

**Tabela III - Resultados obtidos em relação aos métodos de avaliação, análise dos desfechos, resultados e principais conclusões**

<b>Autor Ano/País</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos de avaliação</b>	<b>Grupos de Intervenção</b>	<b>Conclusão</b>	<b>DB</b>
Volkan <i>et al.</i> , 2011 Turquia	Determinar a prevalência e os fatores associados a diástase dos retos abdominais e a presença de POP.	<b>Avaliação:</b> - <b>Exame ginecológico.</b> - <b>Prolapsos:</b> POP-Q - <b>DRA:</b> US e nº dedos. <b>Método:</b> DRA: por nº dedos entre as bordas mediais do RA, 3- 4 cm na região supraumbilical. ≤ 2 cm = normal > 2 cm = Diástase RA.	<b>Total:</b> n = 95 <b>G1: (Nulíparas)</b> n = 19 <b>G2: (Primíparas)</b> n = 39 <b>G3: (Múltiparas)</b> n = 37	Correlação positiva entre a paridade e DRA (p < 0,001). Partos cesáreos apresentam maior risco de DRA em comparação com parto vaginal (p < 0,004). No grupo DRA o POP apresentou: 57% cistocele, 50% retoccele e 52% descenso uterino.	95%
Sperstad <i>et al.</i> , 2016 Noruega	Investigar a prevalência de DRA em nulíparas durante a gestação e no primeiro ano pós-parto; Fatores de risco e presença de dor lombo pélvica entre mulheres com e sem DRA até 12 meses pós-parto.	<b>Avaliação:</b> <b>Dor Lombopélvica:</b> Questionário Eletrônico <b>DRA:</b> Palpação <b>Método:</b> <b>DRA:</b> por palpação ↑ 4,5 cm e ↓ 4,5 cm do umbigo; <b>Classificação:</b> Leve: (2-3 dedos); Moderada (3-4 dedos); Severa (≥4 dedos) <b>Avaliações:</b> Na gestação: 21ª semana Pós-parto: 6 semanas, 6 meses e 12 meses após o parto.	<b>Total:</b> N = 300 <b>DRA:</b> <b>Gest21: 21ª sem</b> N = 299 <b>GPP:</b> <b>PP6s: 6 sem</b> N = 285 <b>PP6m: 6 meses</b> N = 198 <b>PP12m: 12 meses</b> N = 178	Prevalência DRA - 33,1% no Gest21; - 60% no PP6s; - 45,4% no PP6m; - 32,6% no PP12m; DRA leve foi mais prevalente durante a gravidez e após o parto (p < 0,05). Não houve diferença nos fatores de risco para dor lombopélvica (IMC prévio à gestação, ganho de peso e tipo de parto, PRN, nível de atividade física e frouxidão ligamentar) (IC 95%).	95%
Bo <i>et al.</i> , 2016 Noruega	Comparar a pressão vaginal em repouso (PVR), a FMAP e a prevalência de IU e POP em mulheres primíparas com e sem DRA durante a gestação e um ano pós-parto.	<b>Avaliação:</b> <b>Pressão Vaginal</b> <b>Repouso:</b> CVM; <b>DRA:</b> Palpação digital; <b>MAP:</b> observação e palpação e perineometria; <b>IU:</b> ICIQ-SF; <b>POP:</b> POP-Q. <b>Método:</b> <b>DRA:</b> ↑ 4,5 cm e ↓ 4,5 cm do umbigo; <b>Avaliações:</b> Na gestação: 21ª semana Pós-parto: 6 semanas, 6 meses e 12 meses após o parto. <b>Parâmetros MAP:</b> - PVR: média de 3 CVM - Resistência MAP: nº contrações mantidas por 10 segundos; - FM MAP: em cmH <sub>2</sub> O.	<b>Total:</b> (n = 300) <b>DRA (+)</b> <b>Gest21+: 21ª sem</b> (n = 99) <b>PP6s+: 6 sem</b> (n = 171) <b>PP6m+: 6 meses</b> (n = 90) <b>PP12m+: 12 meses</b> (n = 58) <b>DRA(-)</b> <b>Gest21-: 21ª sem</b> (n = 200) <b>PP6s-: 6 sem</b> (n = 114) <b>PP6m-: 6 meses</b> (n = 107) <b>PP12m-: 12 meses</b> (n = 120)	Mulheres DRA (+) apresentaram maior PVR, força e resistência dos MAP na 21ª semana de gestação (IC 95%); Não houve diferença significativa entre grupos considerando os parâmetros de avaliação da MAP em nenhum período do pós-parto (IC 95%); Mulheres DRA (+) não apresentaram maior prevalência de IU ou POP. Às 6 semanas pós-parto, o POP foi mais prevalente no DRA- (p ≤ 0,001);	80%
Wang <i>et al.</i> , 2019 China	Comparar a FMAP e a prevalência de IU e POP, em mulheres com e sem DRA 6 a 8 semanas após o parto.	<b>Avaliação:</b> POP: POP-Q FMAP: Manometria DRA: Palpação Digital IU: Questionamento de escape <b>Método:</b>	<b>Total:</b> n = 310 <b>DRA (-):</b> (n = 202)  GI: CS (n = 79) GII: PV (n = 123)	Não foram encontradas diferenças significativas na FMAP e na prevalência de POP e IU (p > 0,05). A incidência de DRA foi estatisticamente significativa no grupo CS (p < 0,05).	100%

		POP-Q $\geq 2$ . DRA $\uparrow$ 4,5 cm e $\downarrow$ 4,5 cm do umbigo; DRA+: largura $\geq 2$ dedos e inferior DRA-. IU: escape involuntário de 2 ou mais vezes/semana.	<b>DRA (+):</b> (n = 108)  <b>GIII:</b> CS (n = 55) <b>GIV:</b> PV (n = 53)	Em relação a FMAP: GI e GIII (CS) não tiveram diferença significativa entre os grupos (p = 0,946); GII e GIV (PV) não tiveram diferença significativa entre os grupos (p = 0,175).	
Braga <i>et al.</i> , 2019 Suíça	O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre DRA e IUE, em primíparas, 6 meses após o parto, com sintomas de IUE, a fim de entender, se uma reabilitação abdominal específica pode ser indicada.	<b>Avaliação:</b> IU: ICIQ-SF POP: POP-Q Exame físico Urodinâmica: Resíduo pós-miccional. US: DRA.  <b>Método:</b> DRA logo acima do umbigo (medida N/I). Um paquímetro na tela para medir as bordas mediais do RA.	<b>Total:</b> n = 73  <b>GC (sem IUE)</b> n = 38  <b>GI: IUE</b> n = 35	Não há correlação entre DRA, IUE e ou POP. (p = 0,91) A medida DRA não foi um preditor independente de IUE. DRA não deve ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de IUE a longo prazo.	30%
Eisenberg <i>et al.</i> , 2020 Israel	Investigar a relação funcional e morfológica do AP entre DRA e trauma do assoalho pélvico relacionado ao parto em mulheres primíparas que sofreram lesões de EAE no primeiro parto. 2- 8 meses PP	<b>Avaliação:</b> DRA: US dinâmica e morfologia do AP Dor: EVA e PFDI20 Dor lombar: Quest. ODI Circunferência abdominal: Fita métrica FMAP: Palpação manual, testes de resistência manual e em flexão e extensão de tronco. <b>Método:</b> DRA: $\uparrow$ 3 cm e $\downarrow$ 2 cm do anel umbilical durante o repouso e rosca abdominal. Níveis de dor durante as últimas 3 semanas (abdominal, perineal e lombo-pélvica). Exame em repouso, na Valsalva e na contração da MAP e incluiu morfologia e função do elevador do ânus, morfologia do EAE, mobilidade dos órgãos pélvicos e avaliação funcional do AP.	<b>Total:</b> n = 36  <b>DRA (+):</b> n = 18  <b>DRA(-):</b> n = 18	A DRA não se correlaciona com maiores alterações morfológicas do AP, mas se correlaciona com pontuações mais altas na porção de sintomas urinários do PFDI-20 e IU (p = 0,01). Redução da força e resistência abdominal em mulheres com DRA (p < 0,04). Não houve diferença significativa na dinâmica dos MAP ou parâmetros de POP (p < 0,48). Não ocorreu mais dor ou maior deficiência lombar do que as mulheres DRA (-).	90%
Cardaillac <i>et al.</i> , 2020 França	Avaliar a confiabilidade da medida e prevalência de DRA, sintomas do AP associados e qualidade de vida imediato e 3-6 meses de PP.	<b>Avaliação:</b> Exame Clínico DRA: Palpação (largura dos dedos) Função parede abdominal: HerQLes Sintomas urinários, fecais e sexuais: FPFQ (Questionário Feminino do AP)  <b>Método:</b> DRA $\uparrow$ 4,5 cm e $\downarrow$ 4,5 cm do umbigo, realizada por	<b>Total:</b> n = 253 <b>PP1:</b> <b>Pós-parto imediato</b> <b>DRA(+):</b> n = 210 <b>DRA(-):</b> n = 43 <b>PP2:</b> <b>Pós-parto 3-6 meses</b> <b>DRA (+):</b> n = 51 <b>DRA (-):</b> n = 88	Houve boa concordância entre as avaliações do médico e paciente referente a DRA encontrada (IC: 95%) Nenhuma diferença para FPFQ em ambos os grupos (p = 0,12). A DRA não aumentou a dor lombar, a IU, IF ou os distúrbios da sexualidade. (p = 0,18). A qualidade de vida foi reduzida pela ocorrência de DRA severa (p = 0,001).	85%

		médico e pela própria paciente. DRA $\geq$ 2 dedos DRA severa $\geq$ 3 dedos.			
Harada <i>et al.</i> , 2020 Brasil	Investigar e comparar a presença de DRA e DAP em mulheres na pré e pós-menopausa	<b>Avaliação:</b> Avaliação física IU: ICIQ-SF POP: ICIQ-VS (questão 5) IF: Escala de Wexner DRA: Paquímetro Digital: <b>Método:</b> DRA $\uparrow$ 4,5 cm e $\downarrow$ 4,5 cm do umbigo. Paquímetro Digital nos limites do RA, média de 3 medidas consecutivas.	<b>Total:</b> n = 150 <b>DRA (+):</b> (n = 56) <b>DRA (-):</b> (n = 94)	A DRA supra umbilical esteve presente em 37,3%. Em relação as DAP (IU, IF e POP) 66% relataram pelo menos uma. Houve aumento de 2,6 vezes no risco de DAP com DRA ( $p = 0,01$ ).  IU: 61,33%, IF: 0,66% POP: 0,66%, IU e IF: 1,33% E POP e IU: 2%. Portanto a presença de DRA é um preditivo de DAP.	65%
Gluppe <i>et al.</i> , 2021 Noruega	Investigar se mulheres com DRA apresentam músculos abdominais mais fracos e maior prevalência de distúrbios do AP, dor lombar, dor na cintura pélvica e dor abdome do que mulheres sem DRA com mais de seis semanas após o parto.	<b>Avaliação:</b> Exames clínicos DRA: US DAP: PFDI-20 Dor Lombar: Questionário ODI: Dor Cintura pélvica: Questionário PGQ Força parede abdominal: Dinamômetro Isocinético <b>Método:</b> DRA: $\uparrow$ 2 cm acima e $\downarrow$ 2 cm do umbigo durante curl-up. As avaliações de flexão de tronco (sentada e em pé), dinamômetro isocinético.	<b>Total:</b> n = 72 <b>DRA (+):</b> (n = 36) <b>DRA (-):</b> (n = 36)	De acordo com a gravidade foram classificadas como DRA leve (51%), DRA moderada (37%), DRA Grave (11%).  Não houve diferença estatística significativa nas variáveis antropométricas, DAP, dor lombar, dor cintura pélvica e força abdominal em mulheres com e sem DRA nas análises não ajustadas.  Quando ajustados, mais mulheres com DRA relataram dor abdômen do que sem DRA ( $p = 0,026$ ).	75%
Fei <i>et al.</i> , 2021 China	Investigar a associação com a gravidade da DRA para o desenvolvimento de disfunção do assoalho pélvico em mulheres durante o primeiro ano pós-parto.	<b>Avaliação:</b> Exames clínicos POP: POP-Q DRA: US Força do RA: FMAP: TMM <b>Método:</b> DRA $\uparrow$ 4,5 cm e $\downarrow$ 4,5 cm do umbigo. DRA+ $\geq$ 20 mm, POP-Q $\geq$ 2, IU definida como perda involuntária de $\geq$ 2x/semana. FM RA: capacidade de elevar o tronco. FMAP: contração sustentada por 1 minuto, (Oxford modificada). Histórico médico para IU e Lombalgia, pelo ginecologista	<b>Total:</b> n: 213 <b>DRA (+)</b> (n = 176) <b>DRA (-):</b> (n = 37)	A prevalência da DRA foi de 82,6% com incidência de IU: 20,2% e POP: 7,9%. História de CS e multiparidade foi maior do grupo DRA ( $p = 0,02$ ). Os resultados não mostram diferenças significativas para IU e POP ( $p > 0,05$ ), a força do RA e FMAP, não influenciaram na DRA.	90%

AP = Assoalho pélvico; CS = Cesária; CVM = contração voluntária máxima; DAP = Distúrbios do assoalho pélvico; DFET = teste de resistência à flexão abdominal dinâmica; DRA = diástase retos abdominais; DRA+ = Com DRA; DRA- = Sem DRA; EAE = Esfínter anal externo; EVA = escala visual analógica; FMAP = força muscular do assoalho pélvico; FPFQ = questionário feminino do assoalho pélvico, GC = grupo controle; GEST = Gestação; GI = grupo intervenção; HerQLes = pesquisa de qualidade de vida relacionada a hérnia; IC = Índice de confiança; ICIQ-SF = *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form*; ICIQ-VS = questionário de consulta internacional sobre incontinência – sintomas vaginais; IU = Incontinência urinária; IUE = Incontinência urinária de esforço; MAP = músculos do assoalho pélvico; ODI = *Oswestry Disability Index*; PFDI-20 = *Pelvic Floor Distress Inventory*; PVR = Pressão vaginal em repouso; PGQ = Questionário de cintura pélvica; POP = Prolapsos de órgãos pélvicos; POP-Q = sistema de quantificação de prolapso de

órgão pélvico; PP = pós-parto; PP6s = pós-parto 6 semanas; PP6m = pós-parto 6 meses; PP12m = pós-parto 12 meses; PRN = peso recém-nascido; PV = parto vaginal; RA = Reto abdominal; SFET = Teste de Resistência à Flexão Abdominal Estática; SEM = semanas; TMM = Teste força muscular abdominal; US = ultrassom