

**A abordagem global do Fisioterapeuta
na dor pélvica no pós-parto**

Maria de Fátima Batista Sancho

Dezembro de 2010

INDICE

1. INTRODUÇÃO	3
1.1. DOR NA ZONA DO PAVIMENTO PÉLVICO	7
1.2. INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA GRAVIDEZ E PÓS PARTO	8
2. APRESENTAÇÃO DO CASO	12
2.1. INTERVENÇÃO	13
2.2. OBJECTIVOS:	13
2.3. DADOS PESSOAIS:	13
2.4. HISTÓRIA CLÍNICA ACTUAL	13
2.5. HISTÓRIA ANTERIOR	14
2.6. EXAME FÍSICO	14
2.7. TESTES/EXAMES	15
2.7.1 <i>Avaliação da Dor Lombar - Teste dos movimentos repetidos</i>	15
2.8. AVALIAÇÃO DA DCP	16
2.8.1 <i>Teste de provocação da dor pélvica posterior (thigh trust)</i>	16
2.8.2 <i>Gaenslen's sign</i>	16
2.8.3 <i>Teste de Patrick</i>	16
2.8.4 <i>Teste da compressão</i>	16
2.8.5 <i>Teste da Distracção</i>	17
2.9. AVALIAÇÃO DA MAMADA	17
2.10. AVALIAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO	17
2.11. OBJECTIVOS DO UTENTE:	18
2.12. OBJECTIVOS DO FISIOTERAPEUTA	19
2.13. FACTORES CONTEXTUAIS:	20
2.14. FACTORES AMBIENTAIS:	20
2.15. DIAGNÓSTICO DO FISIOTERAPEUTA	20
2.16. PROGNÓSTICO	20
3. INTERVENÇÃO	21
3.1. OBJECTIVOS DO TRATAMENTO A CURTO PRAZO	21
3.2. OBJECTIVOS A MÉDIO PRAZO	22
4. PLANO DE TRATAMENTO	25
4.1. PRIMEIRO MOMENTO DE AVALIAÇÃO	25
4.2. ACONSELHAMENTO/ORIENTAÇÃO	25
4.3. TREINO DOS MÚSCULOS DO PAVIMENTO PÉLVICO	26
4.4. MOMENTO DE REAVALIAÇÃO/AVALIAÇÃO	27
5. TRATAMENTO:	28
5.1. MOMENTO DE REAVALIAÇÃO/AVALIAÇÃO	28
5.2. MOMENTO DE REAVALIAÇÃO/AVALIAÇÃO –	29
5.3. MOMENTO DE REAVALIAÇÃO/AVALIAÇÃO	29
6. DISCUSSÃO	29
7. CONCLUSÃO	31
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1. Introdução

O presente estudo de caso surge no âmbito da prática clínica privada, na área de intervenção da fisioterapia na saúde da mulher, em particular na intervenção multifactorial em sequelas após parto.

Iremos descrever e analisar o processo da fisioterapia aplicado a uma mulher de 34 anos com dor lombar/pélvica a qual teve início três semanas após o parto do seu terceiro filho. Este sintoma considerado como principal, que levou à procura dos cuidados de fisioterapia, além das implicações ao nível da estrutura e função, tinha um grande impacto no desempenho de actividades, pela dificuldade em realizar movimentos livremente, especificamente passar da posição de sentado para de pé e na marcha. O impacto na participação social era também considerável, em particular na capacidade de prestar os cuidados necessários ao seu bebé. Além desta queixa, a utente apresentava ainda dor ao nível da zona do períneo, perdas de urina sempre que tosse e dificuldades na amamentação.

Todos os problemas referidos pela utente, são muito frequentes nas mulheres após o parto, tendo estes tendencialmente uma resolução natural nas duas a três primeiras semanas, pelo que, a maioria das mulheres não recorre a ajuda para os resolver. No entanto, existe uma percentagem que os estudos nos apontam entre os 16% e os 7% que mantêm a dor lombar/pélvica até às 23 semanas dor essa que como no caso presente, pode ser muito incapacitante, sendo estas as situações que mais poderão beneficiar do apoio da fisioterapia na resolução das suas queixas.

Sendo que, a dor lombar e pélvica são um dos grandes problemas de saúde, responsável pela maior fatia do absentismo e pela grande procura de consultas médicas constituindo-se pois como um problema socioeconómico em toda a Europa, para a população em geral. A dor lombar baixa (DLB) ou lombalgia afecta principalmente a população activa e está sempre associada a custos elevados em saúde, absentismo e incapacidade apesar de todos os esforços que têm vindo a ser desenvolvidos no sentido da sua prevenção.

A DLB é geralmente definida como sendo uma dor situada entre a 12^a costela e a prega glútea. A dor na cintura pélvica (DCP), muitas vezes confundida por lombalgia é uma queixa mais comum e incapacitante do que a lombalgia tanto na gravidez como no período após o parto (Hofmeyr; Abdel-Aleem & Abdel-Aleem, 2008). O risco de vir a ter dor lombar ou pélvica na gravidez ou após o parto é maior nas mulheres com queixas de dor lombar/pélvica prévia. Cerca de 10% das mulheres reportam a sua história de dores lombares ao período da gravidez ou após o parto. Os desequilíbrios musculares provocados pela gravidez, devido ao aumento do peso feto ao longo dos nove meses e às alterações hormonais mantêm-se no puerpério dando muitas vezes lugar a quadros de dor e incapacidade na zona da cintura pélvica e lombar (Mens, 1996) Neste contexto o fisioterapeuta terá de actuar na prevenção do aparecimento das queixas e no caso de estas existirem tratá-las e prevenir desde logo as recorrências.

Na última década tem havido um grande esforço tanto da parte dos clínicos como dos investigadores no sentido de estudar não só a dor mas a etiologia da DCP. Tanto a definição como a nomenclatura nesta área eram confusas surgindo a necessidade de se criar um grupo de trabalho. Dentro da COST ACTION B13 constituída para elaborar o “*European Guidelines for the Management of Low Back Pain*” em 2006 (van Tulder; Becker; Bekkering; Breen; del Real; Hutchinson; Koes; Laerum & Malmivaara, 2006) surge o “*Working Group 4*” (WG4) nome dado ao grupo de trabalho constituído para elaborar os

“*European Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Pelvic Girdle Pain*” (Ronchetti; Vleeming & van Wingerden, 2008), guidelines da dor pélvica.

O principal objectivo destes guidelines passa pela proposta de um conjunto de recomendações que possam suportar futuros guidelines nacionais e internacionais sobre a DCP. Deverão ainda ajudar na prevenção de complicações a longo prazo, redução da dor e diminuição das incapacidades. O âmbito deste guideline em particular é promover uma abordagem realística com o intuito de melhorar o diagnóstico e tratamento da DCP através de:

- Recomendações sobre o diagnóstico e actuação clínica na DCP;
- Abordagem baseada na evidência dada pelos guidelines clínicos existentes;
- Recomendações aceites por todas as profissões de saúde dos países participantes;
- Facilitar uma abordagem multidisciplinar; estimulando a colaboração e uma aproximação consistente entre os profissionais de saúde.

Segundo a WG4 a Dor na Cintura Pélvica (DCP) é definida por uma dor sentida entre a crista ilíaca posterior e a prega glútea, localizando-se com especial incidência na zona da articulação sacro ilíaca (SI) podendo irradiar para a parte posterior da coxa e surgir simultaneamente/ou separadamente, dor na sínfise púbica: A capacidade para andar, estar de pé e sentada; está geralmente diminuída. Esta condição surge geralmente relacionada com a gravidez, trauma ou artrite.

O diagnóstico da DCP é feito:

- Após se ter excluído o diagnóstico de DLB
- Quando a dor ou alterações funcionais referentes à dor pélvica podem ser reproduzidas por testes clínicos específicos.

A causa da DCP é multifactorial e pode estar relacionada com diferentes condições, gravidez, pós parto, espondilite anquilosante ou trauma. Na maioria dos casos não existe nenhuma explicação óbvia para o aparecimento da DCP, contudo durante a gravidez o corpo da mulher está exposto a determinados factores que têm impacto na estabilidade e dinâmica da cintura pélvica.

Um destes factores é a hormona relaxina que em combinação com outras hormonas provoca laxidão dos ligamentos da cintura pélvica assim como de todas as outras estruturas ligamentares.

De acordo com os estudos de Albert et al. (2002) o ponto de prevalência de mulheres que sofrem de DCP durante a gravidez é próximo dos 20% sendo forte a evidência no que respeita a este valor.

É difícil comparar os estudos existentes na literatura porque a DCP é muitas vezes incluída na dor lombar. Contudo, naqueles em que a DCP é definida e estudada separadamente, o que se encontra é similar e aceitável.

Depois da gravidez a prevalência da DCP rapidamente baixa para 7% nos três primeiros meses (Petersen; Olsen; Laslett; Thorsen; Manniche; Ekdahl & Jacobsen, 2004); (Albert; Godsken & Westergaard, 2001) A percentagem de mulheres que sofrem de dor severa depois da gravidez era 3, 3,2,2,1 e 1% respectivamente 1,3,6,12,18 e 24 meses depois do parto (Albert et al., 2001). As mulheres que apresentavam DCP persistente depois do parto muitas vezes também tinham queixas de dor severa durante a gravidez., 21% das mulheres com queixas de dor severa durante a gravidez ainda apresentavam DCP com teste

provocatórios de dor positivo dois anos após o parto (Albert et al., 2001). No estudo de (Ostgaard & Andersson) 5% das mulheres apresentavam dor severa depois da gravidez, e nos seus estudos (Ostgaard; Roos-Hansson & Zetherstrom); (Ostgaard; Zetherstrom & Roos-Hansson) o ponto de prevalência no follow up no período do pós parto á 11^a e 23^a semana, foi respectivamente de 16 e 7%. Estes números são relativos a uma população não tratada.

Os principais factores de risco da DCP durante a gravidez são:

- uma história anterior de dor lombar
- trauma prévio da pélvis (Mens *et al* 1996).

Há uma ligeira evidência conflituosa (um estudo somente) que considera factor de risco a multiparidade e uma actividade laboral com elevadas cargas . Há acordo em que não são factores de risco: pilula anticoncepcional, o intervalo de tempo entre gravidezes, altura, peso, fumar e a idade.

Uma revisão da literatura que teve como base a “*European Guidelines for the Diagnosis and Treatment of pelvic girdle pain*” (Vleeming *et al* 2008) revela que foram usados uma variedade de exames, procedimentos e testes para investigar doentes grávidas ou não.

Nos estudos em que foram descritos os procedimentos dos exames são usados uma combinação de métodos:

- inspecção da marcha
- postura e inclinação da bacia
- palpação de ligamentos e músculos
- teste para a sacro-ilíaca (SI) bloqueada
- testes de provocação de dor para a SI e sínfise púbica.

Os primeiros estudos focam-se mais na inspecção e palpação enquanto que os mais recentes incidem mais nos teste de provocação de dor, provavelmente devido a uma fidedignidade e especificidade maior. Os testes de provocação de dor mais fidedignos e mais usados para a dor na SI são o teste Thigh trust e o teste de Patrick’s Faber. Para a dor a nível da sínfise púbica o teste mais usado é a palpação da sínfise e o teste de Trendlenbourgh modificado usado como um teste de provocação de dor.

A fim de se efectuar o diagnóstico da DCP são recomendados pela “*European Guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain*” que conste do exame clínico os testes de provocação de dor pélvica posterior, o Gaenslen’s sign, o teste de Patrick, o teste da compressão e o teste da distracção.

De acordo com estas guidelines recomenda-se:

- Exercícios individualizados na gravidez;
- Um programa individualizado que deve incidir especialmente em exercícios de estabilização no intuito de melhorar o controlo e a estabilidade integrados num tratamento multifactorial adequado ao pós-parto;
- Medicação para alívio da dor se necessário à excepção das grávidas que só poderão tomar o paracetamol.

O fisioterapeuta é o profissional com mais competências para intervir junto a utentes com problemas do foro músculo-esquelético. Para a sua resolução, o fisioterapeuta dispõe de várias formas de abordagem, como seja o método de McKenzie. O método de Mckenzie

preconiza uma abordagem, um diagnóstico mecânico feito com base na resposta do doente a movimentos repetidos, a posições ou e actividades.

Segundo Robin Mckenzie, o diagnóstico diferencial deve ser feito com o intuito de excluir qualquer patologia séria ou que, não seja adequada a um tipo de terapia mecânica. Ao fazer o seu diagnóstico o terapeuta deve restringir-se às lesões de origem músculo-esqueléticas. Quando o fisioterapeuta se especializa nesta área, o seu diagnóstico mecânico é de longe mais correcto, (Donelson, 1997) (Donelson; Aprill; Medcalf & Grant) do que aquele que é feito pela maioria dos profissionais médicos conseguindo, com fidelidade, afirmar se a dor tem origem discal ou não.

No estudo de (Donelson, 1997) (Machado, 2006) foi avaliada a relação entre as respostas do fenómeno da centralização e periferalização da dor com dados discográficos, tendo concluído que o processo da avaliação, segundo o método de Mckenzie, é seguro na distinção da dor de origem discogénica da não discogénica ($P < 0.001$) assim como é competente para um annulus incompetente ($P < 0.042$) em discos sintomáticos e é superior à imagem por ressonância magnética na distinção ($P < 0.042$) dor de discos “trincados” de discos não dolorosos. Noutros estudos como o de Hefford (2008) que se propôs a desenvolver o perfil do uso das classificações de diagnóstico e tratamento de Mckenzie por fisioterapeutas. credenciados no método de Mckenzie na Nova Zelândia, veio confirmar o que estudos anteriores já tinham feito dando validade externa ao método de Mckenzie, e suportando a avaliação mecânica de doentes da coluna de acordo com a preferência direccional.

No estudo de (Machado, 2010) procurou-se avaliar qual o efeito a curto prazo de adicionar o Método de Mckenzie a cuidados de primeira linha em doentes com dor lombar aguda. Tendo concluído que o programa de tratamento baseado no método de Mckenzie e quando adicionado aos cuidados correntemente usados na dor lombar não produz melhoramentos apreciáveis adicionais a curto prazo no que respeita à dor, incapacidade, função ou num efeito global perceptível. No entanto, o método de Mckenzie parece reduzir a utilização dos serviços de saúde embora, não reduza o risco de o doente desenvolver sintomas persistentes.

Noutro estudo o mesmo autor (Machado, 2006) mostra-nos que o método é mais efectivo do que a terapia passiva no tratamento da dor lombar aguda mas a magnitude da diferença diz que a evidência da utilização do método para a dor lombar crónica é limitada.

Existem outros métodos que constituem alternativas eficazes para o tratamento da dor lombar e pélvica entre elas a Reeducação Postural Global (RPG). Este método de terapia física foi desenvolvido em França pelo fisioterapeuta Philippe Souchart. A sua abordagem terapêutica baseia-se numa ideia integrada do sistema muscular formado por cadeias musculares, que podem encurtar como resposta a factores de ordem constitucional, psicológicos ou comportamental. O objectivo do RPG é alongar os músculos encurtados usando a propriedade do “creep” típica dos tecidos visco elásticos e reforçar a contracção dos músculos antagonistas, evitando assim assimetrias posturais. Embora este método esteja implantado em muitos países de língua romana existem poucos estudos a suportar a sua eficácia clínica e base teórica

Começam no entanto a surgir alguns estudos a comprovar a sua eficácia como o de (Bonetti, #1535; Bonetti, 2010) cujo objectivo foi comparar a curto e médio prazo dois grupos de utentes com dor lombar persistente e avaliar a eficácia de um programa de tratamento de RPG com um programa de exercícios de estabilização. Neste estudo o RPG é sugerido como uma forma mais eficaz de melhorar a dor e diminuir a incapacidade em doentes com dor lombar persistente do que, o programa de exercícios de estabilização, resultados estes que

necessitam de ser confirmados com estudos de níveis mais elevados de standards metodológicos, incluindo uma melhor aleatorização, uma amostra maior e um maior follow up.

O RPG constitui também uma possível abordagem à incontinência urinária (Fozzatti; Herrmann; Palma; Riccetto & Palma, 2010) tendo em alguns estudos como o de Fozzatti surgido como uma alternativa ou um complemento ao fortalecimento dos MPP. Neste estudo foram constituídos dois grupos onde um seguiu um programa de fortalecimento dos MPP e outro um programa de RPG, em ambos os grupos houve melhoria tanto a nível do diário de micção durante três dias, como da avaliação funcional dos MPP e do *King's Health Questionnaire* sendo sugerido que o RPG poderá ser uma alternativa ao fortalecimento dos MPP.

1.1. Dor na zona do pavimento pélvico

A dor e o desconforto na zona do pavimento pélvico são queixas muito frequentes após um parto vaginal sendo a episiotomia apontada como uma das causas. A episiotomia é uma incisão efectuada na região do períneo para ampliar o canal de parto e prevenir que ocorra uma rasgadura irregular durante a passagem do bebé. Existem três correntes entre os obstetras. A primeira defende que a episiotomia deve ser realizada em todas as parturientes, com a alegação de que sem ela há um alto risco de incontinência fecal. A segunda diz que ela pode deixar de ser feita em alguns casos seleccionados. A terceira corrente diz que na grande maioria dos partos vaginais não é necessário episiotomia. Segundo essa última, mesmo que ocorra laceração durante a expulsão do bebé, ela é geralmente menor, requer menos pontos tem uma recuperação mais fácil sendo por isso preferível à episiotomia.

Actualmente a episiotomia, corte feito nas estruturas do pavimento pélvico é um dos procedimentos mais comuns em obstetrícia tendo começado por ser sugerida para auxiliar os partos vaginais complicados. No entanto em 1918 um eminente ginecologista Pomeroy começou a recomendá-la sistematicamente tendo escrito um artigo intitulado “Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas”. Em Portugal institui-se o modelo do uso sistemático da episiotomia tendo como justificação a prevenção do suposto enfraquecimento irreversível do pavimento pélvico, a prevenção do trauma perineal severo, lesões do pavimento pélvico, prolapsos e incontinência urinária. No entanto, apesar do uso largamente difundido desta medida não existe evidência científica que suporte esses benefícios mas sim exactamente o contrário, ou seja, que a episiotomia está associada a um maior risco de laceração severa razão pela qual só deva ser utilizada em situações complicadas.

Após um parto por via vaginal em que tenha sido feita a episiotomia é muito frequente a existência de edema e dor (Kettle, 2004) o que se poderia evitar se se optasse por deixar as estruturas responderem à tensão e eventualmente haver uma rasgadura (Riethmuller, 2009). Em Portugal a incidência das rasgaduras é bastante mais baixa do que as episiotomias 8% versus 92% dos partos vaginais ao contrário das orientações da OMS que sugere uma taxa de episiotomias não superior aos 10%. Apesar de todos os esforços e chamadas de atenção neste sentido Portugal ainda não diminuiu a taxa de episiotomias o que se pensa que só tenha a ver com a dificuldade em alterar práticas há muito instaladas nos profissionais de saúde.

Para além da episiotomia outras práticas como a compressão do fundo uterino durante a fase da expulsão é também causa de lesões e lacerações no pavimento pélvico. O prognóstico da dor perineal está dependente da extensão da lesão mas no geral, assim que o edema diminui e os pontos caem o que acontece por volta do quinto sexto dia, a dor diminui francamente assim como o mau estar. No entanto, existem situações de dor crónica pós partos vaginais

provocadas por lesões e consequentes processos cicatriciais (Bortolini; Drutz; Lovatsis & Alarab, 2010).

A fisioterapia poderá ajudar a resolver a dor provocada por aderências ou encurtamentos através de massagem perineal ou mesmo intra vaginal, explorando os “*trigger points*” e tentando relaxar as zonas de maior tensão digitalmente ou com o auxílio de instrumentos próprios.

1.2. Incontinência urinária na gravidez e pós parto

Incontinência urinária (IU) é definida pela *International Society of Continence* (ISC) como sendo qualquer perda de urina involuntária pela uretra não infantil. É uma condição que afecta especialmente as mulheres não só em idades mais avançadas como também em jovens atletas e mulheres grávidas e após o parto. Para além de uma situação limitante e causadora de grande mal-estar, baixa de auto estima e responsável por outros maus funcionamentos do nosso corpo pela inactividade a que muitas vezes condiciona actividade física sendo ainda uma fonte de elevados gastos em saúde.

Existe uma grande variação na estimativa da prevalência da incontinência urinária mesmo tendo em conta as diferenças em definições, método epidemiológico e características demográficas. Dois estudos recentes decorrentes na Europa e nos EUA que definiram incontinência de acordo com a ISC e que nos seus estudos identificaram qualquer perda de urina nos últimos 30 dias (Hunskaar et al 2004, Kinchen et al 2003) foram congruentes nos seus resultados mostrando uma prevalência de IU entre 35 e 37% respectivamente. Nestes estudos a prevalência da incontinência de esforço foi de 37 e 42% respectivamente. No que respeita à incontinência mista as percentagens encontradas foram de 33 e 46% respectivamente.

Em Portugal num estudo solicitado em Março de 2008 pelas Associações Portuguesas de Urologia e de Neuro-urologia e Neuro-uroginecologia ao Serviço de higiene e epidemiologia da faculdade de Medicina do Porto teve como objectivo quantificar a prevalência da incontinência urinária em Portugal (por auto declaração) e caracterizar os tratamentos efectuados. Com base na definição proposta pela ICS, em Portugal continental a prevalência de incontinência urinária foi:

- 21,4% nas mulheres e de 7,6% nos homens
- a prevalência mais elevada de IU em cada sexo foi observada nas mulheres de 60 a 79 anos (26,0%) e nos homens com mais de 79 anos(21,6%)
- a prevalência de IUE foi de 8,7 nas mulheres e 1,2% nos homens
- a prevalência ou imperatividade foi de 4,3% nos homens e 3,4% nas mulheres
- a prevalência de incontinência urinária mista foi de 8,5% nas mulheres e 1,6% nos homens
- a IUE foi o tipo mais frequente de IU entre as mulheres (39,9%) e a incontinência por imperatividade o mais frequente nos homens (56,4%)

Tanto a gravidez como o parto têm sido considerados factores de risco significativos debatendo-se se o risco se deve especialmente à gravidez ou ao parto sendo a evidência contraditória (Hunskaar et al 2002, Koebl et al 2002).

Ao contrário da crença popular anterior a menopausa parece não constituir um factor de risco e existe uma evidência conflituosa no que diz respeito à histerectomia, assim como a diabetes *mellitus* aparece como um factor de risco na maior parte dos estudos. A investigação

também sugere que a substituição oral de estrogénio e o índice de massa corporal são factores que podem modificar os factores de risco da IU de acordo com os “*Guidelines da European Association of Neurourology 2009*”.

A incontinência urinária tem sido sempre fortemente associada ao parto vaginal embora existam estudos que mostram que a incidência da IU aumenta durante a gravidez e baixa depois do parto a explicação para este fenómeno poderá ter a ver com um aumento da pressão nos MPP por aumento do peso do feto mas existem estudos que nos dizem que este facto está relacionado com o aumento da concentração hormonal ou de modificação dos tecidos locais provocados por alterações hormonais (Hvidman; Foldspang; Mommsen & Bugge Nielsen, 2002) mas de facto o verdadeiro mecanismo permanece incerto. No entanto a prevalência é maior após o parto do que antes da gravidez (Viktrup & Lose, 2000).

Várias características da mulher grávida têm sido analisadas, no sentido de determinar os possíveis factores de risco da incontinência urinária durante a gravidez. A obesidade foi mencionada como um possível factor de risco no pós-parto, assim como a tosse e o espirro frequentes, não existindo consenso nos estudos realizados.

A existência de incontinência prévia à gravidez é um dos grandes factores de risco (Hvidman et al., 2002) assim como foi verificado num estudo de *follow-up* de 15 anos que o facto de surgir incontinência urinária durante a gravidez aumenta o risco de desenvolver incontinência urinária no futuro (Dolan; Hosker; Mallett; Allen & Smith, 2003).

A associação entre a incontinência urinária e factores obstétricos como a paridade, tipo de parto e peso do bebé têm também sido alvo de vários estudos havendo estatísticas significativas entre a incontinência e o peso do bebé se igual ou superior a 4000gr havendo outros estudos conflituosos (Farrell; Allen & Baskett, 2001)

Especialmente o primeiro parto vaginal parece ser um factor de risco para o desenvolvimento da incontinência urinária embora um aumento da prevalência da IU esteja associada à paridade e em mulheres com mais de 4 filhos (Marshall; Thompson; Walsh & Baxter, 1998).

A cesariana electiva parece ter um efeito protector relativamente à IU (Eason; Labrecque; Marcoux & Mondor, 2004) embora não na sua totalidade pois existem outros factores que podem confundir.

O prognóstico da incontinência urinária depende muito do tipo de incontinência dos factores de risco, da idade, do entendimento e da adesão do utente ao tratamento mas de acordo com os estudos de Kari Bo (1996) não só 70% das mulheres recuperam totalmente da IUE ao fim de 5 meses de tratamento, com base num programa de treino dos MPP, como mantêm as suas melhoras 5 anos após o tratamento.

O tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) poderá ter uma abordagem mais conservadora onde se posiciona a fisioterapia e uma outra mais médico cirúrgica que engloba a terapia medicamentosa e a cirurgia. No que respeita à abordagem conservadora que segundo as guidelines da ISC deveria ser estar na primeira linha de escolha no tratamento da IUE pois não é invasiva, é menos onerosa, não tem efeitos secundários, não impede uma outra abordagem, e é eficaz no tratamento de 70% das IUE.

Nas IUE a fisioterapia poderá ter de recorrer a várias estratégias de acordo com a situação, com o utente e com os meios existentes podendo recorrer aos exercícios para os músculos do pavimento pélvico, aos cones vaginais, a electro-estimulação, ao ensino de estratégias comportamentais, de como lidar com as perdas urinárias, aos hábitos alimentares e cuidados de higiene.

Ao longo dos anos têm surgido vários RCTs mostrando que o treino dos MPP é eficaz tanto no tratamento da IUE como na incontinência por urgência ou mista e esta é uma das razões pela qual é aconselhado como o primeiro tratamento de eleição no tratamento destas condições. Teoricamente existem três razões que explicam a razão de ser dos exercícios e que justificam a eficácia dos mesmos no tratamento da IU:

- 1) a fim de prevenir as perdas o indivíduo aprende a pré contrair conscientemente os MPP antes e durante um aumento da pressão abdominal como acontece, quando tosse, espirra ou faz algum outro esforço;
- 2) O suporte estrutural é dado essencialmente pelos músculos do pavimento pélvico que com o treino específico dos mesmos irão sofrer um aumento do volume muscular e da força.
- 3) o treino dos músculos abdominais pela sua acção sinérgica com os MPP poderá contribuir para um melhor funcionamento e coordenação de todos.

O primeiro ponto pode ser colocado num plano de construção comportamental, enquanto que nos dois últimos o objectivo é alterar a função neuromuscular e morfológica, com o objectivo final de que a contracção dos MPPs seja automática (Bo, 2004a).

Relativamente à incontinência IUE existem vários estudos que mostram a eficácia de um treino intensivo dos MPP (Morkved; Salvesen; Bo & Eik-Nes, 2004) no estudo RCT levado a cabo por Morkved verificou-se que num grupo de mulheres jovens nulíparas sujeitas a um treino intensivo dos MPP havia diferenças significativas na função muscular do pavimento pélvico medido em força e espessura dos MPP, em relação ao grupo de controlo.

Na gravidez o treino intensivo dos MPP é eficaz na prevenção da IU no pós parto e no aumento da força dos MPP (Morkved; Bo; Schei & Salvesen, 2003) assim como é importante na prevenção de prolapso (Abbott; Renfrew & McFadden, 2006).

A necessidade de um trabalho específico dos MPP e não do transversal do abdómen se o que se pretende é fortalecer os MPP está demonstrado no estudo de Aus (2009).

Na procura de melhores resultados no tratamento da IUE muitas vezes é também utilizado o biofeedback que, segundo as *Guidelines for the Treatment of SUI* da ISC, não constitui per se uma forma de tratamento mas sim, um auxiliar do mesmo, facilitando a visualização da contracção e o acompanhamento da mesma o que, para algumas pessoas pode ser de facto um factor importante na sua adesão e compreensão do tratamento. No entanto, (Hay-Smith; Herbison & Morkved, 2002) apresentou um estudo RCT onde foram constituídos dois grupos, um onde o tratamento constava somente de um programa de treino de fortalecimento para os MPP e outro que para além desse mesmo programa foi adicionado o biofeedback. Como conclusão do estudo, verificou-se que em ambos os grupos tinha havido uma diminuição significativa da IU assim com um aumento da força mas, não havia diferenças entre os grupos pelo que, se poderá concluir, que o biofeedback não veio de facto acrescentar nada ao tratamento.

Em algumas situações é ainda recomendado o uso da electroestimulação que de acordo com as “*guidelines*” são aconselháveis em utentes em que a contracção dos MPP é inexistente ou de grau I ou II em que existe sensação da contracção mas sem movimento ou com muito pouco. Nos estudos comparativos entre a eficácia do treino dos MPP e da estimulação eléctrica (Berghmans; Hendriks; Bo; Hay-Smith; de Bie & van Waalwijk van Doorn, 1998) os resultados são conflituosos.

Após o parto várias são as alterações e dificuldades que uma mulher pode apresentar tendo algumas delas já sido referidas anteriormente e que se prendem mais com o foro neuro-musculo esquelético que se encontra enquadrado na descrição das competências do fisioterapeuta. No entanto quem trabalha na área da saúde da mulher tem de estar habilitado a resolver muitas outras situações que transcendem este âmbito pois a nossa abordagem deverá ser global e por tal as nossas competências, compreensão e actuação também terão de ser mais abrangentes e de certa forma extrapolar um pouco aquilo que por definição é atribuído á fisioterapia.

Assim, uma das grandes problemáticas na fase do pós parto prende-se sobretudo com todo o processo da amamentação, um processo fisiológico, em si, de fácil compreensão mas com interpretações e orientações muito díspares por parte dos profissionais de saúde o que complica fortemente o sucesso da amamentação. Esta problemática tem sido alvo de vários estudos que mostram a necessidade de formação e actualização dos profissionais de saúde nesta temática a fim de não só uniformizar a informação dada ás mulheres que pretendem, amamentar como de fornecer informações actualizadas e baseadas na evidência (Bernaix), as primíparas apresentam mais dificuldades na amamentação do que as multiparas embora ambas sintam a necessidade de um apoio maior e mais consistente especialmente da parte da enfermagem (McCann; Baydar & Williams, 2007).

Para além do leite materno providenciar uma nutrição excelente para o bebé, este contém uma quantidade de componentes imunológicos que são de extrema importância na protecção contra as infecções e ainda suporta e contribui para o desenvolvimento e maturação do seu próprio sistema imunitário. Existe evidência que mostra que o leite materno confere benefícios a longo prazo tais como: um menor risco de doenças auto imunes, doenças inflamatórias do intestino e provavelmente algumas das malignidades. Estudos recentes mostram também que para além dos benefícios que o leite materno tem para a criança o facto de a mulher amamentar traz-lhe benefícios de vária ordem tais como uma menor incidência do cancro da mama e do ovário, artrite reumatóide e diabetes *mellitus* tipo II (Loland; Baerug & Nylander, 2007)

A maior parte das mães não está preparada para ter dificuldades na amamentação e o apoio que têm enquanto da sua permanência no hospital é insuficiente especialmente porque a maioria das mulheres têm alta dois ou três dias depois do parto e as maiores dificuldades começam a surgir com a descida que se dá três a quatro dias após o parto (Hauck; Fenwick; Dhaliwal; Butt & Schmied, 2011). A descida do leite é em alguns casos responsável pelo ingurgitamento mamário, dores no mamilo, dificuldades na pega do bebé, gretas. Todas estas problemáticas relacionadas especialmente com o início da amamentação poderão ser evitadas através do apoio e aconselhamento. A resolução natural das mesmas ocorre geralmente ao fim de duas a três semanas no entanto e porque é uma situação muito desconfortável e dolorosa para a mãe, muitas vezes este tipo de queixas são as principais causas do abandono do aleitamento materno.

Felizmente em Portugal, a percentagem de mulheres que saem do hospital sem nunca ter dado de mamar é cerca de 6% o que pode ser considerado bom mas por outro lado, cerca de 32% das mulheres sai da maternidade a dar suplemento, o que é uma forma indirecta e subtil de dizer àquelas mães que o seu leite não chega ou não é bom. As principais razões pelas quais as mães introduzem o suplemento está relacionado com problemas anteriores com a amamentação e o facto dos maridos acharem que é mais fácil dar biberão (Colin & Scott, 2002). Neste mesmo estudo as mães apontam a ansiedade e o choro do bebé como indicadores de que o leite não era suficiente razão pela qual introduziram o suplemento. Algumas mães experienciam outro tipo de problemas como mamilos dolorosos e gretas que

contribuem para o insucesso da amamentação devido à dor que surge nos mamilos tanto durante a mamada como após.

Apesar do apoio dado na maternidade ser crucial para o início da amamentação estudos mostram que este não é suficiente na manutenção da mesma pois a mulher necessita de continuar a ser acompanhada e orientada já que ao longo de todo o tempo em que amamenta novos e diferentes problemas vão surgindo que se não forem apoiados e devidamente encaminhados irão muitas vezes resultar no *terminus* da amamentação ou na introdução de outro alimento (Waldenstrom & Aarts, 2004; de Oliveira; Giugliani; do Espírito Santo; Franca; Weigert; Kohler & de Lourenzi Bonilha, 2006) .

O fisioterapeuta como profissional de saúde que está com a mulher durante a preparação para o nascimento e depois no pós parto tem a oportunidade de logo na gravidez prevenir os contratempos provocados pela amamentação ensinando à mãe todo o processo fisiológico, como poderá prevenir os possíveis problemas decorrentes, assim como os benefícios do aleitamento materno tanto para a mãe como para o bebé .

O ingurgitamento que surge nos primeiros dias é facilmente resolvido com a colocação de calor antes da mamada, massagem e uma adequada colocação do bebé ao mamilo que irá desde logo também ser o factor mais importante na prevenção das gretas, das dores no mamilo e do bebé não engolir tanto ar enquanto mama.

O desejo de amamentar, o conhecimento dos benefícios para a criança, a ligação natural que a mãe estabelece com a criança, o apoio do pai, o apoio de um profissional ou de alguém que ajude a mulher a resolver os problemas que vão surgindo são os melhores preditores de sucesso da amamentação (Arora; McJunkin; Wehrer & Kuhn, 2000) .

A relevância do presente estudo prende-se com a importância de uma análise reflectida sobre a prática clínica diária, na abordagem global da dor na cintura pélvica após o parto, pois para além de a gravidez e o período após o parto serem factores de risco do seu aparecimento é também um período em que existem muitas outras variáveis de ordem física e psicológica que deverão ser tidas em conta.

2. Apresentação do caso

O caso em questão refere-se a uma mulher de 34 anos com dor lombar/pélvica a qual teve início três semanas após o parto do seu terceiro filho.

Para além das queixas lombares e pélvicas que foram o motivo da visita a senhora apresentava dificuldades na amamentação, cansaço, dor na zona do períneo que ainda a impedia de sentar-se confortavelmente e incontinência urinária ao esforço e urgência.

Para a interpretação e resolução do problema referido nas costas, o raciocínio clínico foi baseado no método de McKenzie.

Como ponto de partida de avaliação da situação e uma vez que a queixa não era muito específica relativamente à sua localização foi feita uma avaliação de acordo com o método de McKenzie por ser aquele que o autor melhor domina e que mais claramente nos poderia permitir fazer uma avaliação e estabelecer um diagnóstico mecânico desta queixa. (McKenzie, 2006). Após a avaliação excluiu-se a zona lombar como fonte de dor tendo ficado mais evidente que a dor se situava a nível da cintura pélvica razão pela qual a nossa abordagem passou a ser dirigida nesse sentido.

2.1. Intervenção

No intuito de resolver as principais queixas da utente a nossa intervenção incidirá basicamente em:

- Técnicas de mobilização e auto mobilização da zona lombo-pelvica;
- Reequilíbrio muscular;
- Introdução de estratégias de alívio da dor;
- Promoção da mobilidade e participação nas actividades como: correcção de posturas, apoio lombar; conselhos sobre as actividades da vida diária, formas de andar, subir e descer escadas, entrar e sair do carro etc;
- Massagem de relaxamento nos pontos dolorosos e fortalecimento (Mens; Vleeming; Snijders; Ronchetti; Ginai & Stam, 2002b) indo de encontro ás necessidades da utente e ao que contribuía para o seu bem-estar;
- Exercícios de fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico;
- Orientação do processo de aleitamento;
- Orientação da família no apoio a dar.

2.2. Objectivos:

- Descrever a abordagem da fisioterapia face a uma situação de dor lombo/pélvica;
- Identificar os benefícios a curto e médio prazo da aprendizagem de alguns exercícios de auto mobilização e fortalecimento da cintura pélvica;
- Orientar nos cuidados a ter em termos de posturas que irão servir para o resto da vida;
- Resolução das outras variáveis que poderão influenciar negativamente a situação da DCP.

2.3. Dados pessoais:

- Nome: I.C.
- Idade: 34 anos
- Sexo: feminino
- Naturalidade: portuguesa
- Raça: branca
- Estado civil: casada
- Profissão: advogada
- Ocupações/Hobbies: tratar dos filhos
- Situação socio familiar: vive com o marido e 3 filhos
- Situação habitacional: vive num apartamento duplex
- Peso actual: 86,700Kg
- Peso desejável:60Kg
- Altura: 1,70m

2.4. História Clínica Actual

A Sr^a D. I.C. teve o seu terceiro filho (Manuel) há três semanas. O parto foi induzido primeiro com prostaglandinas e depois com ocitocina, fez a dilatação em cerca de 7h e o seu período expulsivo foi rápido. Foi feita episiotomia e o bebé nasceu com 3,960 Kg sem

problemas, com um APGAR 9-10 ao primeiro minuto. Ficou na maternidade dois dias não tendo havido ocorrências fora do habitual, apresenta ainda saída de loquios acastanhados dentro do que se espera como normal para esta altura.

Na primeira semana a episiotomia era causa de grande desconforto (grau 8/10 da EVA) actualmente o desconforto diminuiu para (grau 4/10 da EVA)

Relativamente ás perdas de urina neste momento a maior preocupação é se esta será uma situação reversível como das outras vezes pois como já é o terceiro parto vaginal e o bebé era muito grande tem receio de não recuperar totalmente.

O Manuel está a ser alimentado exclusivamente com leite materno mamando geralmente de duas em duas horas mas, cada mamada é sempre um pouco prolongada pois ele não gosta que lhe tirem a mama da boca, gosta de adormecer ao peito e a mãe passa muito tempo com ele ao colo e a dar de mamar. Ao contrário do que aconteceu com os outros dois filhos, em que não teve qualquer problema com a amamentação, desta vez, teve de usar mamilos de silicone pois a sucção do bebé é dolorosa e tem uma ferida num dos mamilos desde que ele nasceu.

A IC não pensa que a razão esteja nos mamilos dela já que, quando amamentou os outros filhos nunca teve problemas e agora está a ser doloroso e não sabe o que há-de fazer.

O pai está muito presente e tenta poupar a mãe ajudando em tudo o que pode e muito especialmente nas tarefas com os outros dois filhos que têm quatro e dois anos e meio.

Neste momento o receio da IC prende-se com a incapacidade que sente em tomar conta da família devido à DCP e aos outros mal estares e tendo em conta o facto de que o marido irá recomeçar a trabalhar dentro de 15 dias e por isso deixará de ter o seu apoio. A IC sempre foi uma mulher muito activa e prática mas neste momento sente-se cansada e receosa de não conseguir responder a todas as solicitações devido à dor e à incapacidade em movimentar-se livremente.

O seu peso normal são 60Kg e mede cerca de 1;70m, no final da gravidez tinha 95 Kg e actualmente está com 86,700Kg.

A senhora fez preparação para o nascimento com uma fisioterapeuta nas duas gravidezes anteriores razão pela qual a procurou directamente quando surgiu esta situação.

Não existem exames complementares

2.5. História anterior

Na segunda gravidez teve perda de urina ao esforço mas ao fim de uma semana após o parto já tinha “normalizado” ou seja deixou de ter perdas embora tenha levado algum tempo, especialmente após o nascimento do segundo filho, a sentir que estava tudo bem não só em termos de sensação perineal como de força. Neste terceiro parto tem ainda alguma dificuldade em aguentar a urina em situações de esforço e tem urgência urinária, o que nunca aconteceu nas outras gravidezes.

Já tinha tido um episódio semelhante de DCP na gravidez anterior que foi resolvido rapidamente com dois tratamentos de mobilização

Nas gravidezes anteriores também aumentou cerca de 30Kg mas recuperou o seu peso ao fim de 6 e 8 meses respectivamente da primeira e segunda gravidezes.

2.6. Exame físico

Observação

Dor em ambas as Sacro ilíacas (tem a sensação de ter algo solto ou partido na zona das SIs) e nádegas

Piora quando:

- se vira na cama
- passa da posição de sentada para a posição de pé
- anda
- sobe e desce escadas
- pega em pesos nomeadamente no bebé
- Marcha cambaleante com pernas afastadas devido à dor
- Dificuldade em transferir o peso só para um lado razão pela qual lhe é difícil andar e mais ainda subir ou descer escadas
- dois dedos de diastase dos rectos acima e abaixo do umbigo
- Grande flacidez de toda a parede abdominal que é normal para as três semanas pós parto

Postura sentada: Má postura sentada: cifose dorsal (peito muito grande e pesado) senta-se em cima da nádega direita. pois ainda tem dor na zona do períneo (grau 6/10 da escala de EVA)

Postura de pé: Sacro horizontalizado; “senta-se” no sacro, rectificação da lordose lombar

Decúbito dorsal: Lordose lombar quando tem as pernas esticadas, dificuldade em movimentar as pernas para flexão pois aparece a dor a nível das sacro ilíacas e sínfise púbica (grau 7/10 da escala de EVA). Quando levanta a cabeça da cama apresenta diastase dos rectos do abdomen (dois dedos acima e abaixo do umbigo) o que está dentro dos parâmetros normais para esta fase

2.7. Testes/exames

O tipo de queixas apresentadas levou-nos a avaliá-la num primeiro contacto, segundo o método de Mckenzie por ser aquele que na perspectiva do autor melhor identifica e classifica as desordens da coluna.

2.7.1 Avaliação da Dor Lombar - Teste dos movimentos repetidos

De acordo com o método de Mckenzie foi feito o teste dos movimentos repetidos onde se pretende perceber se a dor é de origem mecânica ou não. Este teste é feito primeiro em carga em pé em duas direcções flexão e extensão e depois em descarga (decúbito dorsal e ventral) também em flexão e extensão. Segundo Mckenzie o que se pretende ouvir e ver são sinais e sintomas provocados pela deslocação do material nuclear dentro do disco intervertebral e assim perceber qual a possível estrutura envolvida.

Foi executado o teste em carga e descarga conforme a ficha de avaliação preconizada por Mckenzie. Inicia-se a avaliação em carga, ou seja em pé e solicita-se ao utente que faça a flexão do tronco 10 vezes. A posição de pé é testada à priori pois dá-nos o comportamento do disco à flexão com carga e depois a mesma flexão é testada em Decúbito dorsal altura em que o disco está sob menor tensão mas em que estão anulados o estiramento das estruturas posteriores (músculos, fascias e nervos) e onde há de facto um verdadeiro bombeamento do disco para trás fenómeno que com a flexão em pé poderá ser totalmente falseado por alguém que consiga fazer grande parte da flexão com a coluna lombar em lordose ou posição neutra.

Seguidamente aos movimentos repetidos em flexão em pé passámos a testar os movimentos repetidos na extensão em pé com as mãos a apoiar a zona lombar e as pernas afastadas.

Também aqui se pedem pelo menos dez repetições pois é o número de vezes que segundo os estudos desenvolvidos por Mckenzie é geralmente suficiente para provocar uma deformação mecânica (deslocação do material nuclear) e dar-nos uma resposta sobre a estrutura que poderá estar implicada. A seguir à extensão em pé testámos a extensão em decúbito ventral posição essa que não permite grandes compensações e que nos mostra o comportamento do disco intervertebral quando é bombeado em direcção contrária ao canal medular

De acordo com a avaliação feita segundo o método de Mckenzie a dor não aparece durante o movimento de flexão ou extensão em carga ou descarga mas sim no final do movimento em extensão tanto em carga como em descarga, o que segundo Mckenzie esta situação poderá corresponder a uma disfunção em extensão ou seja em que os sinais e sinto mas têm origem no disco intervertebral mas em encurtamentos adaptativos ou pós lesão anterior que ao serem estirados provocam dor no final do movimento.

Após a avaliação feita à luz do método de Método de Mckenzie não conseguimos desencadear a dor presente a que a utente se referia e por isso achámos que a pertinência da utilização deste método estava em causa pelo que, se passou a fazer uma avaliação mais pormenorizada e específica da dor da cintura pélvica utilizando alguns dos testes disponíveis para o efeito já que não existe evidência que nenhum deles seja per si suficiente para se chegar a um diagnóstico (Mens; Vleeming; Snijders; Koes & Stam, 2001, 2002a; Mens et al., 2002b).

2.8. Avaliação da DCP

No intuito de avaliar a DCP seguimos as orientações dadas pelas “*European Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Pelvic Girdle Pain*” utilizando os testes específicos que a seguir se descrevem assim como os respectivos resultados.

2.8.1 Teste de provocação da dor pélvica posterior (thigh trust)

Doente em decúbito dorsal (DD) com a anca flectida a 90° e o joelho dobrado. O examinador aplica uma força no joelho de forma a pressionar a SI contra a mesa de tratamento. Evitou-se uma adução excessiva da anca pois a combinação de flexão e adução é habitualmente dolorosa. O teste foi positivo à direita.

2.8.2 Gaenslen's sign

Doente em DD, efectuar uma flexão máxima de uma das ancas estando a oposta em extensão. Esta manobra impõe stress nas duas articulações em simultâneo por contra-notação no fim da amplitude de movimento. O teste dirige-se também às articulações coxo-femorais e estira o nervo femoral no lado da extensão da anca, devendo ter-se cuidado para não ultrapassar os fins de movimento normais da anca do sujeito.

2.8.3 Teste de Patrick

Este teste stressa a anca e a articulação sacro-ilíaca através da flexão, abdução, e rotação externa da anca. Um teste positivo reproduz dor nas costas ou na nádega, enquanto que dor na virilha é mais indicativo de patologias na articulação coxo femoral. O teste foi positivo tendo reproduzido a dor na nádega à direita. Foi pedido uma auto mobilização na posição de teste que passou de (grau 7/10 da escala de EVA grau 1/10 no final da mobilização

2.8.4 Teste da compressão

Com o doente deitado em decúbito lateral, aplica-se uma pressão para baixo na crista ilíaca superior em direcção à crista ilíaca oposta. Pretende-se estirar os ligamentos sacro-ilíacos

posteriores e comprimir a articulação sacro-ilíaca (ASI) anterior. Surgiu dor nas duas sacro-ilíacas.

2.8.5 *Teste da Distracção*

Com o doente em DD é aplicada uma força posterior e lateral em ambas as cristas sacro-ilíacas com o intuito de estirar os ligamentos SI anteriores e a sinovial. Este teste foi negativo.

Para além dos testes acima descritos e preconizados pelas guidelines foram solicitados movimentos de auto mobilização usando as básculas em várias posições (de pé, sentada e de gatas) por na prática clínica se mostrarem eficazes não só na consciencialização do movimento como no alívio da dor. No início do movimento a dor estava presente mas diminuiu com as repetições. Na posição de gatas a dor ficou anulada ao fim de 10 mais 10 repetições de pequena amplitude.

Na mobilização/auto mobilização do sacro na posição de gatas executando movimentos de vai e vem em direcção aos calcanhares, a dor que estava (grau 4/10 da escala de EVA) quando iniciou o movimento diminuiu para (grau 1/10 da EVA) ao fim de 6 a 8 movimentos.

2.9. Avaliação da mamada

Por haver queixas relativamente á amamentação passamos a observação de uma mamada no intuito de tentar perceber o que se passava de forma a podermos encontrar a melhor solução. A nossa observação é baseada na ficha de avaliação preconizada pela OMS e actualizada em Novembro de 2010

Uma vez que já era o terceiro filho e a mãe tinha amamentado os outros sem problema não houve grande necessidade de esclarecimentos e orientações iniciais relativamente a todo o processo da amamentação e debruçamo-nos mais sobre o problema que estava ansiosa, cansada e desconfortável pela dor associada a amamentação.

Há observação da mama verifica-se que tem um aspecto normal de coloração e tensão, tem bons mamilos mas que ambos se encontravam gretados e um deles sangrava um pouco. A mãe apoia a mama correctamente com a mão em C. Relativamente ao bebé parece saudável, um pouco agitado e chorão e com um excelente contacto visual com a mãe. O bebé busca a mama e agarra-a sendo correctamente posicionado para mamar, virado para a mãe e com um bom apoio da cabeça. Aparentemente há uma “pega” correcta da mama pois o bebé abre a boca muito bem e envolvendo toda a auréola embora a posição do lábio inferior esteja invariavelmente incorrecta (lábio metido para dentro) o que obriga a mãe a estar sempre a corrigir puxando-lhe o queixo para baixo. A sucção é rápida no início e lenta e profunda mais para o final da mamada e o bebé solta a mama quando termina. A mãe sente o reflexo da ocitocina pois assim que começa a preparar-se para amamentar as mamas ficam ingurgitadas e o leite começa a escorrer.

Apesar de todos estes cuidados a mãe queixa-se de dor nos mamilos durante toda o período da amamentação e um dos mamilos tem gretas, causando-lhe grande tensão.

2.10. Avaliação do Pavimento pélvico

Uma vez que a mãe ainda apresentava loquios e não estava confortável optou-se nesta primeira avaliação em dar conselhos vários como: a importância da escolha do lugar onde se irá sentar, colocar o frio várias vezes ao dia na zona dorida e ir tentando contrair os músculos do pavimento pélvico. Todos estes conselhos têm-se mostrado como uma mais valia no alívio do desconforto no períneo após um parto. Nesta fase devido à hemorragia existente, a mãe não tem uma percepção muito nítida das perdas de urina no entanto, sempre que tosse

ou espirra sente sair algo que não consegue identificar correctamente pelo que, logo que não haja saída de loquios iremos associar os dados subjectivos da utente ao pad teste de 24h que, embora não tenha grande significância nos estudos feitos, mas desde que associado aos dados subjectivos do utente é de ter em consideração (Wijma; Weis Potters; Tinga & Aarnoudse, 2008)

2.11. Objectivos do utente:

conseguir mexer-se sem dor e poder tratar de si e da família o mais rapidamente possível, deixar de ter dor ao amamentar e deixar de ter perdas de urina.

2.12. Objectivos do fisioterapeuta

Os objectivos do fisioterapeuta foram delineados centrados no doente, nas suas expectativas, motivações, prioridades e contexto, tentando dar ao doente todo o conhecimento necessário que facilite o seu entendimento da situação e assim conseguir também obter uma maior participação do doente no seu tratamento e ao mesmo tempo passar para ele alguma responsabilidade pelas suas melhoras.

Assim os objectivos do fisioterapeuta neste contexto foram:

- Tratar a DCP e a incapacidade para executar as tarefas;
- Normalizar o sacro;
- Promover a estabilidade da cintura pélvica;
- Estabelecer um programa de treino para os músculos do pavimento pélvico com o intuito de tratar a incontinência urinária;
- Encontrar estratégias de alívio da dor e desconforto na zona do pavimento pélvico;
- Facilitar todo o processo da amamentação;
- Orientar a família no apoio que poderá dar.

De uma forma sintetizada, cheguei à seguinte avaliação apresentada na RPS-Form. Esta avaliação possibilita a continuação do raciocínio clínico segundo o Processo da Fisioterapia, e permite estabelecer o diagnóstico em Fisioterapia assim como o prognóstico.

Tabela 1 – Avaliação em RPS Form

	Estruturas e funções	Actividades e participação
Perspectiva do utente	<ul style="list-style-type: none"> • Dor na parte baixa das costas • Dor no mamilo • Perda de urina ao esforço 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em estar sentada, levantar-se, virar na cama e subir escadas • Dificuldade em tratar do bebé nomeadamente dar de mamar, tirar a fralda e dar banho • Processo da amamentação dificultado • Cansaço da mãe provocado pela dor e pelo bebé
Perspectiva do fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Dor a nível das articulações Sacro ilíacas pior à direita • Sacro muito horizontalizado • Teste provocatórios de dor da cintura pélvica positivos (teste provocatório da dor posterior, teste de Patrick's e o Teste de compressão) • Dificuldade em transferir o peso para o lado direito devido à dor na SI 	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha cambaleante com base alargada • Pega na mama pouco correcta o bebé mete o lábio inferior para dentro • Incapacidade de aguentar a urina quando espirra ou tosse • Dificuldade em aguentar a urina caso lhe surja o desejo da micção

	<ul style="list-style-type: none"> • Dor à mobilização do sacro em DV e na posição de gatas que vai aliviando com a mesma • Dor e greta nos mamilos • Pavimento pélvico doloroso 	
--	---	--

2.13. Factores Contextuais:

Pessoais: 34 anos, casada, vive com os seus três filhos e marido, pertence a um estrato económico médio alto, é bem disposta, muito activa e sempre conseguiu conciliar a actividade laboral de advogada com a sua vida familiar. Neste momento está com baixa de parto.

2.14. Factores ambientais:

Limitantes no momento:

Habita em casa própria que é um duplex o que a obriga a subir e descer muitas vezes as escadas pois os quartos estão no andar de cima pelo que foi aconselhada a organizar-se para que durante o dia não tenha de subir tantas vezes as escadas

2.15. Diagnóstico do fisioterapeuta

Dor a nível da cintura pélvica que dificulta o movimento (sentar, levantar, andar, subir escadas) e a participação nas actividades da vida diária.

Perda de urina ao esforço e dor na zona do pavimento pélvico que impede a posição de sentada confortavelmente.

Dor no mamilo durante a amamentação devido a gretas nos mamilos provocadas por uma má pega do bebé.

2.16. Prognóstico

Depois da gravidez a prevalência da DCP baixa para 7% a 11% nos três primeiros meses (Albert et al., 2001; Petersen et al., 2004) numa população não tratada, pelo que o nosso prognóstico é de que neste caso a DCP diminua rapidamente em uma a duas semanas passando para o grau 2/10 da escala de EVA prevendo-se que dentro de duas a três semanas já não haja dor nem incapacidade funcional com dois a três tratamentos semanais juntamente com orientações/ indicações ao utente de cuidados e exercícios que poderá ir fazendo ao longo do dia. A evolução natural destas situações é de acordo com os estudos e com a nossa experiência relativamente rápida tendo a fisioterapia um papel muito importante na resolução das mesmas especialmente em casos em que a dor e a incapacidade impeça a pessoa de fazer a sua vida com qualidade e essas são exactamente aquelas que poderão beneficiar grandemente de uma abordagem da fisioterapia não só no sentido de uma resolução rápida (uma a duas semanas) da dor como da diminuição da incapacidade, restauro da função e prevenção de recorrências.

De acordo com a literatura relativa à incontinência urinária pós parto o prognóstico é de que dentro de 3 semanas não haja qualquer perda de urina se a mãe treinar os músculos do pavimento pélvico (Morkved & Bo, 1996, 2000; Morkved et al., 2004).

Relativamente à amamentação o prognóstico é de que dentro de 3 a 4 dias o mamilo deixe de apresentar gretas desde que o bebé passe a fazer uma pega correcta. (Inch, 2006; Amir & Ingram, 2008; Khoo; Dabbas; Sudhakaran; Ade-Ajayi & Patel, 2009; Kronborg & Vaeth, 2009)

3. Intervenção

Posto isto, a intervenção da fisioterapia neste caso clínico foi sobretudo baseada em técnicas de mobilização e auto mobilização da cintura pélvica assim como de exercícios que promovessem a estabilidade (Gutke; Sjudahl & Oberg, 2010; Gutke A, 2010) embora os estudos sejam contraditórios (Long; Donelson & Fung, 2004) os exercícios executados no sentido do alívio da dor não só têm um impacto positivo nas estruturas mas também a nível psicológico já que a dor/desconforto numa fase tão frágil da vida da mulher é sempre um factor negativo e indutor da depressão pós parto. Paralelamente e no intuito de diminuir o desconforto nas várias posições/movimentos /actividades foram também propostas algumas estratégias de alívio e conforto na marcha (usando um cinto à volta da bacia), sempre que estava sentada (um rolo lombar) e ainda nas várias actividades do dia a dia que lhe eram difíceis de executar(alertando para a necessidade de fazer uma distribuição de peso idêntica nos dois membros inferiores, evitando a rotação do tronco sobre a bacia e a flexão lombar, corrigindo a forma de se baixar e pegar em pesos).

Simultaneamente e até porque se influenciam mutuamente, houve necessidade de resolver a dor na zona do períneo que a impedia de estar bem sentada e confortável pelo que, foram-lhe ensinadas algumas estratégias de alívio da dor perineal como posicionamentos, evitar andar/estar muito tempo em pé e quando fosse ao WC dar apoio à zona do períneo sempre que tivesse de fazer força para evacuar. Foi lembrado a importância de recomeçar um treino de fortalecimentos dos músculos do pavimento pélvico no sentido de corrigir as perdas urinárias (Morkved, 1997; Morkved & Bo, 2000; Chiarelli; Murphy & Cockburn, 2004). O desconforto/dor durante a amamentação fazia com a IC estivesse sempre muito tensa durante a mamada o que em nada ajudava a situação em si. Uma vez que esta mãe já tinha dado com sucesso de mamar aos outros dois filhos e gostaria de o fazer também com este, pois tem a perfeita noção dos benefícios da amamentação (Loland et al., 2007) a nossa preocupação foi também ajudá-la a encontrar soluções para o seu desconforto (Foster, 2009) pelo que lhe foi aconselhado a reposicionar o bebé e a corrigir a pega no mamilo o que não alterou em nada a situação (Khoo et al., 2009). Reavaliámos a situação tendo-nos então apercebido que o bebé tinha o freio da língua muito curto e que talvez isso não o deixasse abocanhar a mama devidamente pelo que foi sugerido o uso de mamilos de silicone pelo menos na mama mais afectada até que o pediatra decidisse qual a abordagem a ter com o freio.

3.1. Objectivos do tratamento a curto prazo

Para que o prognóstico seja cumprido, e tendo sempre em conta os principais problemas apresentados, foram estabelecidos os seguintes objectivos de intervenção (tendo em vista o modelo S.M.A.R.T.). De acordo com a avaliação feita e identificadas as estruturas e factores desencadeantes e condicionantes da situação os nossos objectivos são a curto prazo:

- Anular a dor da zona pélvica nas actividades e posições desencadeantes através de mobilização e auto mobilização da cintura pélvica que se espera que com os cuidados e exercícios propostos alivie totalmente na próxima semana. A dor será medida através da escala de EVA;
- Ensino de posições e estratégias de alívio;
- Ajudar a encontrar, momentos possíveis de se tratar a si própria;
- Melhorar a estabilidade da cintura pélvica através de exercícios específicos em várias posições que irão evoluindo em dificuldade (número de repetições, carga, trabalho excêntrico) utilizando os mesmos para medir a sua evolução;

- Ensinar e incentivar a contração dos músculos do pavimento pélvico no sentido de melhorar a circulação/cicatrização e aumentar a força dos mesmos no intuito de tratar as perdas de urina.
- Iniciar o fortalecimento progressivo dos músculos da parede abdominal que irão evoluindo em dificuldade (número de repetições, carga, trabalho excêntrico) utilizando os mesmos para medir a sua evolução;
- Encontrar estratégias de alívio da dor durante a amamentação especialmente orientando a mãe para facilitar uma boa pega do bebé no mamilo e posicionamento do mesmo através da observação da mamada.

3.2. Objectivos a médio prazo

- Aumentar a força dos MPP (músculos do pavimento pélvico) que deverão estar a 70% da sua força ao fim de 4 meses e a 100% ao fim de 6/7 meses. Segundo Kari Bo e que será medida através de um perineómetro ou por teste muscular digital;
- Diminuir a diástase dos rectos do abdómen, através de fortalecimento da parede abdominal. Ao fim de quatro meses a diástase deveria ser no máximo um a dois centímetros acima e abaixo do umbigo por ser o que é considerado dentro da normalidade;
- Manter a amamentação exclusiva sempre que possível e desejável até aos seis meses e fomentar a sua continuação anexada à introdução dos alimentos até aos dois anos;
- Assegurar que a mulher retoma a sua actividade sem problemas de dor a nível do pavimento pélvico.

Tabela 2 – Principais problemas, objectivos e estratégias de intervenção

Principais Problemas	Objectivos	Estratégias de intervenção
Dor a nível das articulações Sacro ilíacas	Promover um movimento harmonioso entre o sacro e o ilíaco	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização do sacro e articulações sacro-ilíacas em várias posições especialmente em descarga • Dar suporte com um cinto (se necessário) especialmente durante a marcha • Correção de posturas em pé e sentada
Sacro horizontalizado	Normalizar a relação sacro-ilíaco	<ul style="list-style-type: none"> • Alongamento das estruturas posteriores e fortalecimento das anteriores, iniciando o trabalho em decúbito dorsal com bombeamento do sacro, evitando a lordose lombar e evoluindo para a posição de pé
Dificuldade em transferir o peso para o lado direito devido à dor na articulação SI	Promover um apoio simétrico e correcto	<ul style="list-style-type: none"> • Correção da posição de sentada com apoio isquiático e não no sacro • Apoiar a zona lombar através de um rolo lombar • descarregar o peso na marcha através de auxiliares de marcha (se necessário)
Fraqueza dos músculos abdominais	Aumentar a força dos músculos abdominais e diminuir a diastase	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de fortalecimento abdominal progressivo em várias posições
Dor e greta nos mamilos	Amamentar sem dor	<ul style="list-style-type: none"> • Reposicionamento do bebé • Procurar uma boa pega no mamilo • Colocar mamilos de silicone enquanto o mamilo está muito dorido
Dor ao nível do pavimento pélvico	Anular a dor na zona do períneo	<ul style="list-style-type: none"> • Colocação de frio • Repouso • Contrações dos MPP • Apoio da zona do períneo quando evacua
Incontinência urinária	Promover a continência	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de treino dos MPP incidindo nas contrações rápidas, máximas e máximas mantidas
Dificuldade em estar sentada	Sentar-se apoiando o peso do corpo nos isquions e não no sacro Encontrar a melhor superfície de modo a que não seja tão agressiva para o pavimento pélvico	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a utilização de um rolo/apoio lombar de forma a manter a curvatura fisiológica lombar permitindo que o peso do corpo se distribua pelos isquions • Aconselhar a não estar muito tempo sentada e sentar-se numa superfície mais mole

Dificuldade em passar da posição sentada/levantada	Diminuir/anular a dor na mudança de posição	<ul style="list-style-type: none"> • Auto mobilização da coluna lombar e pélvis antes de se levantar (básculas) • Ajudar com as mãos a levantar-se da cadeira e distribuir bem o peso pelas duas pernas
Virar-se na cama	Mobilizar-se na cama sem dor	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar uma almofada entre as pernas • Rolar toda ao mesmo tempo, evitando grandes torções tronco/pélvis
Subir e descer escadas	Ensino estratégias que possam evitar a dor ao subir as escadas	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar subir escadas já que é uma das causas da dor, organizando o dia e o espaço de forma a utilizar o menos possível as escadas. • Sempre que possível apoiar as mãos no corrimão para descarregar o peso do corpo • Se fôr necessário usar canadianas para descarregar o peso
Cuidar do bebé	Organizar as AVD com o bebé para que não tenham de haver posições/movimentos que provoquem dor	<ul style="list-style-type: none"> • Quando está sentada a amamentar ter sempre um apoio lombar e nos braços e ir alternando a posição para deitada • Quando dá banho ter a banheira a uma altura em que não haja necessidade de fazer grande flexão do tronco. Dobrar ligeiramente os joelhos e tentar manter a lordose lombar. O mesmo se aplica para a muda das fraldas, vestir e/ou despir o bebé. • Organização do espaço de forma a que tudo o que é necessário esteja à mão e não haja necessidade de andar sempre a flectir e rodar o tronco
Cansaço da mãe	Planeamento das tarefas	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma lista de tarefas que sejam distribuídas por todos • Deixar para a mãe aquelas que só ela pode fazer como o amamentar • Promover o repouso da mãe • Estimular uma alimentação equilibrada

4. Plano de tratamento

Após a análise de toda a informação recolhida foi delineado um plano de tratamento que foi sendo ajustado de acordo com as reavaliações feitas cada vez que iniciávamos novo tratamento.

4.1. Primeiro momento de avaliação

Foi feita avaliação segundo método de Mckenzie de acordo com a ficha preconizada para a avaliação da coluna lombar

De acordo com a avaliação feita segundo este método a dor não aparece durante o movimento de flexão ou extensão em carga ou descarga mas sim no final do movimento em extensão tanto em carga como em descarga, o que segundo Mckenzie esta situação poderá corresponder a uma disfunção em extensão ou seja em que os sinais e sintomas têm origem não no disco intervetebral mas em encurtamentos adaptativos provocados por uma má postura ou pós lesão anterior que ao serem estirados provocam dor no final do movimento.

Após a avaliação feita à luz do método de Método de Mckenzie não conseguimos desencadear a dor presente a que a utente se referia e por isso achámos que a pertinência da utilização deste método estava em causa pelo que, se passou a fazer uma avaliação mais pormenorizada e específica da dor da cintura pélvica utilizando alguns dos testes disponíveis para o efeito já que não existe evidência que nenhum deles seja per si suficiente para se chegar a um diagnóstico. (Mens et al., 2001, 2002a; Mens et al., 2002b)

Teste de Patrick's

Em decubito dorsal foi solicitado à utente que flectisse os joelhos, puxa-se um joelho ao peito e agarra-se com uma mão o joelhos e com a outra mão o pé (flexão, abdução, e rotação externa da anca) o teste foi positivo tendo reproduzido a dor na nádega à direita. Foi pedido uma auto mobilização na posição de teste que passou de (grau 7/10 da escala de EVA grau 1/10 no final da mobilização.

Teste provocatório de dor pélvica posterior - era positivo à direita

Teste da compressão - com a doente deitado em decúbito lateral, aplicou-se uma pressão para baixo na crista ilíaca superior em direcção á crista ilíaca oposta . Surgiu dor nas duas sacro-ilíacas.

Teste da Distracção – Negativo

Após a avaliação inicial foram dadas várias indicações à utente sobre os possíveis exercícios e estratégias de alívio que foram identificados como potenciais contributos para o alívio da dor que poderia executar ao longo do dia assim:

- O teste de Patrick's por se ter revelado eficaz na diminuição da DCP foi ensinado e aconselhada a sua execução como exercício duas a três vezes por dia, ensinando a utente a ouvir a dor de forma a melhor adequar o exercício a si própria.

4.2. Aconselhamento/orientação

Foram dadas orientações relativamente às actividades e posturas que ao longo do dia foram assinaladas como mais incapacitantes, pelo que lhe foi sugerido:

- Após se ter sido verificado que um rolo lombar proporcionava um maior conforto e diminuição da dor na posição de sentada (grau um da Escala de EVA) o mesmo foi fornecido à utente tendo-lhe sido explicado devidamente a forma correcta de utilização do mesmo. O uso do rolo lombar muito preconizado por Mckenzie

(Machado et al., 2006) no tratamento da dor lombar no caso de um DCP poderá ajudar a condicionar uma posição mais correcta da bacia e facilitar o apoio isquiático.

- A utilização do rolo lombar foi associada à correcção da posição de sentada tendo a utente sido ensinada a sentar-se com um apoio simétrico nos isquions e não no sacro assim como a escolher uma superfície mais mole para se sentar devido à dor que apresentava a nível do pavimento pélvico.
- Através de um correcto apoio a nível dos isquions e um apoio lombar que favoreça a curvatura fisiológica temos assegurado um melhor alinhamento das várias estruturas músculos esqueléticas indo assim de encontro à resolução de uma das incapacidades da utente.
- Colocação de uma almofada entre as pernas quando está deitada pois garante um melhor alinhamento do membro inferior com a bacia evitando uma distensão e torção da bacia e coluna lombar em especial. Ensino e aconselhamento de manter a mesma almofada quando se vira na cama e fazê-lo em bloco evitando grandes torções do tronco/bacia
- Ensino de posições e estratégias de alívio (almofada entre as pernas, sentada com a lordose apoiada, básculas da bacia em várias posições, uso de cinto pélvico) que ao proporcionar um melhor alinhamento e apoio das estruturas músculo esqueléticas irá diminuir a incapacidade e ir de encontro a um maior conforto do utente e que terá sempre como referência a dor que será medida através da escala de EVA.
- Ajudar a encontrar, momentos possíveis de se tratar a si própria.
- Sentando-se devidamente apoiada enquanto está a amamentar contraindo os abdominais por exemplo quando está a mudar a fralda o que irá contribuir não só para uma maior consciencialização e fortalecimento dos mesmos, assim como contribuir para uma correcção automática da postura. A medição da força abdominal irá ser feita pela própria resistência ao exercício(repetições e tempo de manutenção da contracção); fazendo básculas especialmente quando está mais tempo sentada ou em pé parada pois para além de ser um exercício de fácil execução, promove a mobilidade tirando as estruturas de posições extremas e aliviando as tensões ao nível das mesmas. A medição do resultado das básculas será uma avaliação subjectiva mais apoiada no que a utente nos revela sobre o efeito da mesma.
- Elaborando um melhor planeamento das actividades especialmente no que se refere a subir e descer as escadas nos próximos 6 a 7 dias até que a dor esteja mais resolvida. A capacidade para subir escadas sem dor será uma das formas de avaliarmos as melhoras da utente prevendo que dentro de uma a duas semanas ela já o consiga fazer sem dor.

4.3. Treino dos músculos do pavimento pélvico

De acordo com a literatura (Morkved & Bo, 1996, 2000; Morkved et al., 2004) o treino dos músculos do pavimento pélvico é não só essencial para aumentar a força dos mesmos e assim prevenir/tratar a incontinência urinária mas numa fase em que existe dor/desconforto as contracções dos músculos do pavimento pélvico contribuem para um aumento da circulação de drenagem no local, ajudando a diminuir o edema, uma das principais fontes de dor (grau 4/10 escala EVA) simultaneamente melhora a irrigação e consequentemente a cicatrização da episiotomia.

Uma vez que ainda havia saída de loquios hemáticos não foi feita a palpação digital nem a medição da força da contracção, tendo sido simplesmente feito o ensino e estabelecido um programa de treino de acordo com o que a utente nos referiu como sendo possível executar no momento assim, foi aconselhada a fazer quatro contracções rápidas seguidas, descansar um minuto e depois fazer mais duas contracções máximas aguentando um segundo no máximo da contracção. Foi incentivada a fazer este treino quatro a cinco vezes por dia, em dias alternados, e no intuito de facilitar a sua adesão aos mesmos foi encorajada a associar estes exercícios ao momento da amamentação.

Para além deste treino foi desde logo ensinado à utente a fazer uma contracção forte e mantida no início e durante um espirro, tosse ou esforço que provocasse um aumento de pressão intra abdominal, não só por esta constituir uma das suas queixas como também por ser uma forma eficaz de fortalecer os MPP excentricamente.

Vários protocolos de treino dos músculos do pavimento pélvico têm surgido em estudos nesta área (Morkved & Bo, 1996; Hay-Smith; Morkved; Fairbrother & Herbison, 2008) seguimos o protocolo definido por Kari Bo (2004b) por nos parecer o que está melhor baseado e explicado seguindo as suas recomendações clínicas baseadas nas recomendações da dosagem geral de treino para um fortalecimento efectivo do Colégio Americano para as Ciências do Desporto (Bo, 2004b).

Tendo em conta o desconforto na zona do períneo provocado pela defecação foi sugerido à utente que desse apoio a esse local com a sua mão envolta em papel higiénico ou numa compressa a fim de diminuir a distensão da zona e assim diminuir o desconforto.

Foi agendado uma nova visita ao fisioterapeuta dois dias depois

4.4. Momento de reavaliação/avaliação

No momento da reavaliação verificou-se que tinha feito os exercícios e seguido as orientações que lhe tinham sido sugeridas anteriormente, embora não tanto como gostaria pois o bebé tinha tido mais cólicas e ela não tinha tido tempo.

A DCP tinha passado do (grau 7/10 para 4/10 na escala de EVA) durante a marcha e nas mudanças de posição de sentado para de pé e de deitado para sentado, mantendo-se ainda no grau 5/10 da escala de EVA) sempre que subia ou descia as escadas.

Relativamente à amamentação, ao observarmos o bebé a chorar, facto que ainda não tinha acontecido, apercebemo-nos de que ele tinha o freio da língua até à pontinha da mesma o que não permitia que a língua saísse da boca podendo ser a explicação para uma pega deficiente e eventualmente ser a causa da dor, pelo que, foi aconselhada a falar com o pediatra pois o momento de amamentar continua a ser muito doloroso.

Relativamente ao pavimento pélvico, quase não existe dor na zona do pavimento pélvico 2/10 Escala de EVA, e só sentiu que tinha perdido urina duas vezes, uma quando se levantou da cama a meio da noite e outra quando espirrou. Já consegue sentar-se correctamente, tem feito as contracções dos MPP e já consegue fazer 5/6 contracções rápidas seguidas sem grande dificuldade mas ainda não consegue executar mais que duas contracções máximas. Foi aconselhada a fazer uma contracção forte dos MPP sempre que sentisse que queria espirrar ou tossir e tentasse aguentar a contracção de forma a evitar as perdas de urina.

5. Tratamento:

Foi feito o mesmo do dia anterior utilizando o mesmo movimento utilizado no teste de Patrick's conseguindo-se que a dor desaparecesse totalmente permitindo um movimento livre e sem dor.

Em DD com os joelhos flectidos e afastados, pés juntos, e a zona lombo sagrada totalmente apoiada na mesa o que foi conseguido com um bombeamento manual do sacro, foi pedido à utente para fazer a báscula posterior da bacia contra a mesa expirando simultaneamente e seguidamente inspirar aliviando a pressão contra a mesa. No início do movimento surgiu dor Sis (pior  dt^a) (2/10 escala de EVA) que anulou no final de 5 a 6 repetições desde que, no retorno não se permitisse a báscula anterior da bacia. Pelo facto de os joelhos estarem afastados um do outro e os ps a fazer pressão um contra o outro, foi-se conseguindo alongar os adutores ao mesmo tempo que se iam executando os movimentos de báscula posterior da bacia com expiração evitando a manobra de Valsalva que iria aumentar a pressão ao nível do MPP. Com este exercício de auto mobilização conseguimos com um sacro apoiado coluna lombar bem apoiados mobilizá-los, iniciar o fortalecimento da parede abdominal, alongar os adutores e diminuir a tensão ao nível da sínfise pública. Ao pedir a contração na expiração estamos ainda a fomentar o abaixamento da grelha costal que ficou alterada pela gravidez e pedindo no final da báscula a contração dos MPP estamos a ajudar a fortalecer os MPP.

Esta auto-mobilização foi ensinada para ser feita em casa tendo em atenção todos os pontos importantes que já foram referidos tentando fazer 6 a 7 mobilizações com contração dos MPP no final.

Aumentar as contrações máximas dos MPP para 3.

Manter os cuidados referidos na sessão anterior.

5.1. Momento de Reavaliação/Avaliação

O momento de reavaliação ocorreu 5 dias depois do segundo momento de avaliação.

A doente fez alguns dos exercícios, especialmente os mais fáceis de fazer como as básculas sentada e em p. Ainda fez o exercício na posição de gatas, basculando em direcção aos calcanhares porque lhe dava grande alívio e bem-estar. Fez mais vezes as contrações do períneo e já consegue sentar-se bem, sem dor.

Relativamente  DCP a doente ainda referiu alguma dor na zona da SI direita quando se vira na cama ou sobe as escadas mais vezes mas, a andar já não tem dor.

Quanto ao pavimento pélvico, a doente consegue aguentar a urina nas situações em que sentia haver mais perdas como quando tossia ou espirrava, embora sinta que a zona da musculatura pélvica está muito fraca pois sente um peso maior nessa zona, especialmente ao fim do dia, o que corresponde a um cansaço das estruturas de suporte, que também já tinha sentido após os partos anteriores mas desta vez está mais incomodativo e acha que por esta altura já se sentia bem das outras vezes!

O tratamento seguiu a mesma abordagem que na sessão anterior dando mais ênfase ao trabalho diafragmático para ir desfazendo a tendência de elevação da grelha costal que ocorre na gravidez.

Em DD com ps juntos, joelhos afastados e com a lordose lombar rectificada contra a mesa foi pedido um trabalho isométrico de contração abdominal e pélvica especialmente na expiração

5.2. Momento de Reavaliação/Avaliação –

Ocorreu 5 dias depois da anterior

I.C. fez os TPC's ao longo do dia conforme vai podendo, adequando às actividades do dia a dia. A dor pélvica aparece muito esporadicamente quando está mais tempo mal sentada no sofá e se levanta.

Iniciou-se um programa mais específico de fortalecimento da parede abdominal e MPP em várias posições mantendo todos os exercícios de estabilização da cintura pélvica em DD joelhos flectidos (levantar o rabo, levantar o rabo e esticar um joelho de cada vez, levantar o rabo e rodar a bacia para a direita e para a esquerda etc)

5.3. Momento de Reavaliação/Avaliação

Integrou-se a I.C num grupo de mães que se encontram a frequentar sessões de fisioterapia no pós parto onde irá continuar a fazer os seus exercícios de fortalecimento, alongamento e relaxamento.

6. Discussão

Sabemos que a prevalência da DCP baixa para 7% nos três primeiros meses após o parto em mulheres não tratadas (Albert et al., 2001; Petersen et al., 2004) mas também sabemos que 21% das mulheres com queixas de dor severa durante a gravidez ainda apresentavam DCP com teste provocatórios de dor positivo dois anos após o parto (Albert et al., 2001) Uma abordagem precoce do fisioterapeuta nesta patologia poderá evitar que a maioria das mulheres sofra com esta dor incapacitante numa fase da sua vida em que ela está a precisar de todo o bem estar para cuidar tranquilamente do seu bebé.

Ao não deixar estas situações por tratar evitaremos concertiza os números acima apresentados de DCP ao fim de dois anos pois, várias compensações terão surgido e terão levado a adaptações que mais dificilmente se irão resolver.

O diagnóstico preciso do fisioterapeuta no sentido de clarificar se se está perante uma situação de dor pélvica ou lombar é essencial para uma correcta definição do plano de intervenção a seguir.

Neste estudo, a avaliação inicial da dor lombo-pélvica foi feita segundo o método preconizado por Mckenzie numa perspectiva de despite da origem da dor. O método de Mckenzie tem sido alvo de vários estudos publicados em revistas indexadas e, como muitos outros, tem sido posta em causa não só a sua avaliação e classificação das desordens da coluna como o tratamento preconizado por Mckenzie. No entanto, existem muitos outros estudos que mostram a sua grande eficácia exactamente nos mesmos itens o que na minha experiência clínica tem sido confirmado. No caso actual esta abordagem ajudou a clarificar qual a(s) possíveis estruturas envolvidas e a partir daí delinear um plano de acção de acordo com o resultado da avaliação. Como qualquer outro método, não é o único método e a única forma para resolver uma situação, pelo que, apesar de não se ter continuado uma intervenção segundo o método de Mckenzie, alguns dos conceitos em termos posturais por ele preconizados, foram introduzidos nos conselhos ao utente por contribuírem para o seu bem estar, como foi o caso do rolo lombar e dos exercícios de auto mobilização em extensão lombar.

Após um parto há que ter em consideração que a instabilidade pélvica, em parte devida à hipermobilidade dada pelas alterações hormonais características desta fase, não deve ser o único alvo da atenção do fisioterapeuta. Para além de questões físicas existem ainda factores

de envolvimento geral, emocional, psicológicos e familiares e é neste emaranhado de sinais e sintomas que o Fisioterapeuta terá de avaliar, definir prioridades, estabelecer critérios de intervenção e ponderar qual a melhor abordagem para resolver o problema.

A instabilidade pélvica grande causa de dor no periparto irá não só beneficiar de exercícios de estabilização (fortalecimento, alongamento e relaxamento) como de mobilização e auto mobilização pelo que é essencial que o utente saiba também o que poderá fazer em casa em prol da resolução do seu problema

Paralelamente a uma abordagem mais técnica é essencial o aconselhamento sobre as actividades do dia a dia, sobre como subir umas escadas, andar, sentar, levantar-se, pegar em pesos pois devem evitar-se contracções fortes de determinados grupos musculares (Ilio-psoas) e assimetrias das articulações SI que provocam stresses anormais a nível dos vários ligamentos que unem e contribuem para a estabilidade da cintura pélvica e pode por isso ser origem de dor.

Numa fase mais aguda poderá haver necessidade em determinadas situações de usar um cinto pélvico que pela força de encerramento/contenção das articulações sacro ilíacas e sínfise púbica poderá proporcionar uma ajuda externa para a estabilidade de toda aquela zona aliviando os sintomas. À medida que a estabilidade vai aumentando as queixas vão diminuindo e o cinto deixa de ser necessário e passa a ser substituído pelas estruturas musculares e ligamentares.

A evolução da DCP neste caso está de alguma forma em consonância com os estudos feitos nesta área pelo que, a nossa abordagem tentou seguir as orientações que nos são dadas pelas guidelines europeias para o diagnóstico e tratamento da dor pélvica. No entanto e porque a DCP estava envolvida num contexto de pós parto com algumas outras componentes houve necessidade de uma intervenção ajustada ao mesmo.

Um dos ajustamentos prendeu-se logo com a dor sentida a nível da musculatura do pavimento pélvico que suporta todos os órgãos alojados na cavidade pélvica, sendo um pilar importante no bem-estar de toda esta zona. O desconforto e a dor na zona do pavimento pélvico provocado pela episiotomia e trauma dos tecidos, desencadeou uma assimetria no apoio na pélvis especialmente enquanto a doente estava sentada potencializando a instabilidade pélvica, pelo que, a resolução da dor do pavimento pélvico foi essencial na resolução da DCP.

Os exercícios para os MPP não só foi um contributo para a diminuição do edema e dor do pavimento pélvico no início como depois no restabelecimento da função dos MPP. A diminuição da dor na zona do períneo regrediu três dias após ter iniciado as contracções dos músculos do pavimento pélvico e ter adoptado as estratégias por nós ensinadas no sentido do alívio da dor. A previsão do retorno à normalidade estas situações foi semelhante ao que se passou neste caso podendo as melhoras ser atribuídas ao reverso natural da situação ou ter sido ajudado por aquilo que se acrescentou. No entanto, e numa intervenção que como esta que se pretende centrada no utente, a opinião dele é não só orientadora como avaliadora. Neste caso a utente referiu um grande alívio da dor com as contracções dos MPP assim como as estratégias que lhe foram ensinadas no sentido do alívio da mesma foram assinalados como muito importantes.

Sabemos que o retorno à normalidade em termos de força muscular dos MPP só se dá habitualmente por volta dos 7 meses após o parto, embora ao fim de quatro meses de treino haja uma melhoria substancial na ordem dos 70% (Chiarelli, 2002; Bo, 2004a; Dumoulin; Bourbonnais; Morin; Gravel & Lemieux, 2010). Na situação actual o que nos foi possível medir em termos de aumento de força dos MPP prende-se mais com uma avaliação

subjectiva dada pela utente quando esta nos diz que já consegue evitar ter perdas de urina quando espirra ou tosse ao fim de duas semanas de exercícios e que consegue executar mais contracções e aguentar mais tempo a contracção o que nos parece um bom indicador pois está de acordo com o que a literatura nos diz.

No entanto mantém-se a sensação de peso e desconforto na zona do pavimento pélvico que pode ser explicada pelo facto de a utente descansar muito pouco não só durante o dia como também durante a noite e ter um grande excesso de peso.

Numa abordagem de situações como esta com múltiplas variáveis, todas merecem igual atenção pois relacionam-se e estão dependentes entre si. Tratar a dor através de estratégias várias de mobilização/automobilização foi tão importante quanto o ensinar a fazer os exercícios em casa ou ensinar estratégias de alívio em termos de posições, movimentos ou cuidados a ter para evitar a dor. Toda a informação dada ao utente no sentido do que poderia fazer em casa está de acordo com os estudos previamente apresentados não só relativos à DCP, como à dor lombar e IU pois, na maioria deles, é dada grande importância ao que o utente poderá fazer por si próprio, com o cuidado de não extrapolar para o doente toda a responsabilidade do tratamento mas sim saber envolvê-lo no mesmo.

O início da amamentação não foi fácil para esta mãe que não tinha tido problemas das outras vezes, mas facto de ter dor e gretas no mamilo, constituiu um grande entrave juntamente com o resto da situação. O facto de o bebé mamar de duas em duas horas o que é perfeitamente normal num recém-nascido, neste caso estava a tornar-se mais num suplício do que num prazer devido à dor no mamilo durante toda a mamada. A avaliação da mamada foi crucial para o estabelecimento de uma abordagem e resolução da situação. O apoio que o profissional de saúde possa dar no sentido da resolução dos problemas decorrentes da amamentação é sempre uma mais valia e o garante de uma amamentação mais prolongada no tempo (Sikorski & Renfrew, 2000; Taddei; Westphal; Venancio; Bogus & Souza, 2000; Valdes; Pugin; Schooley; Catalan & Aravena, 2000). De acordo com a literatura, este caso reflectiu que a necessidade de apoio à mulher que amamenta não se restringe à sua estadia no hospital, devendo ser mantida ao longo do processo da amamentação, pois existem ocorrências várias que necessitam de um apoio correcto e atempado e que será uma mais valia para a manutenção da amamentação exclusiva até às 6 meses e mista até aos dois anos de idade de acordo com as orientações da OMS.

7. Conclusão

Hoje em dia o conhecimento quer-se cada vez mais específico o que por vezes constitui um entrave para o conhecimento e raciocínio do global.

Ao avaliar um utente o cuidado deverá estar em saber ouvi-lo, senti-lo, deixá-lo mexer-se e mostrar-nos o que se passa consigo, o que nos irá não só permitir-nos chegar a um diagnóstico mais preciso mas também a ir ao encontro das necessidades do utente.

As competências do Fisioterapeuta com conhecimentos na área da saúde da mulher irão ajudar a relacionar os factos e tentar compreendê-los e explicá-los. Neste estudo de caso a avaliação permitiu chegar a um diagnóstico de dor pélvica incapacitante, dor na zona do pavimento pélvico, urgência urinária e problemas na amamentação.

A avaliação global permitiu estabelecer prioridades de acordo com o utente sem esquecer a sua interligação. O facto de ter sido dada ao utente um diagnóstico e explicação da sua situação e uma previsão das suas melhoras foi motivador e ao mesmo tempo funcionou como pacificador de algumas das suas ansiedades.

O partilhar dos objectivos e explicação do tratamento com o utente foi muito importante já que, se pretendia que este fosse feito não só pelo fisioterapeuta mas também pelo próprio utente ao longo do dia, uma vez, que grande parte das queixas tinham a ver com as suas más posturas e movimentos.

O ensino feito nesta fase da vida da mulher não se restringe a este período, é algo que fica para a vida, é um momento privilegiado onde o fisioterapeuta poderá exercer em pleno o seu papel de educador para a saúde pois temos acesso a muitas mulheres, umas por queixas idênticas ao caso em estudo outras só porque pretendem recuperar fisicamente da sua gravidez. Nesta altura temos pois a oportunidade de ensinar a mulher a conhecer-se melhor e a cuidar de si.

Para além de tratar a DCP o fisioterapeuta trabalha na e para a saúde da mulher no seu geral e é como tal que se propõe a “Olhar” para ela.

Na sequência deste estudo julgamos pertinente fazer um estudo de *follow-up* de situações multifacetadas como esta, no sentido de perceber a sua evolução e a relação entre a DCP e a incontinência urinária.

8. Referências Bibliográficas

- Abbott, S.; Renfrew, M. J. & McFadden, A. (2006). "*Informal' learning to support breastfeeding: local problems and opportunities.*" *Matern Child Nutr* 2(4): 232-8.
- Albert, H.; Godskesen, M. & Westergaard, J. (2001). "*Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain.*" *Acta Obstet Gynecol Scand* 80(6): 505-10.
- Albert, H. B.; Godskesen, M. & Westergaard, J. G. (2002). "*Incidence of four syndromes of pregnancy-related pelvic joint pain.*" *Spine (Phila Pa 1976)* 27(24): 2831-4.
- Amir, L. H. & Ingram, J. (2008). "*Health professionals' advice for breastfeeding problems: not good enough!*" *Int Breastfeed J* 3: 22.
- Arora, S.; McJunkin, C.; Wehrer, J. & Kuhn, P. (2000). "*Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply.*" *Pediatrics* 106(5): E67.
- Aus, G.; Chapple, C.; Hanus, T.; Irani, J.; Lobel, B.; Loch, T.; Mitropoulos, D.; Parsons, K.; Plass, K. & Schmid, H. P. (2009). "*The European Association of Urology (EAU) guidelines methodology: a critical evaluation.*" *Eur Urol* 56(5): 859-64.
- Berghmans, L. C.; Hendriks, H. J.; Bo, K.; Hay-Smith, E. J.; de Bie, R. A. & van Waalwijk van Doorn, E. S. (1998). "*Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials.*" *Br J Urol* 82(2): 181-91.
- Bernaix, L. W. (2000). "*Nurses' attitudes, subjective norms, and behavioral intentions toward support of breastfeeding mothers.*" *J Hum Lact* 16(3): 201-9.
- Bo, K. (2004a). "*Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?'*" *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 15(2): 76-84.
- Bo, K. (2004b). "*Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport.*" *Sports Med* 34(7): 451-64.
- Bo, K. & Talseth, T. (1996). "*Long-term effect of pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training.*" *Obstet Gynecol* 87(2): 261-5.

- Bonetti, F.; Curti, S.; Mattioli, S.; Mugnai, R.; Vanti, C.; Violante, F. S. & Pillastrini, P. (2010). "Effectiveness of a 'Global Postural Reeducation' program for persistent low back pain: a non-randomized controlled trial." *BMC Musculoskelet Disord* 11: 285.
- Bortolini, M. A.; Drutz, H. P.; Lovatsis, D. & Alarab, M. (2010). "Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 21 (8): 1025-30.
- Chiarelli, P. (2002). "Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial." *Bmj* 324(7348): 1241-1241.
- Chiarelli, P.; Murphy, B. & Cockburn, J. (2004). "Promoting urinary continence in postpartum women: 12-month follow-up data from a randomised controlled trial." *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 15(2): 99-105.
- Colin, W. B. & Scott, J. A. (2002). "Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way." *Breastfeed Rev* 10(2): 13-9.
- de Oliveira, L. D.; Giugliani, E. R.; do Espírito Santo, L. C.; Franca, M. C.; Weigert, E. M.; Kohler, C. V. & de Lourenzi Bonilha, A. L. (2006). "Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems." *J Hum Lact* 22(3): 315-21.
- Dolan, L. M.; Hosker, G. L.; Mallett, V. T.; Allen, R. E. & Smith, A. R. (2003). "Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery." *BJOG* 110(12): 1107-14.
- Donelson, R.; Aprill, C.; Medcalf, R. & Grant, W. (1997). "A prospective study of centralization of lumbar and referred pain. A predictor of symptomatic discs and anular competence." *Spine (Phila Pa 1976)* 22(10): 1115-22.
- Dumoulin, C.; Bourbonnais, D.; Morin, M.; Gravel, D. & Lemieux, M.-C. (2010). "Predictors of Success for Physiotherapy Treatment in Women With Persistent Postpartum Stress Urinary Incontinence." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 91(7): 1059-1063.
- Eason, E.; Labrecque, M.; Marcoux, S. & Mondor, M. (2004). "Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence: a prospective cohort study." *BMC Pregnancy Childbirth* 4(1): 4.
- Farrell, S. A.; Allen, V. M. & Baskett, T. F. (2001). "Parturition and urinary incontinence in primiparas." *Obstet Gynecol* 97(3): 350-6.
- Foster, H. W. (2009). "Increasing breastfeeding: challenges and opportunities." *Breastfeed Med* 4(Suppl 1): S63-5.
- Fozzatti, C.; Herrmann, V.; Palma, T.; Ricetto, C. L. Z. & Palma, P. C. R. (2010). "Global Postural Re-education: an alternative approach for stress urinary incontinence?" *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 152(2): 218-224.
- Gutke A, L. M., Ostgaard HC, Oberg B. (2010). "Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms." *Gutke A, Eur Spine J.* 2010 Jul 1.
- Gutke, A.; Sjødahl, J. & Oberg, B. (2010). "Specific muscle stabilizing as home exercises for persistent pelvic girdle pain after pregnancy: a randomized, controlled clinical trial." *J Rehabil Med* 42(10): 929-35.

- Hauck, Y. L.; Fenwick, J.; Dhaliwal, S. S.; Butt, J. & Schmied, V. (2011). "The Association Between Women's Perceptions of Professional Support and Problems Experienced on Breastfeeding Cessation: A Western Australian Study." *J Hum Lact* 27(1): 49-57.
- Hay-Smith, J.; Herbison, P. & Morkved, S. (2002). "Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults." *Cochrane Database Syst Rev*(2): CD003191.
- Hay-Smith, J.; Morkved, S.; Fairbrother, K. A. & Herbison, G. P. (2008). "Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women." *Cochrane Database Syst Rev*(4): CD007471.
- Hefford, C. (2008). "McKenzie classification of mechanical spinal pain: profile of syndromes and directions of preference." *Man Ther* 13(1): 75-81.
- Hofmeyr, G. J.; Abdel-Aleem, H. & Abdel-Aleem, M. A. (2008). "Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage." *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD006431.
- Hvidman, L.; Foldspang, A.; Mommsen, S. & Bugge Nielsen, J. (2002). "Correlates of urinary incontinence in pregnancy." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 13(5): 278-83.
- Inch, S. (2006). "Breastfeeding problems: prevention and management." *Community Pract* 79(5): 165-7.
- Kettle, C. (2004). "Perineal care." *Clin Evid*(11): 1853-71.
- Khoo, A. K.; Dabbas, N.; Sudhakaran, N.; Ade-Ajayi, N. & Patel, S. (2009). "Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie division for breastfeeding problems." *Eur J Pediatr Surg* 19(6): 370-3.
- Kronborg, H. & Vaeth, M. (2009). "How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration?" *Birth* 36(1): 34-42.
- Loland, B. F.; Baerug, A. B. & Nylander, G. (2007). "[Human milk, immune responses and health effects]." *Tidsskr Nor Laegeforen* 127(18): 2395-8.
- Long, A.; Donelson, R. & Fung, T. (2004). "Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercise for low back pain." *Spine (Phila Pa 1976)* 29(23): 2593-602.
- Machado, L. A.; de Souza, M. S.; Ferreira, P. H. & Ferreira, M. L. (2006). "The McKenzie method for low back pain: a systematic review of the literature with a meta-analysis approach." *Spine (Phila Pa 1976)* 31(9): E254-62.
- Machado, L. A.; Maher, C. G.; Herbert, R. D.; Clare, H. & McAuley, J. H. (2010). "The effectiveness of the McKenzie method in addition to first-line care for acute low back pain: a randomized controlled trial." *BMC Med* 8: 10.
- Marshall, K.; Thompson, K. A.; Walsh, D. M. & Baxter, G. D. (1998). "Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum: survey of current findings at the Rotunda Lying-In Hospital." *Br J Obstet Gynaecol* 105(4): 400-2.
- McCann, M. F.; Baydar, N. & Williams, R. L. (2007). "Breastfeeding attitudes and reported problems in a national sample of WIC participants." *J Hum Lact* 23(4): 314-24.
- McKenzie, R. A. (2006). "Comments on a systematic review of the McKenzie method." *Spine (Phila Pa 1976)* 31(22): 2639; author reply 2639-40.
- Mens, J. M.; Vleeming, A.; Snijders, C. J.; Koes, B. W. & Stam, H. J. (2001). "Reliability and validity of the active straight leg raise test in posterior pelvic pain since pregnancy." *Spine (Phila Pa 1976)* 26(10): 1167-71.

- Mens, J. M.; Vleeming, A.; Snijders, C. J.; Koes, B. W. & Stam, H. J. (2002a). "Validity of the active straight leg raise test for measuring disease severity in patients with posterior pelvic pain after pregnancy." *Spine (Phila Pa 1976)* 27(2): 196-200.
- Mens, J. M.; Vleeming, A.; Snijders, C. J.; Ronchetti, I.; Ginai, A. Z. & Stam, H. J. (2002b). "Responsiveness of outcome measurements in rehabilitation of patients with posterior pelvic pain since pregnancy." *Spine (Phila Pa 1976)* 27(10): 1110-5.
- Morkved, S. (1997). "[Urinary incontinence--the right training helps]." *Jordmorbladet*(9): 16-20.
- Morkved, S. & Bo, K. (1996). "The effect of post-natal exercises to strengthen the pelvic floor muscles." *Acta Obstet Gynecol Scand* 75(4): 382-5.
- Morkved, S. & Bo, K. (2000). "Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up." *BJOG* 107(8): 1022-8.
- Morkved, S.; Bo, K.; Schei, B. & Salvesen, K. A. (2003). "Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial." *Obstet Gynecol* 101(2): 313-9.
- Morkved, S.; Salvesen, K. A.; Bo, K. & Eik-Nes, S. (2004). "Pelvic floor muscle strength and thickness in continent and incontinent nulliparous pregnant women." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 15(6): 384-9; discussion 390.
- Ostgaard, H. C. & Andersson, G. B. (1991). "Previous back pain and risk of developing back pain in a future pregnancy." *Spine (Phila Pa 1976)* 16(4): 432-6.
- Ostgaard, H. C.; Roos-Hansson, E. & Zetherstrom, G. (1996). "Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy." *Spine (Phila Pa 1976)* 21(23): 2777-80.
- Ostgaard, H. C.; Zetherstrom, G. & Roos-Hansson, E. (1994). "The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women." *Eur Spine J* 3(5): 258-60.
- Petersen, T.; Olsen, S.; Laslett, M.; Thorsen, H.; Manniche, C.; Ekdahl, C. & Jacobsen, S. (2004). "Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain." *Aust J Physiother* 50(2): 85-94.
- Riethmuller, D. (2009). "[Episiotomy and assisted delivery: the end of the recommendations of the French College of Gynecologists and Obstetricians? A comment on the article, "Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery." *BJOG* 2008;115:104-8]." *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 38(1): 9-10.
- Ronchetti, I.; Vleeming, A. & van Wingerden, J. P. (2008). "Physical characteristics of women with severe pelvic girdle pain after pregnancy: a descriptive cohort study." *Spine (Phila Pa 1976)* 33(5): E145-51.
- Sikorski, J. & Renfrew, M. J. (2000). "Support for breastfeeding mothers." *Cochrane Database Syst Rev* 2.
- Taddei, J. A.; Westphal, M. F.; Venancio, S.; Bogus, C. & Souza, S. (2000). "Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration." *Sao Paulo Med J* 118(6): 185-91.
- Valdes, V.; Pugin, E.; Schooley, J.; Catalan, S. & Aravena, R. (2000). "Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women." *J Trop Pediatr* 46(3): 149-54.

- van Tulder, M.; Becker, A.; Bekkering, T.; Breen, A.; del Real, M. T.; Hutchinson, A.; Koes, B.; Laerum, E. & Malmivaara, A. (2006). "Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care." *Eur Spine J* 15 Suppl 2: S169-91.
- Viktrup, L. & Lose, G. (2000). "Lower urinary tract symptoms 5 years after the first delivery." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 11(6): 336-40.
- Waldenstrom, U. & Aarts, C. (2004). "Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: a longitudinal cohort study of a national Swedish sample." *Acta Paediatr* 93(5): 669-76.
- Wijma, J.; Weis Potters, A. E.; Tinga, D. J. & Aarnoudse, J. G. (2008). "The diagnostic strength of the 24-h pad test for self-reported symptoms of urinary incontinence in pregnancy and after childbirth." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 19(4): 525-30.