

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

RAYANE CHRISTINA SANTOS FERREIRA | NATHANY CRISTINA NOVENA  
MEDEIROS  
CAMILA SOUZA LEMOS

**FISIOTERAPIA NA OBSTETRÍCIA: ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA  
NO PRÉ-PARTO E PÓS-PARTO NORMAL**

Rio de Janeiro

2021.2

# **FISIOTERAPIA NA OBSTETRÍCIA: ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PRÉ-PARTO E PÓS-PARTO NORMAL.**

## **PHYSIOTHERAPY IN OBSTETRICS: PERFORMANCE OF THE PHYSIOTHERAPIST IN THE PRE-PARTUM AND NORMAL POST-PARTUM.**

**Rayane Christina Santos Ferreira**

Graduanda do curso de Fisioterapia do Centro Universitário São José

**Nathany Cristina Novena Medeiros**

Graduanda do curso de Fisioterapia do Centro Universitário São José

**Orientadora**

Profa. Dra. Camila Souza Lemos. Doutora em biologia celular e molecular pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

### **RESUMO**

O período gestacional e o pós-parto são caracterizados pelas mudanças fisiológicas. Tais modificações podem afetar o bem-estar da puérpera, assim como sua qualidade de vida e a do bebê, trazendo como consequência mudanças de rotina e até mesmo adaptações para a execução das tarefas diárias. Nessa perspectiva, o objetivo geral foi descrever as alterações sofridas pelo corpo e como a fisioterapia intervirá, apresentando sua importância no pré-parto e pós-parto normal. A questão norteadora é fundamentada neste questionamento: como a fisioterapia pode beneficiar a gestante no pré e pós-parto? Através de bibliografias foi possível concluir que o fisioterapeuta proporciona grandes benefícios à gestante, tanto no momento gestacional como no puerpério, evitando maiores complicações e adquirindo uma melhor recuperação. Os recursos apresentados na literatura demonstram grande benefício da fisioterapia para o momento gestacional e puerpério, contribuindo para um momento menos traumático e uma redução do trabalho de parto.

**Palavras-chave: fisioterapia, puerpério e gestação.**

### **ABSTRACT**

The gestational period and the postpartum period are characterized by physiological changes. Such changes can affect the well-being of the puerperal woman, as well as her quality of life and that of the baby, resulting in routine changes and even adaptations to perform daily tasks. From this perspective, the general objective was to describe the changes suffered by the body and how physiotherapy will intervene, showing its importance in the pre-partum and normal postpartum period. The guiding question is based on this question: How can physical therapy benefit pregnant women in the pre- and post-partum period? Through bibliographies, it was possible to conclude that physical therapists provide great benefits to pregnant women, both during pregnancy and in the puerperium, avoiding further complications and achieving a better recovery. The resources presented in the literature demonstrate the great benefit of physiotherapy for the gestational and postpartum period, contributing to a less traumatic moment and a reduction in labor.

**Keywords: physiotherapy, puerperium and pregnancy.**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>6</b>
<b>ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL .....</b>	<b>12</b>
<b>ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA DO PÓS-PARTO .....</b>	<b>15</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>23</b>

## INTRODUÇÃO

A atuação da fisioterapia na obstetrícia é responsável por assistir de maneira adequada à parturiente nas suas diferentes etapas do ciclo gestacional. O fisioterapeuta detém de atribuições que auxiliam nesse processo. A fisioterapia é definida como uma categoria integrante da equipe multidisciplinar e valoriza a participação ativa da gestante no processo do parto. A importância da intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica como parte da rotina da equipe é evidenciada na estimulação da mobilidade corporal durante o processo de parturição envolvendo interação de fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e o apoio da equipe obstétrica, bem como a valorização da responsabilidade da gestante sobre seu parto (LUIS et al., 2019).

Durante o estado gravídico diversas mudanças corporais ocorrem decorrentes das transformações necessárias para gerar e acomodar uma nova vida, pode-se citar o aumento das glândulas mamárias, do quadril e da cintura e surgimento de algias posturais (lombalgias ou lombociatalgia) decorrentes da alteração do centro de gravidade do corpo, o qual intensifica a curvatura lombar. Como também pode ser encontrada dificuldade na digestão e respiração, edemas, elevação da frequência cardíaca, infecção urinária e, principalmente alterações hormonais (SILVA et al., 2018).

Os exercícios fisioterapêuticos são benéficos em todo o período gestacional, principalmente no pré-parto, uma vez que prepara para o trabalho de parto, já que promove aumento da força, resistência, tolerância ao estresse físico e mental e até mesmo alívio da dor. Durante o momento do parto a fisioterapia tem uma de suas maiores contribuições, a aceleração do parto por meio de caminhadas, pois está associada à gravidade e andar de cócoras para dilatação do canal. De mesmo modo, a fisioterapia pode ajudar no fortalecimento e alongamento dos músculos do assoalho pélvico no pós-parto, diminuindo o risco de lesões e mantendo suas funções íntegras (SANTOS; BARBOSA, 2019).

O estudo em questão visa realizar uma pesquisa de revisão de literatura científica sobre a atuação do fisioterapeuta no pré-parto e pós-parto normal, como também descrever seus deveres e identificar suas limitações.

Sendo assim, para tal estudo foram incluídos na pesquisa aqueles cuja publicação ocorreu nos últimos 11 anos (2010-2021) nas línguas inglesa e portuguesa e artigos originais publicados nas seguintes bases de dados: Lilacs, PubMed, Scielo e Birene. Todos os artigos foram pesquisados com base nas seguintes palavras-chaves: gestação, fisioterapia e gestante.

A importância do fisioterapeuta no pré-parto e pós-parto normal é justificada pela atuação na identificação precoce dos problemas que podem surgir durante a gestação e, conseqüentemente, na sua prevenção, em razão de suas mudanças após o período gestacional, agregando conhecimento sobre exercícios que podem favorecer à gestação da maneira correta e fornecer informações à gestante.

A fisioterapia por muitos anos encontrou dificuldades em executar suas atribuições e até mesmo ter o devido reconhecimento. Foi somente através de estudos e artigos que demonstraram a importância da participação dos fisioterapeutas durante todo o período gestacional que foi possível evidenciar a relevância de tais profissionais neste processo. Todavia, sua relevância no período pré-parto se destaca, ou seja, pré-natal. Por se tratar de um momento de fragilidade, a atenção a esse estágio deve ser redobrada, pois é nele onde a identificação e prevenção atua de melhor forma, assim como no pós-parto, onde existe a promoção de diversos benefícios, como a reeducação da função respiratória, alívio das dores, readaptação da percepção corporal, reeducação da musculatura abdominal, orientação sobre posturas corretas ao amamentar e nos cuidados do bebê.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Houve um aumento significativo no número de gestantes adeptas ao pré-natal, não somente para uma preparação física para o parto, mas também mental. Mesmo com tantas informações de livre acesso, muitas mulheres se negavam a fazer o acompanhamento completo, com métodos educativos, assistência psicológica, preparo físico específico, entre outras coisas. Hoje é possível ver uma sociedade mais preocupada com as questões gestacionais e bem mais informada (SILVA et al., 2018).

Caracteriza-se o parto normal como o nascimento do bebê de forma natural e por via vaginal. De acordo com Alencar et al. (2019), as práticas intervencionistas devem ser evitadas por se tratar de um período que remete aos cuidados naturais, devendo haver respeito a toda fisiologia que abrange esse momento, sendo assim, a humanização é algo fundamental desde o pré-natal até o puerpério.

A realização do pré-natal de forma correta tem como consequência a diminuição das taxas de óbito materno, ou seja, possibilita um parto sem intercorrências, fazendo com que não haja danos nem à saúde da mãe e nem do recém-nascido (SOUZA et al., 2013).

Sendo assim, esse momento permite o primeiro contato dos profissionais de saúde com a gestante, iniciando o monitoramento da gestação até o puerpério. Por se tratar de um longo período de tempo, a relação entre o fisioterapeuta e a paciente deve ser recíproca, e para isso é necessário o empoderamento da mulher, trazer à tona todas as informações essenciais sobre seu corpo e as transformações sofridas durante e depois do parto (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015).

Por conseguinte, Ferreira et al. (2016) afirmam que a participação das consultas de pré-natal são uma oportunidade para a mulher estreitar os laços com o fisioterapeuta e acompanhar a gestação do bebê, de maneira que possa acontecer a materialização da criança, pois essa experiência demonstra uma visão subjetiva das informações obtidas pela mãe.

Nesse contexto, a atenção pré-natal no Brasil é regida pelas diretrizes do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), determinado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2000, que se baseia na humanização do cuidado como condição para o acompanhamento correto da gestação, parto e puerpério. Visa a

assistência completa de qualidade e humanizada, tornando-se essencial para a saúde materna e neonato (FELIX et al., 2017).

É recomendado pelo MS que a gestante tenha direito a, no mínimo, seis consultas para uma gestação a termo, com o início do pré-natal no primeiro trimestre e a realização de determinados procedimentos básicos, que incluem exames clínico-obstétricos e laboratoriais, entre outros (NUNES et al., 2016).

O período gestacional é caracterizado por suas descobertas, emoções e grandes alterações físicas, psicológicas e sociais, de fato um período muito intenso (BRASIL, 2016 apud OLIVEIRA, 2020).

Todas as mudanças durante o ciclo gravídico, sejam elas anatômicas ou bioquímicas, são efetuadas com o objetivo de adaptar o organismo para a nova vida que está sendo gerada. São elas: alterações no sistema cardiovascular, hematológico, respiratório, trato gastrointestinal, sistema tegumentar, urinário, musculoesquelético, nervoso, endócrino e genital. As primíparas são as que mais sofrem com os incômodos ocasionados pelas alterações, além de carregarem consigo a preocupação (BRASIL, 2013 apud OLIVEIRA, 2020).

Durante o período gestacional as mudanças sofridas podem ser variadas em quantidade e intensidade, refletindo até mesmo no núcleo familiar de maneira biopsicossocial, decorrente da alta taxa hormonal e suas variações, essa alteração de valores tem como propósito favorecer e proporcionar uma melhor adaptação à nova vida e a rotina que será implementada (OLIVEIRA, 2020).

A musculatura do assoalho pélvico (MAP) está localizada no encerramento da pelve, sendo formada por músculos, ligamentos e fáscias, sua função é sustentar os órgãos internos, em especial o útero, a bexiga e o reto, e também promover ação esfinteriana para a uretra, reto e vagina, além disso, permite a passagem do feto (BARACHO, 2007 apud SILVA, 2012).

De mesmo modo, o assoalho pélvico é formado por músculos coccígeos e elevadores do ânus, denominados de diafragma pélvico, o qual é atravessado pela vagina na parte da frente e pela uretra na parte do canal anal (FREITAS; MENKE; RIVOIRE, 2002 apud SILVA, 2012). Para a garantia de um posicionamento eficiente da junção uretrovesical, os MAP permanecem em estado de contração constante, em divergência com os outros músculos estriados que compõem o corpo (RETZKY; ROGERS, 1995 apud SILVA, 2012).

Com a gravidez vem a sobrecarga na MAP, pois além de ter que sustentar o peso dos órgãos pélvicos terá que sustentar o peso do bebê e dos anexos embrionários (placenta, líquido amniótico, etc.), aumentando drasticamente quando a mulher está em pé ou sentada (POLDEN; MANTLE, 2002 apud SILVA, 2012). O que pode levar a gestante à incontinência urinária são hábitos urinários inadequados, como não ir ao banheiro quando der vontade de urinar e acabar “segurando” por um longo período de tempo. Esse fato é justificado pelo deslocamento da bexiga e compressão pelo útero gravídico, assim como a perda de força muscular do assoalho pélvico causada pelas alterações hormonais e biomecânicas da gestação. Tudo que foi citado anteriormente pode ser agravado caso haja presença de constipação intestinal crônica, má postura e ganho excessivo de peso (SOUZA, 2002 apud SILVA, 2012).

É possível oferecer um apoio maior ao útero quando as MAP estão bem fortalecidas, diminuindo a pressão sobre a bexiga e as dores lombares, assim como possibilita uma recuperação mais rápida e melhor no pós-parto (POLDEN; MANTLE, 2002 apud SILVA, 2012). O trabalho dessa musculatura deve ser realizado desde o início da gravidez como forma de preparo para o parto, evitando lesões e disfunções que acabam gerando incontinência urinária e fecal, disfunções sexuais e prolapsos viscerais (SOUZA, 2002 apud SILVA, 2012).

Sendo assim, como solução existem os exercícios perianais que proporcionam fortalecimento dos elementos de sustentação e melhora na resistência uretral (MATHEUS, 2006 apud SILVA, 2012).

No decorrer de todo esse processo de transformações, a respiração é dificultada pelo crescimento do útero que comprime o diafragma. Visando uma melhoria no padrão ventilatório há um aumento da circunferência torácica para compensar de alguma forma o déficit causado, tendo como resultado um aumento da frequência respiratória (PINTO et al., 2015 apud OLIVEIRA, 2020).

O aumento nas taxas de gonadotropina coriônica humana traz consigo as tão características náuseas que ocorrem durante o início da gravidez, diminuindo até o final do primeiro trimestre. Já devido ao aumento da progesterona, ocorre a diminuição do tônus do esfíncter esofágico e consequentes quadros de pirose com agravamento de acordo com o crescimento uterino, comprimindo então as estruturas abdominais, já que a progesterona tem propriedades de relaxamento muscular. Outro acometimento é a diminuição do peristaltismo, resultando em constipações,

mais comum em mulheres que já sofrem desse mal antes mesmo do início da gestação (BRASIL, 2013; SILVA et al., 2015 apud OLIVEIRA, 2020).

A divisão da massa corporal ocorre durante a fase gestacional, visto que os distúrbios hormonais se iniciam e influenciam diretamente nessa divisão, tendo como consequência alteração no processo articular e crescimento da região uterina, das mamas, do fluxo sanguíneo, favorecendo a retenção hídrica, fazendo com que a gestante ganhe peso. Todas as alterações acontecem como garantia de um desenvolvimento fetal saudável (TORRES, 2018 apud OLIVEIRA, 2020).

A coluna vertebral fica sobrecarregada por conta do aumento da massa corporal, resultando em alterações na deambulação com a marcha anserina (passos curtos e oscilantes) e diminuição do equilíbrio. Como tentativa de alinhamento corporal o organismo efetua adaptações biomecânicas, consequentes ao crescimento abdominal e mamas que deslocam o centro de gravidade para a frente, anteversão da pelve e anteriorização (BURG, 2016 apud OLIVEIRA, 2020).

Desconforto e dor são resultados das mudanças na estática e na dinâmica do esqueleto, resultando em limitações na realização das atividades do dia a dia e no tocante ao âmbito laboral (MANN et al., 2008 apud MANN, 2010). As dificuldades encontradas são referentes às mudanças na mobilidade do tronco e no controle do movimento, já que houve um aumento de massa e demissões corporais. A gama funcional de movimentos dos segmentos do tronco pode ser diminuída pela justaposição de segmentos do corpo e dificuldades para controlar o aumento do momento angular (OSTGAARD et al., 1993 apud MANN, 2010).

Devido a tais mudanças, a dor se torna algo recorrente na vida de uma grávida, porém existe uma normalidade, algumas mulheres que já apresentavam qualquer tipo de algia antes da gravidez podem passar a ter um aumento em seu nível ou frequência, podendo continuar com os sintomas mesmo depois do parto, prejudicando não apenas sua qualidade de vida, mas se estendendo e atingindo a vida do bebê, que no momento de recém-nascido depende, na maior parte do tempo, dos cuidados maternos (SILVA et al., 2018).

Em contrapartida, as maiores mudanças acontecem diretamente nas articulações do membro inferior, as quais são ocasionadas pelo ganho de massa no segmento em questão. Conseqüentemente, gerando alterações nas acelerações do centro de massa do corpo, cujas estão diretamente ligadas às forças de reação do solo, mesmo que somente parte da carga seja diretamente devido ao peso corporal,

indiretamente, o fator peso do corpo pode influenciar de alguma forma a mecânica das articulações do membro inferior, fazendo uma modificação na função da marcha e do equilíbrio das gestantes. Com isso, as articulações do quadril, joelho e tornozelo são acometidas pelos fatores gravitacionais e de aceleração devido ao ganho de peso. Dessa forma, será necessária uma adaptação dos movimentos e momentos inter-segmentares para melhor adequação à nova forma e inércia do tronco inferior, ocasionando ajustes na postura e na marcha (SANTOS, 1998 apud MANN, 2010).

As maiores queixas relatadas pelas puérperas são relacionadas à dor do períneo, diástase abdominal, dor nas costas, dor na sínfise púbica, complicações do trato e gastrointestinal e ingurgitamento mamário (LIZ et. al, 2013 apud COELHO, 2021).

Nesse sentido, existem métodos utilizados para o controle da dor do trabalho de parto, servindo de suporte à parturiente em seu momento mais vulnerável, tendo como resultado o bem-estar mãe-filho (SILVA et al., 2018).

O Ministério da Saúde considerou a importância do acompanhamento ao trabalho de parto, visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal, e também considerando a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal. Instituiu, então, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, o qual estabelece os princípios da atenção que devem ser prestadas, e exorta estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu devido papel, propiciando a cada mulher o direito de cidadania mais elementar, dar à luz obtendo uma assistência humanizada e de boa qualidade (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

O parto normal propicia um melhor atendimento aos serviços de saúde e necessita ser adotado pelos gestores e profissionais de saúde para que a comunidade possa ter um cuidado integral e humanizado. Sob o mesmo ponto de vista, a fisioterapia está cada vez mais atrelada com o cuidado humanizado, em que a forma de cuidar faz o diferencial na vida de cada uma das parturientes, principalmente no aspecto psicológico, tendo em vista o esforço biológico ao qual a mesma foi submetida no momento do parto (LIMEIRA et al, 2018).

Gomes (2011) afirma que no período de puerpério a parturiente volta ao seu estado pré-concepcional, o qual pode ser dividido em imediato, tardio e remoto, e tem início com aproximadamente duas horas após a saída da placenta e seu término é imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar, seus ciclos menstruais não retornarão completamente à normalidade. Logo, o puerpério divide-se, didaticamente em: imediato, do 1º ao 10º dia; tardio, do 11º ao 42º dia e remoto, a partir do 43º dia. À vista disso, as mudanças fisiológicas e físicas ocorrem de forma constante, e devem fazer parte do conhecimento da paciente assim como todas as variáveis que tenham a possibilidade de ocorrer durante esse momento tão delicado.

## **ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL**

Ao longo do pré-natal são aplicados programas de exercícios para a melhora da qualidade de vida da gestante, juntamente com orientações que são fornecidas sobre a realização das atividades cotidianas, já que serão necessárias adaptações por conta das circunstâncias causadas pela gestação. O programa de exercícios deve ser elaborado para cada gestante em sua individualidade, composto por exercícios de leve intensidade com o objetivo de melhorar a flexibilidade, força e condicionamento físico para o avanço do ciclo gravídico-puerperal, porém sem levar a gestante à fadiga ou exaustão (STERNFELD, 1995; POLDEN; MANTLE, 1997; KISNER; KONKLER, 1998; ROCHA; SOUZA, 1999; ST. JOHN-REPOVICH, 1999; SILVEIRA, 2003; O'CONNOR; STEPHENSON, 2004 apud SILVA, 2013).

De todos os benefícios concedidos pela fisioterapia, o acompanhamento da gestante na prevenção e na melhora dos desconfortos musculoesqueléticos têm seu destaque, já que as alterações podem ser minimizadas através de exercícios e técnicas de relaxamento. E como consequência trazem uma redução na sensação de desconforto, principalmente nas dores na parte superior ou inferior das costas, que são tratadas por meio de compressas quentes, massagem, exercícios para correção de postura ao carregar, empurrar, arrastar e alcançar objetos (STEPHENSON E O'CONNOR, 2004 apud SOUZA, 2016).

A conscientização da gestante em relação a sua postura deve ser adquirida através do fisioterapeuta, assim como o desenvolvimento da potencialidade dos músculos com a finalidade de aptidão para o convívio com as exigências extras ocasionadas pela gravidez e conseqüentemente o parto. Todo esse processo será realizado através da anamnese e avaliação física (TRIBISTONE 2001 apud SOUZA, 2016).

Uma das maiores queixas das mulheres no pós-parto é a incontinência urinária, para que isso não aconteça a atuação do fisioterapeuta é essencial no pré-parto, revelando então a importância do acompanhamento antes mesmo do momento do parto. Dessa forma, o fisioterapeuta e a gestante trabalharão juntos para o fortalecimento do assoalho pélvico através de exercícios e estímulos para o ganho de força muscular dos membros inferiores, lombares e abdominais, assim como exercícios respiratórios, relaxamento, correção da postura, flexibilidade e

alongamento, visando sempre o bem-estar em todos os períodos gestacionais (SILVA et al., 2018).

Além disso, uma das condutas é estimular, desde o pré-natal o uso adequado dos músculos respiratórios por meio da respiração espontânea, diafragmática, natural e leve, através de treinamentos de exercícios respiratórios e de prensa abdominal para que durante o parto a mulher já esteja conscientizada e consiga desviar a atenção das dores e beneficie a sua oxigenação e a do bebê, além de saber responder melhor às contrações e ficar mais confiante em como se comportar e auxiliar no desenvolvimento adequado do período expulsivo (BAVARESCO et al., 2011).

Muito se diz sobre o auxílio fornecido pelos profissionais no que diz respeito às alterações fisiológicas, mas também deve-se destacar a atuação no tocante ao emocional da gestante, a parte psíquica tem grande influência em toda essa nova fase (SILVA et al., 2018).

Para melhor atender às gestantes é evidenciado o uso da Neuroeletroestimulação Transcutânea ou *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS) entre os profissionais da fisioterapia obstétrica, produzindo analgesia por meio da ativação de receptores sensoriais periféricos, atuando através do fenômeno das portas de dor, aumentando a produção de endorfinas. Esse método é considerado não farmacológico. Do mesmo modo, a massagem durante o trabalho de parto também é outro método não farmacológico utilizado. Essa técnica pode ser realizada em todo o corpo desde que a parturiente se sinta confortável para recebê-la. Há várias formas de executar tal massagem:

- massagem do tecido conjuntivo nas zonas reflexas do baixo ventre e na região sacral;
- massagem leve e suave realizada com as mãos abertas de um lado ao outro na região do baixo ventre;
- massagem através de batidas leves com os dedos no baixo ventre de um lado para o outro;
- deslizamento da região sacrococcígea até as cristas ilíacas;
- massagem profunda sobre a região sacral;
- massagem com as duas mãos sobre as articulações sacroilíacas, no sentido longitudinal do occipital até o cóccix, paralelamente à coluna vertebral.

No que se refere às limitações na atuação dos fisioterapeutas obstétricos, observa-se que uma grande parte dos hospitais e maternidades não oferecem atendimentos fisioterapêuticos às suas gestantes. Logo, verifica-se que ainda existe um longo caminho a percorrer até que todas essas mulheres tenham acesso a um atendimento obstétrico mais acolhedor e humanizado, que supra todas as suas necessidades, respeite a sua individualidade e garanta satisfação para a família que acaba de aumentar (BAVARESCO et al., 2011).

## **ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA DO PÓS-PARTO**

Durante o trabalho de parto, as gestantes necessitam de profissionais qualificados para prestar um cuidado voltado a sua necessidade, logo, o fisioterapeuta exerce um papel muito importante na preparação da gestante para que haja de fato um parto humanizado, realizando ações como respeitar as vontades da gestante, orientá-la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, ajudá-la, com o propósito de fazer desta experiência um marco em sua trajetória pessoal (ALENCAR et al., 2019).

Assim, é percebido que a qualidade da formação pode ser um grande fator limitante para uma assistência inadequada prestada à parturiente. A atualização do ensino, nesse caso, deverá fazer parte da formação por meio da educação permanente, tornando-se fundamental para possibilitar uma assistência de qualidade e com uma perspectiva humanística na área da fisioterapia (GOMES; MOURA, 2012).

Primeiramente, para o auxílio fisioterapêutico ocorrer, a puérpera precisa se submeter a uma avaliação clínica realizada antes do início da intervenção, onde são verificadas as características das mamas e a amamentação para uma melhor orientação em relação às possíveis alterações nas mamas que podem dificultar, de certa forma, a amamentação, e também em relação às posturas que entregam melhor conforto para esse momento. Além disso, é verificada se há a presença de dor na região lombar e sacral, incontinência urinária, percussão abdominal, cinesia diafragmática, involução uterina, contração do assoalho pélvico, edema de membros inferiores, diástase dos músculos reto abdominais e uso da musculatura acessória para contração do assoalho pélvico (BURTI et al., 2016 apud COELHO, 2021).

O retorno venoso necessita ser estimulado para evitar a estase venosa mediante exercícios metabólicos de extremidades. Sendo assim, quando houver a presença de edemas ou veias varicosas, faz-se necessário o uso de meias antiembólicas, repouso com os membros inferiores elevados e manobras de drenagem manual (POLDEN; MANTLE, 1997 apud SILVA, 2012).

A função intestinal volta a sua normalidade quatro dias após o parto com o auxílio de exercícios de mobilização da pelve em decúbito lateral, dorsal com flexão de quadril e joelhos ou sentada na bola suíça, lento, com movimentos curtos e

repetidos até dez vezes, simultaneamente com a respiração, onde a inspiração deve ser realizada durante a anteversão e expiração durante a retroversão associada à contração da musculatura abdominal. A relevância da deambulação precoce se encontra na estimulação do peristaltismo intestinal que é reduzido nesse período, também serve como profilaxia de tromboembolismo (SOUZA, 1999; STEPHENSON; O'CONNOR, 2004 apud SILVA, 2012).

A diástase abdominal é identificada por intermédio de palpções de dois dedos acima do umbigo com a flexão anterior do tronco da puérpera, verificando se há a presença de diástase do músculo reto abdominal. Pode-se classificar como normal e de recuperação espontânea, sem complicações, aquela cuja diástase se estende em dois dedos, equivalente a três centímetros supraumbilicais, de acordo com os critérios de Noble. A atividade da musculatura abdominal se inicia na posição de decúbito dorsal com o quadril e joelho fletidos através da propriocepção e da contração isométrica do transversos abdominal, com o objetivo de recuperar a tonicidade da musculatura que se tornou flácida e fraca (POLDEN; MANTLE, 1997 apud SILVA, 2012).

As alterações musculoesqueléticas sofridas no corpo da mulher podem ser carregadas durante muitos anos, sendo tratadas pelo fisioterapeuta. Ele irá estimular a tonificação e o fortalecimento da musculatura abdominal e pélvica, evitando complicações que possam surgir (FRANCHI et al., 2016 apud COELHO, 2021).

A fisioterapia traz consigo uma importância muito significativa quando o assunto é puerpério, pois auxilia na recuperação, prevenção e tratamento das alterações sofridas, e também ajuda concedendo as orientações gerais. A assistência pós-parto efetuada pelo fisioterapeuta precisa respeitar um limite de seis horas, em seguida, pode ter seu início (SOUZA, 1999 apud SILVA, 2012).

No puerpério imediato a intervenção fisioterapêutica promove a orientação para as melhores posições no leito, redução da função respiratória, estimulação do sistema circulatório, restabelecimento da função intestinal, reeducação dos músculos abdominais e da musculatura do assoalho pélvico, também auxilia a mãe em relação aos cuidados gerais com as mamas e com o bebê, as posturas que devem ser evitadas e esclarece a necessidade da continuidade do acompanhamento fisioterapêutico (SOUZA, 1999 apud SILVA, 2012).

Uma posição que melhora a eliminação dos flatos, incentiva a deambulação precoce, alivia as tensões musculares e promove analgesia é a de decúbito lateral,

deve ser indicada pelo fisioterapeuta através de orientações (SOUZA, 199 apud SILVA, 2012).

Com o novo ciclo que se inicia, a puérpera dedicará a maior parte de seus minutos ao bebê, principalmente, amamentando, trocando fraldas e dando banho. Tais atividades podem ocasionar dores na coluna, em sua maioria, na região cervical por conta da má posição escolhida pela mãe. Pela mesma razão acabará gerando um incômodo que atrapalhará, conseqüentemente, nas atividades diárias. Nesse momento entra a orientação do fisioterapeuta sobre as posturas corretas a serem executadas no momento das atividades, sem gerar dano (POLDEN; MANTLE, 1997 apud SILVA, 2012).

A ocorrência de cervicalgias tem seu ápice durante o puerpério tardio, podendo ser evitada com orientações gerais em relação à postura correta e alongamentos. O uso das técnicas de calor é indicado por seus efeitos terapêuticos. Em seguida, alongamentos da região cervical, técnicas de massagem e de liberação miofascial podem ser realizadas para potencializar o resultado (KITCHEN; BAZIN, 1998 apud SILVA, 2012).

No momento da amamentação uma cadeira deve ser utilizada com um travesseiro para o apoio da lombar e outro em seu colo para levantar o bebê, os pés precisam estar apoiados no chão ou em um banco (POLDEN E MANTLE, 1997 apud SILVA, 2012).

Para a troca de fraldas do bebê será preciso uma superfície com altura suficiente para estar próxima à cintura da mãe impossibilitando a ocorrência da flexão de tronco, o que pode ocasionar estresse e posteriores algias. Caso a posição anteriormente retratada não seja da preferência da mãe, a troca pode ser efetuada ao nível do solo, semiajoelhada e sentada sobre o calcâneo, oferecendo uma postura correta e sem incômodos (POLDEN; MANTLE, 1997; DIFIORI, 2000 apud SILVA, 2012).

Durante o período gestacional, o centro de gravidade do corpo da mulher passa por uma modificação, logo, a mulher precisará adequar sua postura para suprir tal alteração, como consequência, a curvatura lombar e torácica ficará mais acentuada, após a passagem para o momento pós-parto, esses desvios posturais continuam em evidência, precisando então de tratamento. Posto isto, cada caso tem sua individualidade e necessidade, tornando a avaliação postural algo fundamental. Do mesmo modo, pode ser utilizada a bola suíça para a reeducação postural, já que

ela aumenta a percepção proprioceptiva de alinhamento postural, treina coordenação e equilíbrio (CARRIÈRE, 1999 apud SILVA, 2012).

Outro coadjuvante para uma evolução mais rápida são os alongamentos musculares, contribuindo significativamente para redução da tensão muscular e melhora da postura, entretanto, necessita-se dar uma atenção para o efeito remanescente da relaxina no organismo, em especial sobre as articulações. Por outro lado, o alongamento para ampliar a flexibilidade não é indicado da 16<sup>a</sup> a 20<sup>a</sup> semana do período de pós-parto. Caso o alongamento seja para a manutenção do comprimento muscular, ele pode ser realizado a qualquer momento (DIFIORI, 2000 apud SILVA, 2012).

A recuperação pós-parto pode ter um significativo auxílio: o condicionamento físico, contribuindo na reabsorção do excesso de líquidos que foram retidos durante o período gestacional, aumento do retorno venoso e conseqüentemente diminuição da estase das veias varicosas, melhora da eficiência do coração e dos pulmões decorrendo em uma maior facilidade para a realização das tarefas diárias, diminuição do estresse e ansiedade e colaboração para a perda de peso (DIFIORI, 2000 apud SILVA, 2012).

Os exercícios são excelentes para uma boa recuperação, porém deve-se atentar para a questão da relaxina, logo, a escolha deve ser sucinta. Se a amamentação se postergar, o efeito dessa substância será mais evidente nas articulações e se postergará também. Por mais que a atividade física tenha efeitos positivos, existem também as contraindicações, já que exercícios com alta intensidade podem causar redução na quantidade de leite disponível para a próxima amamentação e trazer um sabor ácido ao leite, gerado pelo ácido láctico. Para melhor aproveitamento do treino, ainda mais visando uma melhora na parte cardiovascular, é necessário dividir em aquecimento, treino cardiovascular e resfriamento, sendo mais apropriado atividades de baixo impacto (DIFIORI, 2000 apud SILVA, 2012).

Em casos de puérperas com melancolia ou depressão, a importância dos exercícios físicos é mais elevada por proporcionarem a recuperação da autoconfiança, melhora da resistência física e diminuição da fadiga. Vale ressaltar que é necessário incluir dentro do tratamento técnicas de relaxamento. Existe uma larga escala de opções para métodos que podem ser utilizados, porém precisam estar sempre associados à respiração profunda para redução do estresse,

ansiedade e todas as consequências físicas que são provocadas pelas atividades (DIFIORI, 2000 apud SILVA, 2012).

O profissional pode dar início ao seu atendimento com a redução diafragmática, por meio de propriocepção em decúbito dorsal ou sentada, colocando as mãos da puérpera sobre o tórax e abdômen durante uma profunda respiração (SOUZA, 1999; STEPHENSON; O'CONNOR, 2004 apud SILVA, 2012).

No puerpério imediato, o assoalho pélvico precisa ser exercitado, já que houve um enfraquecimento durante a fase gestacional (POLDEN; MANTLE, 1997 apud SILVA, 2012).

Durante o puerpério os exercícios têm como finalidade o ganho de força da musculatura do assoalho pélvico e abdominal, condicionamento físico, reeducação postural e abdominal e relaxamento (POLDEN; MANTLE, 1997; DIFIORI, 2000 apud SILVA, 2012).

Para um resultado satisfatório, os exercícios com foco na reabilitação do assoalho pélvico precisam ser executados com uma certa frequência e de maneira gradativa, associados a diversas posições, como em decúbito dorsal, lateral, ventral, em pé, sentada e de cócoras (CARRIÈRE, 1999 apud SILVA, 2012).

Para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico são recomendados exercícios durante toda a fase de evolução da mulher, principalmente na fase gestacional e pós gestacional. A disfunção sexual, a incontinência urinária de esforço e outros prolapso genitais e complicações são ocasionados pelo enfraquecimento do períneo (BARACHO, 2007, apud SILVA, 2013). De acordo com Santos (2004), a importância do controle palpatório intravaginal e a presença de um fisioterapeuta para orientação é justificado pelo fato da maior parte das mulheres serem incapazes de executar uma contração somente pela instrução verbal (SILVA, 2013).

À vista disso, os exercícios perineais têm por benefício o fortalecimento dos elementos de sustentação, melhorando a resistência uretral (MATHEUS, 2006 apud SILVA, 2013).

A incontinência urinária pode ser tratada com intervenções fisioterapêuticas que garantem a eficácia do tratamento, seja qual for sua causa ou gravidade (CLEMENTE et al., 2014; SYAN; BRUCKER, 2015 apud ALMEIDA, 2020). Contudo, existe uma falha na continuidade dos cuidados pelos profissionais da saúde, pois não indicam o tratamento fisioterapêutico como prioridade em opção terapêutica.

Todo esse transtorno acontece por falta de estudo e conhecimento de toda equipe da saúde que não tem ciência da atuação da fisioterapia nessa área (CREFITO, 2019 apud ALMEIDA, 2020).

A avaliação funcional do assoalho pélvico e prescrição de exercícios podem ser realizadas pelo fisioterapeuta juntamente com a equipe médica e equipe de enfermagem (ROCHA et al., 2016 apud ALMEIDA, 2020).

Sendo assim, os exercícios terapêuticos devem ser oferecidos desde a primeira gestação com o objetivo de prevenir a incontinência urinária (Ó'NEILL et al., 2016 apud ALMEIDA, 2020).

Já o tratamento em si tem por objetivo melhorar a função e a força do assoalho pélvico, impedindo perdas urinárias. A melhora do tônus e das pressões da uretra só são alcançadas por meio de contrações conscientes e efetivas nos momentos de aumento da pressão intra-abdominal (FITZ et al., 2012; PEREIRA; ESCOBAR; DRIUSSO, 2012 apud ALMEIDA, 2020).

O sistema urinário e a musculatura do assoalho pélvico são gravemente afetados durante o período da gravidez por estarem associados às mudanças anatômicas ocorridas por todo o corpo, trazendo consigo, então, vazamentos de urina ao decorrer do terceiro trimestre (BO; MORKVED, 2014 apud ALMEIDA, 2020).

A fisioterapia está presente na conscientização e aprendizagem da contração dessa musculatura por meio de cinesioterapia, eletroterapia e, sem dúvidas, nas orientações (GLISOI; GIRELLI, 2011 apud ALMEIDA, 2020).

A incontinência urinária não se limita apenas ao período gestacional, podendo se estender até o puerpério por consequência das mudanças mecânicas associadas ao aumento da pressão infra-abdominal sobre o assoalho pélvico (PRICE; DAWOOD; JACKSON, 2010 apud ALMEIDA, 2020).

Os exercícios para o fortalecimento abdominal iniciam-se apenas após avaliação, onde será examinada se há a presença de diástase do reto abdominal, já o assoalho pélvico pode ser fortalecido em todas suas posições. Em suma, a contração isométrica do transverso abdominal tem por necessidade sua realização em todas as posições (POLDEN; MANTLE, 1997; DIFIORI, 2000 apud SILVA, 2012).

Uma maneira eficiente para a diminuição da diástase abdominal são os exercícios de cinesioterapia, já que eles reduzem a separação da musculatura e proporcionam o fortalecimento muscular dos músculos da pelve e do abdômen,

enfatizando em exercícios isométricos e isotônicos, pois estes proporcionam a recuperação da tonicidade e da força muscular. Outro método utilizado com frequência é o Pilates, que leva a uma melhora no condicionamento físico e mental, capacidade respiratória e alívio de problemas relacionados ao estresse, diminuindo então a fadiga e a tensão, como consequência há uma diminuição dos maus hábitos (COELHO, 2021).

A mulher, neste período, também deve ser orientada sobre a importância da continuidade do acompanhamento fisioterapêutico, incentivando a não desistência. Para o pós-parto tardio, os tratamentos têm o objetivo de reeducar a função respiratória, tratar as possíveis complicações e desconfortos musculoesqueléticos (incontinência urinária de esforço, cervicalgia e tenossinovite), reeducar e ganhar força da musculatura do assoalho pélvico e reeducar os músculos abdominais (HEBERT; XAVIER, 1998; PRENTICE; VOIGHT, 2003 apud SILVA, 2012).

No estudo em questão foi relatada que as alterações hormonais causam diversas mudanças que alteram a biomecânica dos tecidos, desse modo, o número de puérperas que sofrem com o afastamento das fibras musculares por ocasião do crescimento uterino tende a ser grande. Mas nada está perdido, a recuperação é gradativa quando o atendimento fisioterapêutico é iniciado no puerpério imediato, outro benefício proveniente desse atendimento é a prevenção de problemas futuros (VASCONCELOS et. al, 2017 apud COELHO, 2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atual sociedade é perceptível uma falta de conhecimento das atribuições da fisioterapia, enquanto algumas áreas de atuação se sobressaem, outras não fazem parte da ciência da população, levando à desvalorização e não reconhecimento. Como exemplo, vale citar a atuação do fisioterapeuta no período gestacional, que para muitos se restringe apenas ao puerpério, excluindo toda e qualquer possibilidade de prevenção ou auxílio no momento do parto.

Devido ao exposto, o presente estudo teve como objetivo principal relatar os benefícios da fisioterapia no período gestacional e puerpério. Essa análise foi feita através de uma revisão bibliográfica da literatura, com busca metodológica pré determinada pelas autoras.

Portanto, nota-se o quanto a fisioterapia na obstetrícia pode contribuir de forma positiva na fase do pré e pós-parto normal na vida da gestante. Nesse momento, a fisioterapia intervirá para diminuir ao máximo o desconforto apresentado decorrente das alterações ocorridas no corpo, evidenciando, então, a importância do fortalecimento muscular, tornando o pré e pós-parto mais seguro e tranquilo, além de auxiliar nos movimentos necessários durante o parto. Com isso, podemos observar que no pré-parto o fisioterapeuta auxiliará a gestante a ter uma melhor conscientização sobre o seu corpo, gerando uma melhor postura corporal, trabalhando em cima da preparação da musculatura do assoalho pélvico, prevenção e tratamento das dores musculares e articulares, além de reduzir câimbras e edemas, induz que a mesma realize exercícios para a preparação para o parto, melhora a capacidade respiratória, previne que ocorra a diástase abdominal e incontinência urinária. Já no pós-parto contribui para que a mãe possa readquirir a forma física e a prevenção de problemas como fraqueza abdominal e dor na coluna, além de reorganizar o corpo, buscar as causas e aliviar as dores. Caso a puérpera tenha adquirido diástase, o fisioterapeuta terá função de auxiliar com exercícios especializados para estabilidade e fechamento desse afastamento muscular, também irá auxiliar no momento da amamentação, onde diversas mulheres encontram dificuldade. Conclui-se que a fisioterapia tem um olhar global, enxerga como um todo, entendendo necessidades e carências específica de cada indivíduo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, A. J. C et al. Assistência de enfermagem durante o parto natural humanizado. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 13, n. 47, p. 376-382, out. 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672007000400018#:~:text=A%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%A2ncia%20ao,direitos%20de%20cidadania\(19\)>](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000400018#:~:text=A%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%A2ncia%20ao,direitos%20de%20cidadania(19)>)>. Acesso em: 24 abr. 2021.

ANDRADE, D. C. **Importância do fortalecimento do assoalho pélvico em gestantes**. 2021. 63 f. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) – Centro Universitário AGES, Paripiranga, 2021.

BARACHO, E. **Physiotherapy Applied to obstetrics, urugynecology and aspects of mastology**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BAVARESCO, G. Z. et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 16, n. 7, Rio de Janeiro, jul. 2011. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232011000800025](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800025)> Acesso em: 19 abr. 2021.

BØ, K.; MØRKVED, S. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review. **Br J Sports Med**, n. 48, p. 299-310, 2014.

CLEMENT, K. D. et al. Urodynamic studies for management of urinary incontinence in children and adults: A short version Cochrane systematic review and meta-analysis. **Neurourology and Urodynamics**, v. 34, n. 5, p. 407-412, 2014.

COELHO, S.R.A. et al. Fisioterapia na pós gestação. **Recima21**, 2021.

FELIX, R. S. et al. O enfermeiro na atenção pré-natal às mulheres em sistema carcerário. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3936-3947, set. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15187/24357>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FERREIRA, I. S. et al. Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal. **Revista Rene**, v. 17, n. 3, p. 158-223, set./jun. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3444>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FITZ, F. et al. Biofeedback for the treatment of female pelvic floor muscle dysfunction: a systematic review and meta-analysis. **Int Urogynecol J**, v. 11, n. 23, p. 1495-1516, 2012.

GLISOI, N.; GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Bras Clin Med**, v. 6, n. 9, p. 408-413, 2011.

FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GOMES, A. O.; NEVES, J. B. O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, Unileste, v. 4, n. 2, nov./dez. 2011. Disponível em: <<https://unileste.catolica.edu.br/portal/wp-content/uploads/2020/11/O-ENFERMEIRO-NA-ASSISTENCIA-A-PUERPERA-NA-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo Humanizado de Atenção ao Parto no Brasil: Evidências na Produção Científica. **Rev. Enferm UERJ**, v. 20, n. 2, p. 248-53, abr./jun. 2012. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4073>>. Acesso em: 24 abr. 2021.

KISNER, C.; KONKLER, C. J. Princípios de exercícios para pacientes obstétricas. In: KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios Terapêuticos**: fundamentos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Manole, 1998. p. 581-613.

LUIS, L. A et al. A intervenção fisioterapêutica no preparo e durante o parto natural. **Faculdades Integradas de Fernandópolis**, v. 1, n. 2, p. 1-10, 2019. Disponível em:

<[http://www.fef.br/upload\\_arquivos/geral/arq\\_594064eb13155.pdf](http://www.fef.br/upload_arquivos/geral/arq_594064eb13155.pdf)> Acesso em: 19 abr. 2021.

MANN, L.; KLEINPAUL, J. F.; TEIXEIRA, C. S.; KONOPKA, C. K Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 99-105, 2008a. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1944&dd99=view> Acesso em: 20 de abr. de 2021.

MANN, L.; KLEINPAUL, J.F.; MOTA, C.B.; SANTOS, S.G. Alterações biomecânicas durante o período gestacional. **SciELO Brasil**, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/motriz/a/V4DbJt6QcVqjRmVzZVkyLNy/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 28 de nov. de 2021.

MATHEUS, L. M. et al. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Rev. Bras. Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 4, out./dez. 2006.

MELO, E. C; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt\\_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf)> Acesso em: 15 abr. 2021.

NUNES, J. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-61, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

OLIVEIRA, T. L. et al., **Desvelando as alterações fisiológicas da gravidez: estudo Integrativo com foco na consulta de enfermagem**, 2020.

O'NEILL, M. et al. Knowledge of pelvic floor problems: a study of third trimester, primiparous women. **Int Urogynecol J**, v. 16, n. 34, p.1-5, 2016.

OSTGAARD, H. C.; ANDERSSON, G. B.; SCHULTZ, A. B.; MILLER, J. A. Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy. **Spine**, Philadelphia, v. 18, p. 61-65, 1993. Disponível em: [http://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/1993/01000/Influence\\_of\\_Some\\_Biomechanical\\_Factors\\_on.10.aspx](http://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/1993/01000/Influence_of_Some_Biomechanical_Factors_on.10.aspx) Acesso em: 18 de set. 2008.

PEREIRA, V.; ESCOBAR, A.; DRIUSSO, P. Effects of physical therapy in older women with urinary incontinence: a systematic review. **Rev Bras Fisioter**, v. 6, n. 16, p. 463-8, 2012.

POLDEN, M.; MANTLE, J. **Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1997.

POSSATI, A. B et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, ago. 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000400203&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000400203&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 24 abr. 2021.

PRICE, N.; DAWOOD, R.; JACKSON, S. R. Pelvic floor exercise for urinary incontinence. **Maturitas Elsevier**, v. 4, n. 67, p. 309-315, 2010.

RETZKY, S. S.; ROGERS, R. M. A Incontinência Urinária na mulher. **Clinical Symposia**, São Paulo, Novartis, v. 47, n. 3, 1995.

ROCHA, A. et al. Conhecimentos, atitudes e prática de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em relação à incontinência urinária feminina. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 38, n. 11, p. 1-13, 2016.

ROCHA, M. F.; SOUZA, E. L. B. L. Atuação do fisioterapeuta no pré-natal. In: SOUZA, E. L. B. L. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia**: uma visão multidisciplinar. 2. ed. rev. e amp. Belo Horizonte: Helth, 1999. p. 89-104.

SANTOS, G. M. **Avaliação biomecânica do andar durante a gestação**. 1998. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano) Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1998.

SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. **Revista científica Facmais**, v. 6, n. 2, p. 55, 2016. Disponível em: <[scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000400203&script=sci\\_arttext&tlng=PT](http://scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000400203&script=sci_arttext&tlng=PT)> Acesso em: 24 abr. 2021.

SANTOS, L. S; BARBOSA, S. A. C. **Intervenção fisioterapêutica na gestação e no parto de mulheres que realizam o pré natal em unidade básica de saúde**. 2019. 60 f. Monografia (Bacharel em Fisioterapia) – Unisalesiano, Lins, 2019. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/62941.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

SILVA, T. F.; MEJIA, D. P. M. **Relevância da Fisioterapia no período gestacional**. 2013. 12 f. Monografia (Pós-graduação em Urologia, Obstetrícia e Mastologia) – Faculdade Ávila, Goiânia, 2013.

SILVA, M. L. B.; SOUSA, D. P. M. **A atuação da fisioterapia no parto e pós-parto**. 2012. Tese (Pós-graduação em Fisioterapia Intensiva) - Faculdade Ávila, Goiânia, 2012.

SILVA, R. A. B et al. Atuação do fisioterapeuta no período gestacional: uma revisão integrativa de literatura. **ReonFacema**, v. 4, n. 4, p. 1330-1338, out./dez. 2018. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/310/274>> Acesso em: 19 abr. 2021.

SILVEIRA, A. D.; LINHARES, P. S. **A atuação fisioterapêutica na gestante com dor lombar: um estudo de caso**. [SI], 1999. Disponível em: <<http://www.fisioterapia.com.br/publicacoes/arquivos/atuacgeslombard.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SOUZA, P. A et al. Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 11-17, jan./mar. 2013. Disponível em: <DOI: 10.5935/1415-2762.20130002>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SOUZA, E. L. B. L. Considerações de um fisioterapeuta obstetra. In: SOUZA, E. L. B. L. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia: uma visão multidisciplinar**. 2. ed. rev. e amp. Belo Horizonte: Helth, 1999. p. 19-21.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2004.

STERNFELD, B. Physical Activity and Pregnancy Outcome: Review and Recommendations. **Sports Med**, [SI], v. 23, n.1, p. 33-37, 1997.

ST.JOHN-REPOVICH, W. E. et al. Orientações de Exercícios para a Gravidez. In: ARTAL, R.; WISWELL, R. A.; DRINKWATER, B. L. **O Exercício na Gravidez**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999. p. 299-312.

SYAN, R.; BRUCKER, B. Guideline of guidelines: urinary incontinence. **British Journal of Urology**, v. 117, n. 61, p. 20-33, 2015.