

**ASSOCIAÇÃO ENTRE PARIDADE, TIPO DE PARTO E PADRÕES
ELETROMIOGRÁFICOS DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO
EM MULHERES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA.**

**ASSOCIATION AMONG PARITY, LABOUR AND ELECTROMYOGRAPHIC
PATTERNS OF THE PELVIC FLOOR MUSCULATURE IN WOMEN WITH
URINARY INCONTINENCE.**

Laíse Pereira Ramalho¹

Malena das Neves Xavier²

Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira³

1 Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES - UNITA. Av. Portugal, 584 -
Universitário, Caruaru-PE, 55016-901.

2 Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES - UNITA. Av. Portugal, 584 -
Universitário, Caruaru-PE, 55016-901.

3 Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES - UNITA. Av. Portugal, 584 -
Universitário, Caruaru-PE, 55016-901. E-mail: belisaduarte@asc.es.edu.br

Resumo

Objetivo: Identificar a associação entre paridade, tipo de parto e padrões eletromiográficos da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Métodos:** Foi realizado um levantamento de campo descritivo exploratório, onde foram estudadas 12 mulheres adultas jovens, com histórico de partos progressos, idade entre 40 e 60 anos, com relato de perda urinária involuntária. Foi aplicado um formulário de 26 questões com dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, obstétricos e dados antropométricos. Em seguida, realizada a coleta de padrões eletromiográficos, através da eletromiografia (EMG) de superfície. Os dados foram tabulados no programa Excel para análise descritiva. **Resultados:** A média de idade das participantes foi $49 \pm 7,03$ anos. A média de paridade foi $2,42 \pm 1$ partos, sendo a de partos do tipo vaginal de $1,33 \pm 1,53$ e cesáreos $1,33 \pm 1$. A média geral do sinal eletromiográfico retificado das participantes com parto vaginal foi 1,21 e das com parto cesáreo 1,16. Das voluntárias com alta paridade, somente uma obteve padrão acima da média. Das com baixa paridade, apenas duas apresentaram padrões acima da média. Comparando-se as participantes com partos vaginais apenas duas obtiveram padrões acima das médias. Das submetidas à partos cesáreos somente uma atingiu valores acima da média. **Conclusão:** A diminuição dos padrões eletromiográficos da musculatura do assoalho pélvico não esteve diretamente relacionada ao parto vaginal nem a alta paridade.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Péríneo; Eletromiografia.

Abstract

Objective: Identify the association among parity, type of delivery, and electromyographic patterns of the pelvic floor musculature in women with urinary incontinence. **Methods:** It was performed a descriptive exploratory field survey, where 12 young adult women were studied, with a history of previous birth, with the age between 40 and 60 years old, with reports of involuntary urinary loss. A questionnaire was applied with 26 questions about sociodemographic data, personal history, obstetrics and anthropometric data. Then, the collect of electromyographic patterns was performed, through the surface electromyography (EMG). The data were tabulated in the Excel program for descriptive analysis. **Results:** The average age of the participants was $49 \pm 7,03$ years. The average of parity was $2,42 \pm 1$ deliveries, with the vaginal deliveries of 1.33 ± 1.53 and cesareans 1.33 ± 1 . The overall mean of the rectified electromyographic signal of participants with vaginal delivery was 1.21 and those with cesarean delivery 1.16. Of the volunteers with high parity, only one obtained standard above average. Of those with low parity, only two showed standard above average. Comparing the participants with vaginal deliveries, only two obtained above average patterns. Only one of those submitted to cesarean deliveries reached above average values. **Conclusion:** Decreased electromyography muscle patterns of the pelvic floor was not directly related to vaginal delivery or high parity.

Keywords: Urinary incontinence; Perineum; Electromyography.

Introdução

A sociedade internacional de continência (International Continence Society-ICS) define como incontinência urinária (IU) "qualquer perda de urina involuntária" e pode ser classificada como incontinência urinária de esforço (IUE), hiperatividade vesical (HV) ou incontinência urinária mista (IUM). A IUE é descrita como uma perda urinária quando a pressão intravesical excede a pressão uretral na ausência da contração do músculo detrusor. A HV é caracterizada pela perda da urina quando associada ao forte desejo de micção, estando cheia ou não a bexiga. A IUM é a perda de urina agregada à urgência e aumento da pressão intra-abdominal, ou seja, a associação de IUE e HV¹.

A IU acomete milhares de pessoas de todas as idades, mas afeta com mais prevalência as mulheres a partir da menopausa. A gestação e o parto podem ser responsáveis por disfunções na musculatura do assoalho pélvico (MAP), por causarem muitas mudanças anatômicas na pelve, além da forte ação hormonal nessas fases².

No parto vaginal, a musculatura do assoalho pélvico é submetida à uma pressão exercida pela cabeça do feto, intensificada pelas manobras de valsalva na fase de expulsão. As alterações no formato da musculatura ou rotura do elevador do ânus podem provocar disfunções na atividade elétrica da musculatura perineal, danos em sua inervação e uma possível lesão decorrente de compressão. Dessa maneira, o alongamento ou sobrecarga podem levar irreversíveis mudanças nos tecidos, alterando seu suporte uretral e continência³.

A avaliação para mensuração da atividade contrátil da musculatura perineal compreende uma anamnese detalhada, juntamente com as técnicas de medição da força da MAP. Manobras bidigitais associadas a uma escala de força, que geralmente são utilizados na prática clínica, porém não são extrapolados para utilização com fins científicos pela subjetividade com que são mensurados⁴.

A eletromiografia, então, surgiu como uma alternativa de mensuração da força do assoalho pélvico, porque é um teste utilizado para mensurar a capacidade contrátil gerada pelas fibras musculares perineais, através da captação do sinal elétrico das mesmas⁵.

Apesar de estudos mostrarem uma diminuição na pressão da MAP, mensurada pelo perineômetro em mulheres que evoluíram para o parto vaginal quando comparadas àquelas submetidas à cesariana, mensurações diretas da força do assoalho pélvico dão indícios que esta é maior em mulheres que passaram pela via de parto cesariana⁵. A utilização de um método adequado para mensuração de parâmetros musculares do assoalho pélvico pode ser importante para fins de diagnóstico de fraqueza muscular, e conseqüentemente, melhor planejamento do tratamento da incontinência urinária. Portanto, o presente teve como objetivo identificar a associação entre paridade, tipo de parto e padrões elétricos da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária, através de padrões eletromiográficos.

Materiais e Métodos

Foi realizado um levantamento de campo descritivo exploratório, onde a população estudada foram mulheres adultas jovens, com histórico de partos pregressos. Trata-se de um estudo piloto realizado com 12 mulheres atendidas na clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida. A coleta de dados em campo da pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida sob protocolo de número 2.208.355.

Aquelas que preencheram os critérios de elegibilidade e desejaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, e foram submetidas ao formulário desenvolvido especificamente para esta pesquisa. Em seguida, foi realizada a avaliação da musculatura perineal através da eletromiografia.

Foram incluídas no estudo mulheres primíparas e múltíparas, com idade entre 40 e 60 anos, com relato de perda urinária involuntária, atendidas na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES-UNITA, em Caruaru-PE.

Foram excluídas do estudo mulheres grávidas, com histórico de déficit neurológico, que apresentassem comprometimento cognitivo que impossibilitasse a compreensão das questões, além de mulheres que praticassem exercícios na musculatura perineal, que apresentassem contraindicações para palpação vaginal e casos agudos de infecção na área urogenital.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário desenvolvido especificamente para esta pesquisa, composto de 26 questões, com dados sociodemográficos (idade, ocupação, estado civil e escolaridade); antecedentes pessoais (comorbidades, etilismo, tabagismo, menopausa, idade da menopausa, terapia de reposição hormonal e cirurgias ginecológicas); antecedentes obstétricos (paridade, tempo de paridade, tipo de parto, história do uso de fórceps e de episiotomia, idade dos filhos) e dados antropométricos (altura, peso, IMC, circunferência abdominal, ICQ).

Em seguida, a coleta de padrões eletromiográficos do assoalho pélvico foi realizada através de eletromiografia (EMG) de superfície. Para tal, um eletromiógrafo da marca Miotec®, modelo Miotool uro 200/400 foi conectado a três canais de captação de sinais (dois para análise elétrica e um canal de referência) com eletrodos autoadesivos.

No canal 1, os eletrodos foram dispostos paralelamente às fibras musculares perineais entre as regiões anal e vaginal, com distância inter-eletrodos de dois centímetros, para evitar instabilidade durante gravação dos efeitos da placa terminal do músculo. Para confirmar o correto posicionamento dos eletrodos, uma contração

muscular era solicitada e o sinal da EMG era checado através da análise gráfica de um computador interligado ao eletromiógrafo.

No canal 2, os eletrodos foram dispostos paralelamente às fibras musculares abdominais para controle do isolamento da contração perineal sem associação com os padrões abdominais. O canal 3 era disposto 10cm acima do maléolo lateral da perna direita, em grupo muscular inativado durante a medição, com o objetivo de padronizar a referência do sinal elétrico pessoal da voluntária.

Para coleta dos dados, foram solicitadas as participantes da pesquisa três contrações voluntárias máximas do músculo investigado na seguinte posição ginecológica: deitada em decúbito dorsal, membros inferiores flexionados, e levemente abduzidos. Os sinais eletromiográficos foram processados em rotinas específicas implementadas no software do próprio eletromiógrafo utilizado para análise da envoltória (EN), a qual representa o nível médio de contração muscular, em microvolts, ao longo do tempo. O processamento de dados do sinal eletromiográfico constou da retificação do sinal bruto, isto é, a porção negativa do sinal foi rebatida para a porção positiva, sendo na sequência delimitada por um envelope linear.

Após a coleta, os dados foram tabulados no programa Excel (versão 2013) para análise descritiva.

Resultados

A tabela 1 apresenta as características gerais da amostra. Nota-se que as participantes selecionadas para o estudo apresentam uma média de idade de $49 \pm 7,03$ anos. Das doze mulheres, dez são casadas, sete estão acima do peso adequado e sete encontram-se em período de menopausa. A cirurgia ginecológica mais realizada pelas participantes

foi a de laqueadura (58,33%). Das mulheres que apresentaram partos vaginais, 66,66% não sofreram episiotomia.

Na tabela 2 observa-se os dados de antecedentes obstétricos, onde a participante 4 foi a que apresentou o menor número de partos (1) e a participante 10 o maior número de partos (5). A média de paridade foi $2,42 \pm 1$ partos, sendo a média de partos do tipo vaginal de $1,33 \pm 1,53$ e cesáreos $1,33 \pm 1$. Da amostra apenas 3 mulheres apresentaram partos tanto vaginais como cesáreos.

A tabela 3 exhibe padrões eletromiográficos da musculatura do assoalho pélvico, assim como a média retificada de cada participante, que foi obtida através da relação atividade elétrica de contração: atividade elétrica de base. Para as participantes que apresentaram partos vaginais e cesáreos (P2, P5, P12), foi utilizado como referência o tipo do último parto. A média geral do sinal eletromiográfico retificado obtido das participantes com parto vaginal foi 1,21 e a das participantes com parto cesáreo 1,16.

Dentre as participantes que apresentaram alta paridade (3 ou mais partos - P2, P8, P9 e P10), apenas uma (P2), apresentou padrão acima da média geral e específica do seu tipo de parto. As demais obtiveram valores abaixo da média, quando comparadas tanto com os padrões gerais como com os padrões específicos do seu tipo de parto.

Analisando-se as oito mulheres com baixa paridade (2 partos ou menos), nota-se que apenas uma voluntária com dois partos vaginais (P1) e uma com um parto cesáreo (P4), apresentam padrões acima da média total específica. Todas as outras participantes apresentaram valores abaixo da média geral e específica do seu tipo de parto.

Comparando-se as participantes com partos vaginais (P1, P2, P6, P9, P10 e P12) é possível observar que apenas P1 e P2 apresentaram padrões acima das médias geral e específica, obtendo, respectivamente, 1,55 e 1,49 de valor médio retificado do sinal

eletromiográfico. Quando comparado os padrões das mulheres submetidas à partos cesáreos (P3, P4, P5, P7, P8 e P11), observa-se que somente uma (P4) atingiu média acima dos valores geral e específico, enquanto que as demais encontram-se abaixo de ambas as médias.

Discussão

Ao longo da vida da mulher existem fases nas quais podem ser observadas mudanças na musculatura do assoalho pélvico, como a diminuição ou perda total da força. Esse enfraquecimento pode levar a um quadro de incontinência urinária⁶. As vias de parto, assim como a própria gravidez, podem ter grande influência na alteração da força da musculatura do assoalho pélvico. Nessa fase ocorrem mudanças no posicionamento anatômico da pelve e na pressão exercida sobre a musculatura do períneo². Os episódios obstétricos são os fatores de riscos que mais estão relacionados com a incontinência urinária. Dessa maneira, relaciona-se a via de parto como o grande responsável pelo trauma na musculatura do assoalho pélvico⁵.

A análise da amostra do presente estudo apontou que, 33,33% das mulheres que passaram por partos vaginais obtiveram sinais elétricos acima das médias encontradas na pesquisa. Enquanto que, das submetidas à cesáreas, apenas 16,66% apresentaram valores semelhantes às médias atingidas pela amostra geral. Isso demonstrou que, apesar da cesariana ser uma via de parto tida como protetora da musculatura perineal, ela não se mostrou como fator influente na preservação da força dessa musculatura nas participantes avaliadas.

Historicamente, a associação entre o tipo de parto e a força da musculatura do assoalho pélvico tem sido bastante documentada e inúmeros estudos mostram que em mulheres com parto vaginal essa força é diminuída⁷⁻¹⁰. Na população estudada, após a

análise, observou-se que as mulheres com parto vaginal apresentaram média da força muscular do assoalho pélvico maior do que aquelas com cesariana, esse achado corrobora com os resultados obtidos em dois estudos^{11, 12}, onde não foram encontradas diferenças entre os tipos de parto, associados à força da musculatura do assoalho pélvico.

Em seu estudo, Kim et al.¹³ concluíram que não houve diferença significativa entre as mulheres que passaram por partos vaginais e as que realizaram cesariana, quando comparadas as suas medidas pressóricas da musculatura do assoalho pélvico, através da perineometria. Em contrapartida, nossos resultados mostraram uma diferença dos padrões eletromiográficos de mulheres submetidas a cesarianas em relação as que passaram por partos vaginais, onde a média de atividade elétrica da musculatura perineal foi maior nas mulheres de partos vaginais.

Nossos dados também conflitam com os achados da literatura, onde a cesariana seria um fator protetor da musculatura do assoalho pélvico¹⁴. Essa divergência de informações pode ser explicada pelos métodos de avaliação utilizados. Apesar da perineometria ser um método validado pela Sociedade Internacional de Continência (ICS), os resultados obtidos através da mesma mostram-se inconsistentes, devido a não padronização das sondas utilizadas¹⁵ e por elas captarem a pressão abdominal durante as contrações. Já na eletromiografia, apesar de captar a atividade elétrica promovida pelo recrutamento das unidades motoras, há boa correlação entre o número de unidades ativadas e a força muscular. É um dos métodos de maior especificidade na avaliação do assoalho pélvico, embora não haja consenso em relação à sua aplicação e tem a vantagem de analisar isoladamente a atividade da musculatura perineal e da acessória, excluindo a possibilidade de alteração nas médias devido forças que não sejam da musculatura do assoalho pélvico⁴.

Apesar de termos encontrado diminuição dos padrões elétricos em pacientes com sobrepeso e histórico de cirurgias ginecológicas em mulheres com idade avançada ou em período peri-menopausa, como se trata de um estudo piloto, ainda não podemos concluir que a prevenção desses fatores é um fator protetor contra a perda de força perineal.

Em nosso estudo, foi possível observar que a alta paridade apresentou-se como um fator influente na diminuição dos padrões eletromiográficos da musculatura perineal. 75% da amostra que apresentou alta paridade, obteve sinais elétricos menores que as médias do estudo. A paridade é um dos fatores mais relacionados ao surgimento da incontinência urinária, ocorrendo em aproximadamente 1/3 à metade de todas as mulheres. Acredita-se que sua causa seja associada às grandes mudanças fisiológicas nos fatores hormonais e mecânicos existentes nesse evento¹⁶.

A cesariana é definida como processo cirúrgico, onde ocorre incisão da parede abdominal, seguida da retirada de um ou mais fetos do útero ou da cavidade abdominal, acontecendo de forma eletiva ou urgente¹⁷. Para que exista a continência urinária, é necessário que a musculatura do assoalho pélvico esteja íntegra. Dessa forma, um enfraquecimento na musculatura perineal pode resultar no surgimento da incontinência urinária¹⁸.

Özdemir et al.¹⁹ verificaram em seu estudo que as mulheres que tiveram de 1 a 3 partos apresentaram a maior força, quando comparadas a mulheres com maior paridade, e que a força diminuiu à medida que o número de partos aumentou. No presente estudo não houve essa diferenciação, tanto mulheres com alta paridade quanto as com baixa paridade apresentaram diminuição da força muscular e a mesma não foi proporcional à paridade. Algumas mulheres, com baixa paridade, obtiveram médias de atividade elétrica da musculatura perineal menores do que as que apresentaram alta paridade. A paridade como fator isolado não apresentou influência na diminuição de força da musculatura

perineal, apenas quando associado a outros fatores, como alto IMC e idade materna avançada, foi possível verificar alterações nos padrões eletromiográficos.

A diminuição da força da musculatura do assoalho pélvico não esteve diretamente relacionada ao tipo de parto, pois tanto as mulheres que tiveram parto vaginal como cesáreo, apresentaram diminuição nos padrões eletromiográficos e algumas mulheres que apresentaram partos vaginais obtiveram padrões ainda mais altos do que aquelas com partos cesarianos. Dentre as amostra avaliada, podemos afirmar que o parto de via cesariana não foi um fator protetor para a garantia de força no assoalho pélvico.

Em nossos resultados, a diminuição da força muscular do assoalho pélvico não esteve diretamente relacionada com a quantidade de partos, pois tanto as mulheres com alta quanto as com baixa paridade apresentaram diminuição nos valores dos padrões eletromiográficos e algumas mulheres que apresentaram um número maior de paridade, apresentaram padrões ainda maiores do que aquelas que apresentaram baixa paridade. Desta forma, a paridade como fator isolado não apresentou influência na alteração da força muscular perineal. É possível que sua associação com outros fatores, como sobrepeso e idade materna avançada possam influenciar nos padrões eletromiográficos, porém associações estatísticas são necessárias para que possamos definir o poder dessas variáveis na força perineal.

Deste modo, é de suma importância a realização de novas pesquisas a respeito da correlação entre essas variáveis, e do método mais adequado de avaliação dessa musculatura, com uma amostra estatisticamente representativa da população feminina incontinente. Tais resultados podem gerar um impacto positivo para a ciência, apontando novas alternativas e esclarecimentos sobre métodos mais fidedignos de avaliação de força da musculatura do assoalho pélvico e suas respectivas consequências na continência urinária, dando subsídios para criação de medidas preventivas para população feminina,

na tentativa de reduzir possíveis incidências e prevalências de disfunções no trato urinário.

Referências

1. Higa R, Lopes MHBDM, Reis MJD. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher: artigo de revisão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2008; 42 (1): 187-192.
2. Amorim H, Brasil C, Gomes T, Correia L, Martins P, Lordelo P. Relação do tipo e número de parto na função sexual e autoimagem genital feminina: um estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2015; 5 (1): 50-51.
3. Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27 (11): 677-682.
4. Resende APM, Nakamura MU, Ferreira EAG, Petricelli CD, Alexandre SM, Zanetti MRD. Eletromiografia de superfície para avaliação dos músculos do assoalho pélvico feminino: revisão de literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2011; 18 (3): 292-7.
5. Oliveira JM. Avaliação do efeito do tipo de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico de primíparas [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
6. Leroy LS, Lopes MHBM. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20 (2): 2-3.
7. Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Brækken IH, Bø K. Impact of childbirth and mode of delivery on vaginal resting pressure and on pelvic floor muscle strength and endurance. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 208 (1): 50.e1-7.

8. Batista EM, Conde DM, Do Amaral WN, Martinez EZ. Comparison of pelvic floor muscle strength between women undergoing vaginal delivery, cesarean section, and nulliparae using a perineometer and digital palpation. *Gynecol Endocrinol.* 2011; 27 (11): 910-4.
9. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Arnason A, Bø K. Pelvic floor muscle function before and after first childbirth. *Int Urogynecol J.* 2011; 22 (12): 1497-503.
10. Zizzi PT, Trevisan KF, Leister N, Cruz CS, Riesco MLG. Força muscular perineal e incontinência urinária e anal em mulheres após o parto: estudo transversal. *Rev Esc Enferm USP.* 2017; 51: e03214.
11. Caroci AS, Riesco MLG, Souza WS, Cotrim AC, Sena EM, Rocha NL, et al. Analysis of pelvic floor musculature function during pregnancy and postpartum: a cohort study: (a prospective cohort study to assess the PFMS by perineometry and digital vaginal palpation during pregnancy and following vaginal or caesarean childbirth). *J Clin Nurs.* 2010; 19 (17-18): 2424-33.
12. Koc O, Duran B, Ozdemirci S, Bakar Y, Ozengin N. Is cesarean section a real panacea to prevent pelvic organ disorders? *Int Urogynecol J.* 2011; 22 (9): 1135-41.
13. Kim H, Shim J, Kim B. Analysis of vaginal pressure and abdominal EMG according to delivery method during pelvic floor muscle contraction. *J Phys Ther Sci.* 2012, 24 (1): 119–121.
14. Oliveira E, Zuliani LMM, Ishicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza AMB, et al. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56 (6): 688-90.
15. Barbosa PB, Franco MM, Souza FO, Antônio FI, Montezuma T, Ferreira CHJ. Comparison between measurements obtained with three different perineometers. *Clinics.* 2009, 64 (6): 527–533.

16. Guarisi T, Neto AMP, Osis MJ, Pedro AO, Paiva LHC, Faúndesa A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Revista de saúde pública*. 2001; 35 (5): 428-435.
17. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *História, Ciências, Saúde*. 2016; 23 (1): 155-172.
18. Beuttenmüller L, Cader SA, Macena RHM, Araujo NS, Nunes EFC, Dantas EHM. Contração muscular do assoalho pélvico de mulheres com incontinência urinária de esforço submetidas a exercícios e eletroterapia: um estudo randomizado. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2011; 18 (3): 210-216.
19. Özdemir ÖÇ, Bakar Y, Özengin N, Duran B. The effect of parity on pelvic floor muscle strength and quality of life in women with urinary incontinence: a cross sectional study. *J Phys Ther Sci*. 2015, 27 (7): 2133–2137.

Tabelas

Tabela 1.

Características gerais da amostra			
	N	%	±DP
Tamanho da amostra	12	100	-
Idade média (Anos)	49		7,03
Estado civil	-	-	-
Casada	10	83,33	-
Viúva	1	8,33	-
Divorciada	1	8,33	-
IMC			
Peso adequado	5	41,66	-
Sobrepeso	3	25	-
Obesidade	4	33,33	-
Menopausa			
Sim	7	58,33	-
Não	5	41,66	-
Cirurgias ginecológicas			
Histerectomia	3	25	-
Laqueadura	7	58,33	-
Suspensão de bexiga	4	33,33	-
Perineoplastia	3	25	-
Episiotomia			
Sim	4	33,33	-
Não	8	66,66	-

IMC= Índice de massa corpórea; ±DP= Desvio padrão

Tabela 2. Paridade e tipos de parto realizados

Dados de antecedentes Obstétricos			
Participantes	Paridade	Tipo de parto	
		Vaginal	Cesáreo
P1	2	2	0
P2	3	2	1
P3	2	0	2
P4	1	0	1
P5	2	1	1
P6	2	2	0
P7	2	0	2
P8	3	0	3
P9	3	3	0
P10	5	5	0
P11	2	0	2
P12	2	1	1
Média	2,42	1,33	1,33
±DP	1	1,56	1

±DP= Desvio padrão

Tabela 3. Valores absolutos e retificados dos sinais eletromiográficos do assoalho pélvico

Padrões eletromiográficos				
Participantes	AEB(µv)	AEC(µv)	Relação Retificada	
			Parto V.	Parto C.
P1	20,08	31,16	1,55	-
P2	10,11	15,06	1,49	-
P3	18,72	20,04	-	1,07
P4	13,83	23,62	-	1,71
P5	11,69	11,82	-	1,01
P6	18,53	18,31	0,99	-
P7	17,34	18,94	-	1,09
P8	14,88	15,33	-	1,03
P9	11,98	13,98	1,16	-
P10	34,43	34,52	1	-
P11	10,98	11,18	-	1,02
P12	15,16	15,88	1,05	-
Média	16,48	19,15	1,21	1,16
±DP	6,54	7,32	0,25	0,27

AEB = Atividade elétrica de base; (µv) = Unidade de medida em microvolts;

AEC = Atividade elétrica de contração; Parto V. = Parto vaginal; Parto C. = Parto cesáreo;

±DP= Desvio padrão.

