e 13,7% relatam dor ao evacuar.

Tabela 2. Dados recategorizados referente ao PFDI-20.

SINTOMAS DE DESCONFORTO DO ASSOALHO PÉLVICO	NADA	UM POUCO	MUITO
Sensação de pressão em baixo ventre	183 (73,8%)	49 (19,8%)	16 (6,5%)
Endurecimento/frouxidão em baixo ventre	198 (79,8%)	31 (12,5%)	19 (7,7%)
Ver ou sentir "bola" na vagina	236 (95,2%)	-	12 (4,8%)
Empurrar algo com os dedos para ter evacuação completa	223 (89,9%)	-	25 (10,1%)
Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga	203 (81,9%)	37 (14,9%)	8 (3,2%)
Empurrar algo com os dedos para urinar	247 (99,6%)	-	1 (0,4%)
Força para evacuar	149 (60,1%)	52 (21,0%)	47 (19,0%)
Sensação de esvaziamento incompleto do intestino	157 (63,3%)	62 (25,0%)	29 (11,7%)
Perde fezes sólidas	225 (90,7%)	-	23 (9,3%)

Perde fezes líquidas	237 (95,6%)	-	11 (4,4%)
Elimina flatos involuntariamente	169 (68,1%)	59 (23,8%)	20 (8,1%)
Dor ao evacuar	160 (64,5%)	54 (21,8%)	34 (13,7%)
Sensação de urgência para evacuar	136 (54,8%)	77 (31,0%)	35 (14,1%)
"Bola" na região genital depois de evacuar	235 (94,8%)	-	13 (5,2%)
Polaciúria	204 (82,3%)	35 (14,1%)	9 (3,6%)
Sintoma de IUU	201 (81,0%)	35 (14,1%)	12 (4,8%)
Sintoma de IUE	207 (83,5%)	30 (12,1%)	11 (4,4%)
Perde urina em pequenas quantidades (gotas)	199 (80,2%)	34 (13,7%)	15 (6,0%)
Dificuldade em esvaziar a bexiga	222 (89,5%)	19 (7,7%)	7 (2,8%)
Dor/desconforto em baixo ventre ou região genital	216 (87,1%)	21 (8,5%)	11 (4,4%)

Na tabela 3, tem-se o resultado recategorizado das amostras referentes ao PFDI-20. Sendo possível observar que, com a nova recategorização, a maioria das mulheres participantes do estudo apresentam sintomas de desconforto do assoalho pélvico (82,66%).

Tabela 3. Escore total PFDI-20

Escore total PFDI – 20	f(%)
0	33 (13,30%)
01 à 15	205 (82,66%)
16 à 34	9 (3,62%)
35 à 40	1 (0,40%)

Legenda: f: frequência simples; %: frequência relativa.

DISCUSSÃO

Este presente estudo teve como objetivo realizar a recategorização dos dados referentes ao desconforto do assoalho pélvico em puérperas, fazendo o uso do questionário PFDI-20 e analisar os principais resultados. Obteve-se a maior porcentagem quando classificado como

“muito” relacionada as disfunções anorretais, em que 19,0% relata realizar força para evacuar e 14,1% refere urgência para evacuar.

De acordo com o estudo de Friedman et al., (2012) o aumento do peso intra-abdominal na gravidez e as lesões dos tecidos do AP ocasionadas pelo parto são frequentemente associados à redução da força dos músculos do assoalho pélvico (FMAP), podendo resultar em disfunções, como a incontinência urinária (IU) e a incontinência anal (IA) [22]. No estudo de Hall et al. (2003) com 50 mulheres, a frequência de pelo menos um sintoma de incontinência anal no puerpério foi de 38%, em que 24% das mulheres relataram incontinência por flatos, enquanto 10% das mulheres relataram incontinência por fezes [23]. A incontinência anal parece estar associada à diminuição da FMAP e ao prolapso de órgãos pélvicos [24].

O estudo Blomquist et al. (2018) aborda uma associação entre parto vaginal ou instrumental e lesões obstétricas, principalmente, do esfíncter anal, com IU e IA em que quando ocorre a comparação com o parto vaginal espontâneo, o parto cesáreo foi significativamente associado a menor risco de IUE. Além disso, o parto vaginal operatório foi significativamente associado a um maior risco de IA e POP. [24]. Além disso, no estudo de Brown et al. (2014) é relatado que a IA é considerada um problema de saúde pública em que apresenta implicações físicas, sociais, psicológicas e econômicas, sendo que a maioria das mulheres não relata essa queixa aos profissionais de saúde por se sentirem envergonhadas e acharem que não exista solução para a disfunção [25].

Em um estudo, Lincová et al. (2019) citaram que 4.888 partos foram incluídos na análise e que foi possível detectar que o trauma perineal mais comum foi a lesão, encontrada em 47% do casos, tendo como um dos principais sintomas a incontinência de flatos, nesse estudo concluiu-se que a IA é a consequência mais grave quando relacionada a lesão obstétrica do esfíncter anal [26].

A IA esteve presente em 8,4% das 96 mulheres participantes do estudo de Junqueira et al. (2017), sendo 6,3% incontinência de flatos e 2,1%, incontinência de fezes, dessa forma, a identificação das DAP é de relevância para prevenção e para o diagnóstico de também, para o tratamento das disfunções encontradas em puérperas [27].

CONCLUSÃO

Nesse estudo, concluiu-se com os resultados obtidos que a maioria das mulheres puérperas desta análise apresentam sintomas leves de desconforto do assoalho pélvico e quando manifestam sintomas moderados ou graves, tem-se prevalência por sintomas anorretais.

Em possíveis estudos futuros, é válido a realização da comparação entre a análise dos dados recategorizados obtidos através do PFDI-20 com os dados obtidos através da classificação antiga do questionário PFDI-20, possibilitando uma visualização dos dados obtidos atualizados de maneira benéfica nos estudos e planejamentos por parte dos profissionais.

Outra importante associação que poderá ser visualizada em um futuro estudo, é a analogia entre a via de parto escolhida pela puérpera e a influência no acontecimento das disfunções do assoalho pélvico e o quanto esse fator impacta na sua vida.

Desta forma, diante dos resultados encontrados, tem-se em vista a importância de orientações, planejamentos e aplicações de condutas por parte dos profissionais ao avaliar e proceder em relação as diferentes alterações encontradas para prevenção e/ou tratamento dos desconfortos do assoalho pélvico que podem ocorrer no período do puerpério.

REFERÊNCIAS

1. NAGAMINE, BP.; DANTAS, R. da S. .; SILVA, KCC da . A importância do fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico na saúde da mulher. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento** , [S. l.] , v. 10, n. 2, pág. e56710212894, 2021. 10.33448/rsd-v10i2.12894. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12894>
2. GOOD, M. M.; SOLOMON, E. R. Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 46, n. 3, p. 527–540, 2019. DOI: 10.1016/j.ogc.2019.04.010
3. Haylen, B. T., de Ridder, D., Freeman, R. M., Swift, S. E., Berghmans, B., Lee, J., Monga, A., Petri, E., Rizk, D. E., Sand, P. K., Schaer, G. N., International Urogynecological Association, & International Continence Society (2010). An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and urodynamics*, 29(1), 4–20. <https://doi.org/10.1002/nau.20798>
4. Iamundo, L. F., Nava, G. T. de A., Rocha Júnior, P. R., Prudencio, C. B., & Barbosa, A. M. P.. (2022). Prevalence and factors associated with pelvic floor dysfunction in university women: a cross-sectional study. *Fisioterapia Em Movimento*, 35, e35133. <https://doi.org/10.1590/fm.2022.35133>

5. Leroy L da S, Lúcio A, Lopes MHB de M. Risk factors for postpartum urinary incontinence . *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2016Mar;50(2):0200–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200004>
6. Junqueira Vasconcellos de Oliveira, SM, de Souza Caroci, A., de Paula Batista Mendes, E., Guimarães de Oliveira, S. e Penha Silva, F. 2018. Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto. *Enfermagem Mundial* . 17, 3 (junho de 2018), 26–67. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.292821>
7. Serati, M., Salvatore, S., Khullar, V., Uccella, S., Bertelli, E., Ghezzi, F., & Bolis, P. (2008). Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 87(3), 313–318. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00016340801899008>
8. Ferederice, C. P., Amaral, E., & Ferreira, N. de O.. (2011). Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, 33(4), 188–195. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000400007>
9. Rortveit G, Brown JS, Thom DH, Van Den Eeden SK, Creasman JM, Subak LL. Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: 1396–1403. DOI: 10.1097/01.AOG.0000263469.68106.90
10. Sze EH, Sherard GB, Dolezal JM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2002; 100: 981. DOI: 10.1016/s0029-7844(02)02246-9
11. Torrisi, G., Minini, G., Bernasconi, F., Perrone, A., Trezza, G., Guardabasso, V., & Ettore, G. (2012). A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 160(1), 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.10.010>
12. Whitehead, W. E., Borrud, L., Goode, P. S., Meikle, S., Mueller, E. R., Tuteja, A., Weidner, A., Weinstein, M., Ye, W., & Pelvic Floor Disorders Network (2009). Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*, 137(2), 512–517.e5172. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.04.054>
13. Glisoi SFN, Girelli P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. *Rev Bras Clin Med*. 2011;9(6):408-1

14. ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO EXTREMO SUL CATARINENSE. 2019. <https://www.amesc.com.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/71114>
15. ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CARBONÍFERA. 2017. <https://www.amrec.com.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/59316>
16. Região do Extremo Sul Catarinense: Uma análise entre o rural e o urbano. Revista NECAT. Criciúma, 3(6), p. 31-56, 2014.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Estimativas da população com referência a 1º de julho de 2019. 2019. Disponível em > <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=3098>
18. SANTA CATARINA. Secretária de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Nascidos Vivos. Diretoria de Vigilância em Saúde. 2019. Disponível em <http://200.19.223.105/cgi-bin/tabnet?sinasc/def/sinasc.def>
19. Barber, M. D., Walters, M. D., & Bump, R. C. (2005). Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(1), 103–113. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.025>
20. AROUCA, M. A. F.; DUARTE, T. B.; LOTT, D. A. M.; et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *International Urogynecology Journal*, v. 27, n. 7, p. 1097–1106, 2016. *International Urogynecology Journal*. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-015-2938-8>
21. de Arruda, G. T., de Andrade, D. F., & Virtuoso, J. F. (2022). Internal structure and classification of pelvic floor dysfunction distress by PFDI-20 total score. *Journal of patient-reported outcomes*, 6(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00459-6>
22. Friedman S, Blomquist JL, Nugent JM, McDermott KC, Muñoz A, Handa VL. Pelvic muscle strength after childbirth. *Obstet Gynecol*. 2012;120(5):1021-8.
23. Hall, W., McCracken, K., Osterweil, P., & Guise, J. M. (2003). Frequency and predictors for postpartum fecal incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*, 188(5), 1205–1207. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.333>
24. Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of Delivery Mode With Pelvic Floor Disorders After Childbirth. *JAMA*. 2018 Dec 18;320(23):2438-2447. doi: 10.1001/jama.2018.18315. PMID: 30561480; PMCID: PMC6583632.

25. Brown, S., Gartland, D., Perlen, S., McDonald, E., & MacArthur, C. (2015). Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth: a cohort study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(7), 954–962. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12963>
26. Lincová, M., Neumannová, H., Mikysková, I., & Zikán, M. (2019). Obstetric anal sphincter injuries - review of our data between 2015-2017. Porodní poranění análního sfinkteru - analýza vlastního souboru rodiček mezi lety 2015-2017. *Ceska gynekologie*, 84(1), 18–22.
27. Junqueira Vasconcellos de Oliveira, Sonia Maria, de Souza Caroci, Adriana, de Paula Batista Mendes, Edilaine, Guimarães de Oliveira, Sheyla, & Penha Silva, Francine. (2018). Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto. *Enfermería Global*, 17(51), 26-67. Epub 01 de abril de 2018. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.292821>