



**ATENDIMENTO DE PUÉRPERAS PELA FISIOTERAPIA EM UMA MATERNIDADE
PÚBLICA HUMANIZADA
PHYSIOTHERAPY CARE FOR PUERPER WOMEN IN A HUMANIZED PUBLIC
MATERNITY**

Leidiane da Silva Santos
Michele Pacheco Silva

Nome (s) do (s) autor (es)

Graduando (a) do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Jose.

Orientador

Titulação Acadêmica: Prof. Dr^a Camila Souza Lemos.

RESUMO

O cuidado ao ciclo gravídico-puerperal consiste em uma estrutura de serviços voltados à assistência da gestante, parturiente, puérpera e neonato. o fisioterapeuta é um profissional capacitado e habilitado para atuar na área de Saúde da mulher, pois é uma das especialidades da profissão reconhecida pela resolução N^o 372, de 6 de novembro de 2009, e engloba a obstetrícia e outras, por meio de estratégias de promoção, prevenção e reabilitação. O objetivo geral do estudo foi apresentar a atuação do fisioterapeuta e suas abordagens no puerpério imediato em uma maternidade pública humanizada. Trata-se de uma revisão integrativa. A coleta ocorreu em junho de 2023. Foram consultados para coletadas de dados três bases: MEDLINE, SCIELO e LILACS. Por meio da leitura do resumo encontrados, um número final de 06 atenderam os critérios da revisão e foram selecionados para esta revisão. De acordo com a análise na base de artigos selecionados a intervenção fisioterapêutica é um importante aliado no puerpério imediato tendo como foco o a recuperação da paciente. Pôde-se constatar a eficácia da atuação do fisioterapeuta em puérperas no período pré e pós-parto imediato. Pode-se verificar a abordagem desse profissional ajuda esse público através de orientações e recomendações para o restabelecimento e retorno dos sistemas respiratório, digestivo, musculoesquelético, circulatório e genital ao estado anterior ao pré-gravídico

Palavras-chave: Modalidades fisioterapêuticas, Período pós-parto e Humanização.

ABSTRACT

Care for the pregnancy-puerperal cycle consists of a structure of services aimed at assisting pregnant women, women in labor, postpartum women and newborns. The physiotherapist is a professional trained and qualified to work in the area of women's health, as it is one of the specialties of the profession recognized by resolution No. 372, of November 6, 2009, and encompasses obstetrics and others, through promotion strategies, prevention and rehabilitation. The general objective of the study was to present the role of the physiotherapist and his approaches in the immediate postpartum period in a humanized public maternity hospital. This is an integrative review. Collection took place in June 2023. Three databases were consulted to collect data: MEDLINE, SCIELO and LILACS. By reading the abstract found, a final number of 06 met the review criteria and were selected for this review. According to the analysis based on selected articles,

physiotherapeutic intervention is an important ally in the immediate postpartum period, focusing on the patient's recovery. It was possible to verify the effectiveness of the physiotherapist's work in postpartum women in the pre- and immediate postpartum period. It can be seen that this professional's approach helps this public through guidance and recommendations for the reestablishment and return of the respiratory, digestive, musculoskeletal, circulatory and genital systems to their pre-pregnancy state.

Keywords: Physiotherapeutic modalities, Postpartum period, Humanization

INTRODUÇÃO:

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o cuidado ao ciclo gravídico-puerperal consiste em uma estrutura de serviços voltados à assistência da gestante, parturiente, puérpera e neonato (BRASIL, 2016). Porém, nem sempre esse cuidado é colocado em prática.

A gestação é um evento natural na vida da mulher. Tem início bem antes da concepção, por meio das primeiras relações e identificações da mulher, cruzando pelo ato lúdico infantil, a adolescência, a vontade de ter um filho e a gravidez precisamente dita. Durante esse período, o corpo materno passa por diversas transformações fisiológicas como as mudanças hormonais, o crescimento abdominal, da aréola das mamas e do mamilo, das sensações e cheiros, do aspecto emocional, onde elas passam a vivenciar novos sentimentos como medo, felicidade, angústia, ansiedade e preocupações (SILVA et al., 2020).

No que confere ao puerpério, esse é um momento que tem início logo após o parto e dura em média de seis semanas após este, podendo ocorrer uma variação entre as mulheres, e está relacionado com as mudanças anatômicas e fisiológica no organismo feminino, embora estejam havendo transformações associadas a autoestima, a sexualidade e a reorganização da vida pessoal e familiar, isso tudo tem influência durante a passagem dessa fase, o puerpério pode ser dividido em imediato que dura (1º até 10º dia) e mediato que dura após o 10º dia (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

O período puerperal acontece a involução do útero e a expulsão da placenta (ou dequitação) e prolonga-se pela primeira hora após o parto além da perda que escoam pelo trato vaginal (lóquios) e além disso, pode ocorrer lacerações e edemas na vulva, períneo e vagina, posto que são dilatados para a passagem do feto em um parto vaginal. O assoalho pélvico (AP) pode ficar hipotônico e distendido pela ação dos hormônios,

sobrecarga do bebê e prováveis traumas durante o trabalho de parto. Desse modo, é frequente o surgimento de queixas urinárias, como incontinência urinária (IU), que pode ser uma condição da gestação ou aparecer no puerpério (SILVA, 2021).

Nesse cenário, a presença dos fisioterapeutas nas maternidades tem sido valorizada, especialmente no puerpério no qual se visa prevenir, identificar e tratar as complicações possíveis de ocorrer, promovendo o bem-estar e o retorno rápido a condições pré-gravídicas à mulher.

Logo, o fisioterapeuta é um profissional capacitado e habilitado para atuar na área de Saúde da mulher, pois é uma das especialidades da profissão reconhecida pela resolução Nº 372, de 6 de novembro de 2009, e engloba a obstetrícia e outras, por meio de estratégias de promoção, prevenção e reabilitação. Na obstetrícia, o fisioterapeuta atua conforme o que estabelece a portaria 1459 de 24 de junho de 2011 que determina a rede cegonha, cujo objetivo é garantir a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a assistência humanizada a gestação, parto e puerpério e com os princípios e diretrizes da PNAISM (PADILHA, GASPARETTO, BRAZ, 2016).

Os recursos terapêuticos que podem ser usados pelo fisioterapeuta para intervenção no puerpério são muitos, dentre eles destacam-se os exercícios metabólicos e podem ser iniciados mais ou menos 4 dias após o parto (elevação de quadril, flexão de panturrilhas, caminhadas, entre outros), que consiste em um tipo de treino integrado que ajudam a melhorar a circulação sanguínea, além da promoção da qualidade de vida (DUTRA, ARAÚJO, MICUSSI, 2019).

O objetivo geral do estudo foi apresentar a atuação do fisioterapeuta e suas abordagens no puerpério imediato em uma maternidade pública humanizada. E teve como objetivos específicos: identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas atendidas na maternidade pública; descrever a assistência fisioterapêutica prestada as puérperas na maternidade; descrever os benefícios da assistência fisioterapêutica, e; destacar a importância da reeducação postural em mulheres no puerpério.

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. Para isto, adotou-se as seguintes etapas indicadas para o desenvolvimento da revisão

integrativa da literatura: identificação do tema das questões de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; análise dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta ocorreu em junho de 2023. Foram consultados para coletadas de dados três bases: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), SCIELO e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores através da confirmação dos descritores em Ciências da Saúde (DECs): “Modalidades fisioterapêuticas; Período pós-parto; Humanização” com operador booleano *AND*.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais disponibilizados na íntegra, publicados no idioma português no período compreendido entre os anos de 2013 a 2023 que tenha relação com a temática proposta. Como critérios de exclusão foram artigos de pesquisa, artigos repetidos em diferentes bases de dados, artigos de revisão, teses, dissertações, outros idiomas.

A questão que norteia este estudo é: como deve ser a atuação do fisioterapeuta e suas abordagens no puerpério imediato em uma maternidade pública humanizada?

O estudo se justifica uma vez que são observados vários benefícios do exercício fisioterapêutico no puerpério uma vez que um programa de exercícios ajuda no retorno rápido a condições pré-gravídicas e evita problemas futuros, como: incontinência urinária, má postura, motilidade gastrointestinal reduzida, pouca força abdominal, tendinites, entre outras. (CRUZ; MOREIRA, 2018), mas observa-se que ainda assim são escassos os estudos atuais que abordam o tema.

E a relevância do estudo se dá pois mostrará como o profissional da fisioterapia pode atuar diminuindo várias das complicações no pós-parto e facilitar o retorno da mulher às atividades de vida diária além de aumentar a discussão do assunto na comunidade científica atual.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

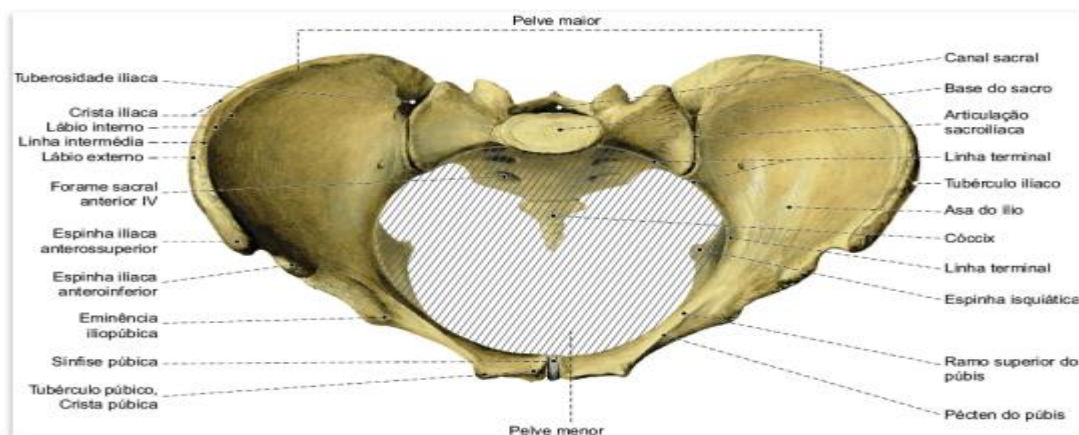
ANATOMIA

Cintura Pélvica Feminina

De acordo com a literatura a pelve (cíngulo do membro inferior) também chamada de osso do quadril é integrada pelos ossos do quadril, sacro e pelo cóccix, e tem diversas funções tais como suporte do peso da porção superior do corpo, estabilização e transmissão para os membros inferiores, viabilizando sentar, ficar em pé e andar. Abriga e protege os órgãos abdominal e pélvicos fornecendo pontos de ligação para os músculos e os órgãos reprodutores (LAROSA, 2018).

Conforme aponta os estudos de Baracho (2018) a cavidade abdominal é contínua com a cavidade pélvica no tronco. A linha terminal que constitui o estreito superior da pelve é um parâmetro anatômico que fraciona a pelve em duas: a superior, chamada de pelve maior (falsa), e a inferior ao estreito, pelve verdadeira (menor). Essa última acopla os órgãos pélvicos (reto, bexiga, útero, vagina, tubas uterinas e ovários) no corpo feminino. A cavidade pélvica verdadeira é delimitada inferiormente pela musculatura chamada de diafragma pélvico. A figura 1 mostra o diafragma pélvico (períneo).

Figura 1: Vista superior da pelve feminina.



Fonte: LAROSA (2018).

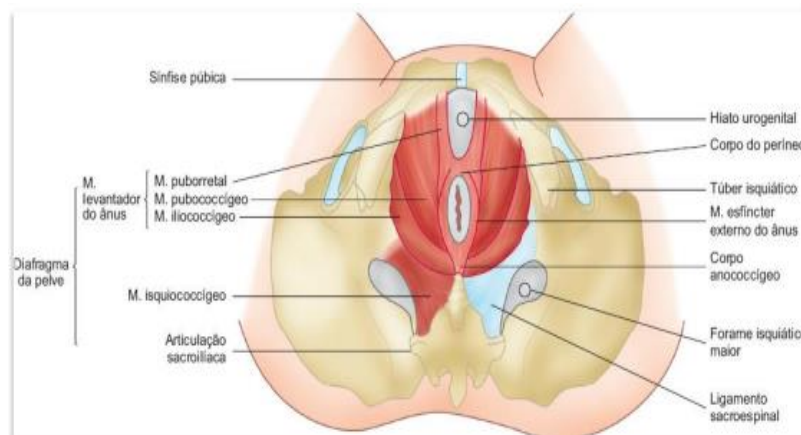
No que confere a cavidade da pelve observa-se que ela é delimitada na parte inferior pelo diafragma pélvico músculo fascial, que se encontra suspenso na parte

superior e desce no centro até a abertura inferior da pelve em formato de funil. Além desse diafragma, outros músculos, fáscias e ligamentos integram o assoalho pélvico, que tem o papel de sustentar órgãos internos, proporciona ação esfínteriana para uretra, vagina e reto, e promove a passagem do bebê no canal do parto. O diafragma da pelve é constituído pela musculatura coccígea e levantador do ânus, além de suas fáscias de revestimento, que se localizam na pelve menor, dividindo a cavidade pélvica acima do diafragma da pelve e o períneo abaixo dele (BARACHO, 2018).

Já o reto e a uretra (e a vagina) cruzam o assoalho pélvico para terem acesso ao ambiente externo. Os músculos levantadores do ânus e isquiococcígeo (coccígeo) constituem o assoalho pélvico, ao passo que o piriforme recobre a face pélvica (anterior) do sacro. O músculo levantador do ânus está afixado na face posterior do púbis, fáscia que recobre o músculo obturador interno na parede lateral da pelve e espinha isquiática. O músculo é classificado em 3 formas (FAIZ; BLACKBURN; MOFFAT, 2013; BARACHO, 2018):

- Puborretal: parte mais medial, mais estreita e espessa do levantador do ânus;
- Pubococcígeo: parte mais larga e intermediária; mas, é a menos espessa da musculatura levantadora do ânus e tem fixação lateral ao puborretal;
- Iliococcígeo: parte posterolateral da musculatura levantadora do ânus, tem sua origem no arco tendíneo e na espinha isquiática, e se forma posterior ao corpo anococcígeo, como mostra a Figura 2 a seguir (FAIZ; BLACKBURN; MOFFAT, 2013; BARACHO, 2018).

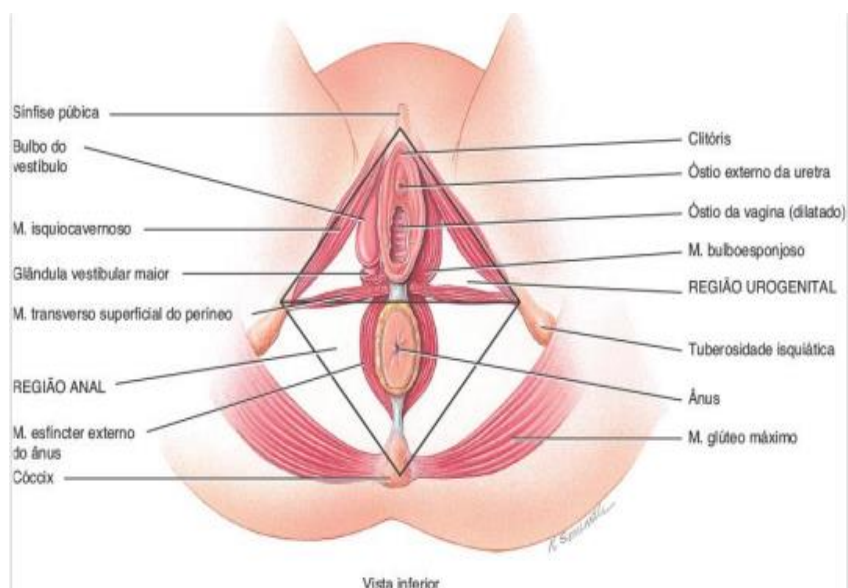
Figura 2: Músculos do diafragma da pelve.



Fonte: BARACHO (2018).

No que tange a região períneo, Larosa (2018) cita que é a área medial entre as coxas e nádegas de ambos os sexos, alojando os órgãos genitais externos e o ânus. É constituído por uma série de músculos; superficialmente, localizam-se os músculos: levantador do ânus, transverso superficial do períneo, isquiocavernoso e bulboesponjoso, ao passo que, na parte profunda, verificam-se os músculos, transverso profundo do períneo e esfíncter da uretra. O períneo tem forma losangular e uma linha que parte do túber isquiático de um lado até o túber isquiático do lado oposto. Tal linha separa o períneo em dois triângulos diferentes: o urogenital, anteriormente, e o anal, posteriormente. (Figura 3) (TORTORA; NIELSON, 2017).

Figura 3: Períneo.



Fonte: TORTORA; NIELSON (2017).

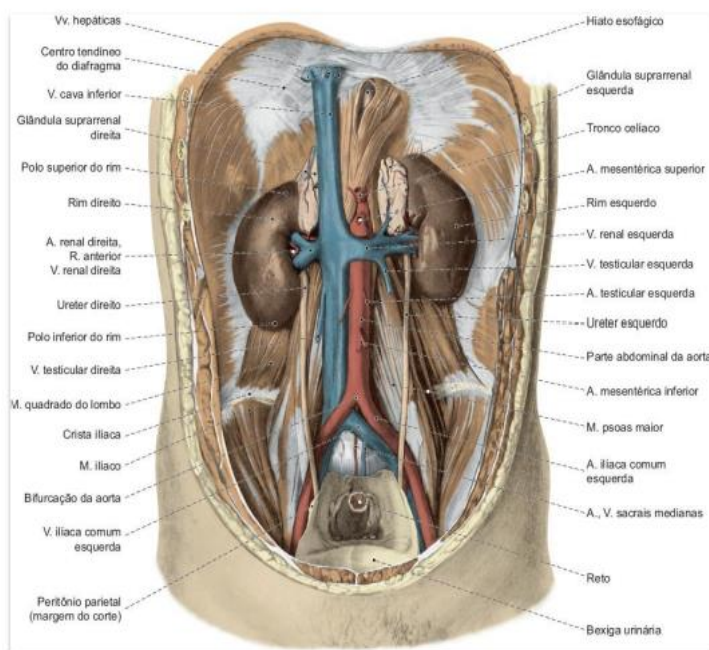
Sistema Urinário Feminino

De acordo com os estudos de Larosa (2018), o sistema urinário é formado pelos órgãos abaixo relacionados (Figura 4):

- Ureteres: dois órgãos tubulares (um para cada rim), que saem dos rins para a bexiga urinária, medem aproximadamente 25 cm e possuem movimentos peristálticos, que transportam a urina.

- Bexiga urinária: Órgão muscular oco em forma de bolsa, encontrado na pelve, que tem como papel armazenar urina.
- Uretra: trata-se do canal que faz a junção da bexiga ao espaço externo, tendo seu começo no óstio interno da uretra, na bexiga urinária. No sexo feminino, é curta e abre-se no óstio externo, localizado no vestíbulo da vagina e com a única função de excretar a urina.

Figura 4: Vista anterior dos órgãos urinários e grandes vasos do abdome.



Fonte: LAROSA (2018).

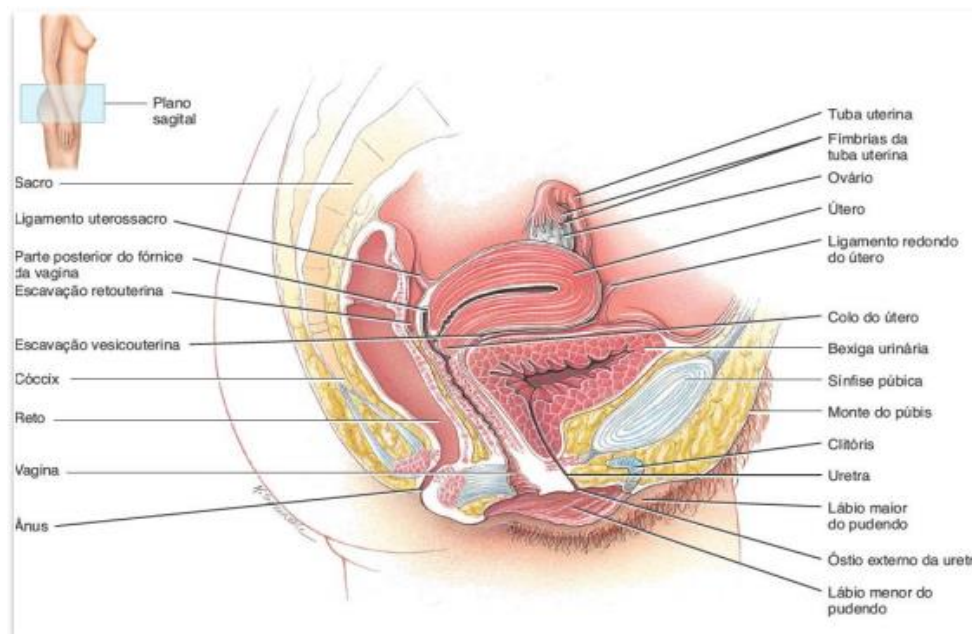
Sistema reprodutor feminino

Conforme os estudos de Santos (2014), o sistema é constituído pelos órgãos internos a seguir (Figura 5):

- Vagina: tubo muscular que une a cavidade uterina com o meio externo. Seu papel é mensurar, receber o espermatozoide e possibilitar a passagem do feto durante o parto normal.

- Ovários: encontram-se no início das trompas uterinas, produção de hormônios (estrógeno e progesterona), que agem nas características sexuais secundárias, agem sobre o útero no processo de implantação do óvulo fecundado, e a no começo da constituição embrionária.
- Trompas ou tuba uterinos: tratam-se de tubos alongados que saem da cavidade abdominal até o útero, transportam os óvulos dos ovários. Os espermatozoides passam pelas trompas na direção oposta ao caminho do óvulo. A fecundação acontece nas nesse órgão.
- Útero: tem o formato de uma pera invertida, localizado na cavidade pélvica, entre o reto e a bexiga. Possui a função de abrigar o embrião durante se por três camadas: endométrio, camada mais interna que sofre modificações no ciclo menstrual; miométrio, camada média, abastecida de fibras musculares lisas, que compõe a maior parte da parede interna do útero; e perimétrio, camada externa, caracterizada pelo peritônio.

Figura 5: Sistema genital feminino.



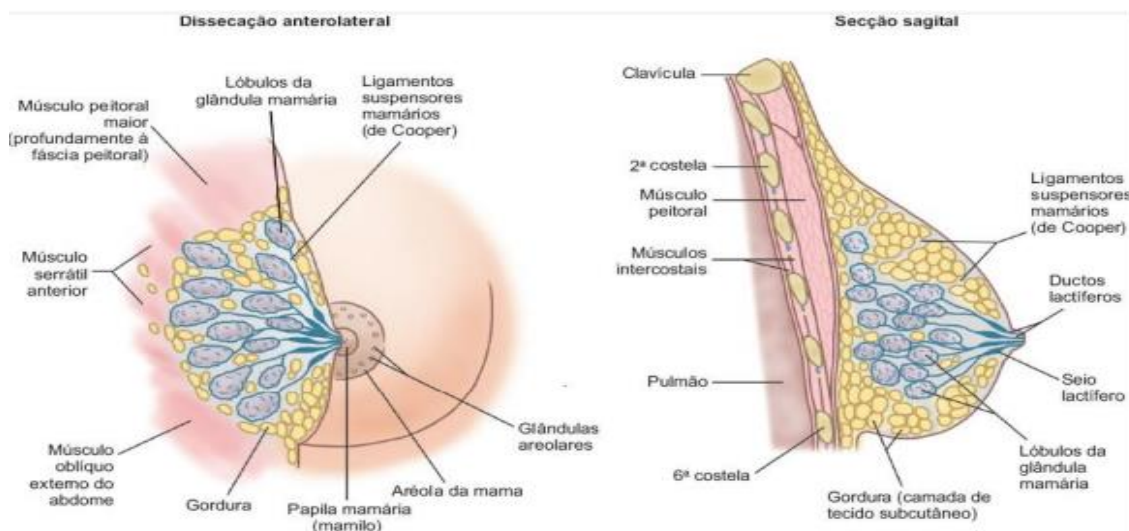
Fonte: TORTORA; NIELSON (2017).

Mamas

De acordo com Tortora e Nielson (2014) cada mama é uma projeção hemisférica de tamanho variável anterior à musculatura peitoral maior e serrátil anterior, e acoplada a eles por uma porção de fáscia constituída por tecido conjuntivo sólido irregular.

São constituídas internamente por tecido adiposo, sustentado por tecido conjuntivo e possuem várias glândulas cutâneas alteradas, onde, depois da gravidez, especializam-se na produção de leite materno. Na parte externa, apontam uma projeção pigmentada, a papila mamária, onde se abrem os ductos lactíferos. Cada mama é coberta por uma aréola mamária, também pigmentada, onde há glândulas sudoríparas e sebáceas. As mamas são divididas entre si pelo sulco intermamário, conforme mostra a Figura 6 (LAROSA, 2018).

Figura 6: Músculos e estruturas da mama.



Fonte: BARACHO (2018).

GESTAÇÃO

Conforme Francisquini et al. (2010) a gestação e o parto são momentos únicos na vida de uma mulher, de modo positivo ou negativo, a depender, entre outros fatores, das orientações e da assistência recebida nessa fase. Os autores ainda citam que o processo de nascer de um filho é um momento de muito amor, realizações, desejos e medos, o que faz com que o casal busque aumentar o conhecimento próprio, apropriação de obrigações e responsabilidades, desenvolvimento familiar e formação de sua história. O

período gravídico-puerperal é uma fase marcante e única na vida da mulher, uma experiência única, permeada de bons sentimentos e não comparável a qualquer outra experiência.

Logo, a gestação é uma vivência de grande importância para a renovação da espécie, representando desse modo, o momento de formação de uma nova pessoa. Esse período começa quando a fertilização se prolonga por um período aproximado a 40 semanas, e se encerra com o parto, ocorrendo grandes mudanças no que tange ao estilo de vida, causando mudanças não só na vida pessoal, mas também na vida do casal e de toda a família. É ainda uma fase de preparo físico, emocional e psicológico, para o nascimento e para a parentalidade (COUTINHO et al., 2014).

Para Valenciano e Rodrigues (2015) as mudanças encontradas ao longo o período gestacional, que é separado em três trimestres diferentes, momentos em que se verificam diversas alterações no comportamento da mulher:

Primeiro trimestre: a mulher sente enjoos normalmente matinais, e sonolência; não se sente bem com determinados tipos de alimentos e aromas. Sente necessidade de urinar com frequência e tem um aumento na sensibilidade mamária.

Segundo trimestre: pode sentir com mais nitidez as alterações em seu corpo. Durante esse período a gestante percebe os movimentos fetais: Outras características comuns são a diminuição de vômitos e náuseas e dos sintomas de mal-estar, podendo ocorrer um aumento de varizes devido ao volume da circulação sanguínea, o surgimento da linha nigra no ventre, aumento de apetite e micção com mais frequência.

Terceiro trimestre: após a 20ª semana de gestação as adaptações posturais são mais perceptíveis, podendo ser percebido um crescimento maior do abdômen e das mamas, ocasionando o deslocamento do centro de gravidade para frente e alterações importantes. No terceiro e último trimestre, as gestantes, poderão ser tomadas pela ansiedade (VALENCIANO; RODRIGUES, 2015, p. 22).

A gestante passa por uma fase com mudanças da esfera biológica e psíquica e tais repercussões diferem de mulher para mulher e da idade gestacional (DA SILVA et al., 2015).

Modificações fisiológicas no período gestacional

A gestação acarreta profundas mudanças na anatomia, fisiologia e biomecânica para aguentar o desenvolvimento e o crescimento do feto. Depois da fertilização o corpo da mulher começa a passar por muitos ajustes e que duram ao longo da gravidez. As

mudanças que acontecem durante o período gestacional, podem ser locais quando acometem órgãos e estruturas específicas, como vagina, útero, ovários, vulva e mamas. E outras que implicam os sistemas de forma geral, como o urinário circulatório, respiratório etc., e são chamadas de mudanças sistêmicas (SILVA; MARQUES; AMARAL, 2019).

Já no que tange ao sistema cardiovascular, verifica-se que o volume de sangue se eleva paulatinamente de 35 a 50% ao durante toda a gravidez, e volta ao normal aproximadamente depois de 6 a 8 semanas após o parto. Ao ficar em pé ocorre uma elevação da pressão venosa nos membros inferiores oriundas do aumento do tamanho do útero e na distensibilidade venosa. O tamanho do coração aumenta e seu posicionamento fica maior, em função do movimento do diafragma. As modificações no ritmo cardíaco também são frequentes na gravidez (BIM; PEREGO, 2007).

Baracho (2018) aponta que referente à concentração de estrogênios circulantes, a elevação acarreta retenção de sódio e água, e por efeito um aumento na água do corpo. As alterações mais importantes ocorrem com o débito cardíaco e a vasodilatação periférica, porque a pressão arterial (PA) e a frequência cardíaca (FC) apresentam desfechos menos expressivos.

Em relação às mudanças na atividade pulmonar, estas acontecem em função dos problemas posicionais oriundos do aumento da camada uterina e estímulos hormonais de progesterona. A amplitude e a frequência das incursões respiratórias se elevam, o que acarreta um aumento da capacidade inspiratória em decorrência de uma redução no volume residual funcional. As adaptações demandam uma elevação de diâmetro de 2,0 cm da caixa torácica, em 4,0 cm do diafragma, a expiração mais prolongada, aumentando a concentração de O₂ no sangue a mãe e a por efeito, redução de CO₂. As vias respiratórias superiores também passam por alterações, sendo frequente a congestão nasal, o edema de mucosa, a vasodilatação, a elevação de secreções e o surgimento de coriza, rinite, etc. (VASCONCELOS et al., 2017).

As alterações hormonais na gestação podem desencadear alterações benignas da pele, sendo a hiperpigmentação uma das mais corriqueiras. Tal escurecimento pode ocorrer na vulva e axilas, aréolas, parede abdominal e rosto. Quando o rosto é acometido dá-se o nome de melasma ou cloasma gravídico, já na parede abdominal tem-se um

escurecimento da linha alba. Essa hiperpigmentação é ocasionada pela ação dos hormônios melanotrófico, estrogênio e progesterona, aumentados nesse período. A condição pode atingir cerca de 70% das grávidas, sendo elevada pela exposição ao sol ou a outros tipos de radiação ultravioleta. Ademais, é frequente acontecer ainda elevação da pilificação e o aparecimento de estrias (SILVA; MARQUES; AMARAL, 2019).

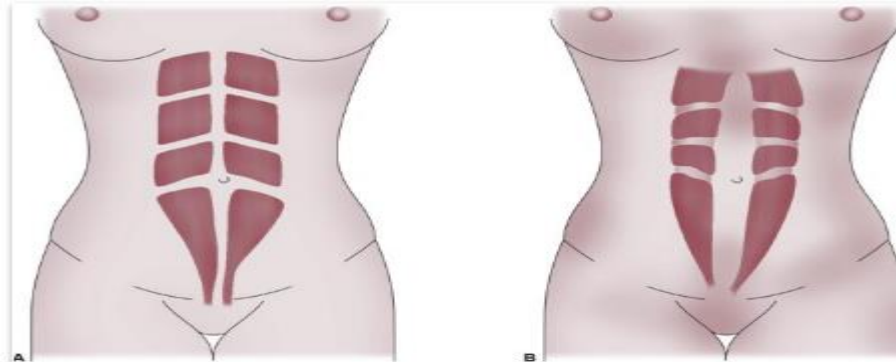
Outro sistema que fica comprometido na gestação é o gastrointestinal que passa por mudanças relevantes, as náuseas e vômitos costumam ser frequentes entre a 6ª a 16ª semana de gravidez. Esses desconfortos diminuem comumente por volta do 4º mês, quando a placenta metaboliza maior parte das substâncias. O estômago encontra-se deslocado, com elevação do útero para as proximidades do fígado. A constipação intestinal pode aparecer, em decorrência da obstrução mecânica do útero, reduzindo a motilidade e ocasionando a diminuição do movimento intestinal (VASCONCELOS et al., 2017).

No sistema urinário tem-se um aumento do tamanho e do peso dos rins. Na grávida, ocorre elevação do fluxo de sangue dos rins em cerca de 50% e da taxa de filtração glomerular entre 45 e 50%. Além disso, ocorre uma elevação gradativa da bexiga pelo útero, que alonga o trígono vesical e retifica o ângulo uretrovesical, o que pode ser uma das explicações para a existência de incontinência urinária nesse período (SILVA; MARQUES; AMARAL, 2019; VASCONCELOS et al., 2017).

Dentre as adaptações anatomo-fisiológicas provenientes da gravidez ressaltam-se também as mudanças no sistema musculoesquelético que são as de essenciais para o fisioterapeuta. A musculatura abdominal é alongada até a parte de seu limite elástico no fim da gravidez, já os músculos do assoalho pélvico necessitam suportar o peso do útero, para isso desce até 2,5 cm até o final da gravidez (BIM; PEREGO, 2007).

No sistema musculoesquelético a mudança mais comumente vista e importante é a anteversão pélvica, acompanhada ou não de uma hiperlordose lombar e horizontalização sacral. Essas mudanças causarão uma alteração do ângulo de inserção da musculatura abdominal e pélvica, ocasionando dessa forma uma distensão muscular importante e dano do vetor de força e da contração dessas musculaturas. As mudanças biomecânicas nos músculos abdominais causam o aparecimento da diástase dos músculos retos abdominais (DMRA) (Figura 7) (BURTI et al., 2016).

Figura 7: Musculatura reto do abdome normal (A); com diástase (B).



Fonte: SILVA; MARQUES; AMARAL (2019).

A diástase abdominal é determinada como sendo o afastamento dos músculos retos abdominais da linha média, levando-se em conta toda divisão superior a 2 cm de largura. É vista como uma doença comum, acontecendo a princípio no segundo trimestre da gravidez; porém, existe uma incidência maior nos três últimos meses em decorrência da elevação do volume do abdômen. Tais alterações podem aparecer desde o início até o final da gestação, podendo durar até o puerpério (VASCONCELOS et al., 2017).

O frequente crescimento do útero é visto como uma das maiores causas da alteração na estática e dinâmica do esqueleto da mulher. Sua posição anteriorizada dentro da cavidade abdominal em associação com o aumento do peso e das mamas, são fatores que contribuem de forma direta para o deslocamento do centro de gravidade da gestante para cima e para frente, podendo assim, aumentar a lordose lombar e causar uma anteversão pélvica. Com o intuito de compensar essa hiperlordose lombar a mulher tende a elevar a flexão anterior da coluna cervical, interiorizando a cabeça, hiperestende os joelhos, alarga a base de suporte e transfere o peso para a região dos calcâneos (Figura 8) (SILVA; MEIJA, 2013).

Figura 8: Postura da gestante.



Fonte: (BARACHO, 2018).

Tais alterações podem ser ampliadas pela ação dos hormônios, sobretudo da relaxina que faz com que ocorra um relaxamento gradativo dos ligamentos, além de causar uma ampliação no volume de líquido sinovial e no espaço articular, além de amolecimento cartilaginoso. O efeito é uma elevação na mobilidade articular e articulações mais instáveis. Na pelve, tais mudanças acarretam à marcha anserina ou gingada, um aspecto típico da gravidez. Na coluna vertebral, elas acarretam uma queixa frequente entre as grávidas, a dor lombar ou lombalgia. Já no terceiro trimestre, a mobilidade é reduzida, mesmo com constante ação hormonal, principalmente em punhos e tornozelos, como resultado da retenção hídrica, o que acarreta edema gravitacional em tornozelos, fraquezas musculares, parestesias e dores noturnas nos punhos, tipificando a Síndrome do Túnel Carpal (ANJOS; PASSOS; DANTAS, 2015).

Para Baracho (2018, p. 18), as adaptações osteoarticulares se dividem em:

- Lordose lombar e marcha anserina: em função da modificação no centro de gravidade pela elevação do peso ao longo da gravidez, do tamanho do útero e das mamas;
- Compressões radiculares e lombalgia: acarretada pelas adaptações posturais que alteram o centro da coluna vertebral;
- Fadiga muscular e parestesias em membros superiores;
- Melhor mobilidade das articulações pélvicas pela embebição gravídica, especialmente as sacroilíacas, sacrococcígeas e púbicas.

Ressalta-se que o assoalho pélvico tem o papel de sustentar o peso abdominal e extrapélvico (útero, feto, placenta e líquido amniótico). A relação desse músculo com os

órgãos pélvicos pode influenciar no aparecimento de mudança do controle da micção, uma vez que a massa total do útero amplia com o intuito de acomodar o bebê em desenvolvimento, o que permite exercer uma pressão sobre o reto e a bexiga urinária, desencadeando uma constipação e micção constante (PARENTE; HENRIQUES, 2018). Essas mudanças que vão acontecendo no corpo da gestante demandam compensações frequentes do sistema musculoesquelético, limitando a vida da mulher e causando dor na coluna vertebral, sobretudo a lombalgia (KLEINPAUL et al., 2009). Logo, a fisioterapia auxilia na recuperação, tratamento e prevenção nos diferentes sistemas (DE LIZ et al., 2015).

PARTO

O parto é um momento único e especial na vida de uma mulher. No entanto, de acordo com a cultura e o meio que ela está inserida podem influenciar ou não em experiências dolorosas, sendo essas agudas ou crônicas, o que pode refletir direta ou indiretamente em seu processo de viver (OLIVEIRA, 2010).

A Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2010) define trabalho de parto, como a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos duas em 15 minutos e pelo menos dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, colo dilatado para 3 cm ou mais, ruptura espontânea das membranas.

Segundo Amorim, Porto e Souza (2010), os estágios do Trabalho de Parto se dividem em quatro:

1. Dilatação: sendo a dor visceral, leva à dilatação do colo do útero, de até 10 cm, por meio de contrações rítmicas, transmitida pelas fibras aferentes simpáticas, e as contrações uterinas são em número de 2 a 3 em 10 minutos, chegando a atingir 5 nos 10 minutos no final desse período.
2. Período expulsivo: inicia-se com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto; nessa fase ocorrem os puxos maternos, ocorrendo estiramento da fáscia e tecidos subcutâneos do canal do parto, distensão do períneo e pressão nos músculos do assoalho pélvico.
3. Secundamento ou dequitação: ocorre o desprendimento da placenta e membranas.

4. Período de Greenberg: ocorre na primeira hora pós-parto, objetiva a parada do sangramento genital.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) nos estágios iniciais do trabalho de parto, nem sempre é possível realizar o diagnóstico diferencial entre verdadeiro e falso trabalho de parto com uma avaliação isolada. Diante disso, é importante reavaliar a gestante entre 1 a 2 horas após o primeiro exame para que o diagnóstico se confirme.

Desse modo, vale destacar que ao final da gestação, a mulher pode manifestar um quadro conhecido como falso trabalho de parto, que consiste em atividade uterina aumentada, permanecendo, porém, um padrão de contrações descoordenadas. Em algumas ocasiões, tais contrações são perceptíveis, entretanto cessam em seguida e a cérvix uterina não apresenta dilatação. Essa situação produz um alto grau de ansiedade e expectativa acerca da pressa do nascimento, sendo uma das razões que levam as gestantes a busca de um hospital de maneira imediata (ALVES et al., 2015).

Assim, o profissional fisioterapeuta deve ter total atenção para esses acontecimentos, visando prevenir uma internação precoce, intervenções desnecessárias e estresse familiar, causando uma experiência traumatizante do trabalho de parto, parto e nascimento (ROSA, 2010).

PÓS-PARTO IMEDIATO

Conforme De Liz et al. (2013) é nesse período que se predomina a crise genital, os eventos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas ao longo da gestação. Nesse período acontecem diversas alterações fisiológicas importantes, e também o aparecimento de complicações.

O corpo da mulher sofre várias alterações, que tem como finalidade restabelecer e retornar os sistemas ao estado mais próximo possível ao pré-gestacional. O sistema urogenital, respiratório, cardiovascular, musculoesquelético, etc., voltam paulatinamente às suas funções e potencialidades de antes. As mulheres demandam de cuidados individuais e fundamentais voltados à sua saúde, o que requer um cuidado

multiprofissional de programas específicos para a saúde deste público (BELEZA; CARVALHO, 2009).

A força do músculo do abdômen no pós-parto fica bastante fraco, e podem não propiciar suporte adequado para o tronco, sobretudo para a região lombar. Em associação aos ligamentos continuam sendo acometidos pela ação dos hormônios. No entanto, a região dorsal está em risco considerável de lesão devido a tal falta de suporte e de ligamento de proteção. Os ligamentos geralmente voltam ao seu tamanho curto no passar das semanas de pós-parto, mas até lá, os exercícios abdominais devem ser aplicados em uma posição estável para prevenir o surgimento de hiperalongamento dos ligamentos ou mesmo aumento da diástase (BELEZA; CARVALHO, 2009).

Destaca-se que mulheres submetidas ao parto cesáreo tem risco ampliado de terem eventos tromboembólicos, os quais podem ainda ser ocasionados pela imobilidade oriunda do controle ineficaz da dor abdominal, ou pela sedação em excesso por opioides. O controle da dor abdominal aguda pós-cesariana possui demanda especial quando comparada com a de outros procedimentos cirúrgicos, uma vez que demanda de uma recuperação eficaz e mais rápida para a mulher conseguir deambular, estar ágil e alerta o suficiente para cuidar, amamentar e interagir com seu bebê (LOTTI, 2017).

RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS USADOS NO PERÍODO PÓS-PARTO

Existem vários recursos fisioterapêuticos disponíveis, um dos mais usados para aplicação no puerpério é a avaliação específica da puérpera, o uso de estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e a cinesioterapia, a qual abrange exercícios respiratórios, movimentação precoce, o treino da musculatura abdominal e do assoalho pélvico (SANTANA et al., 2011).

Avaliação fisioterapêutica

Deve ser feita antes de se realizar o exame físico, através de uma conversa com a puérpera e avaliar possíveis queixas. Nesse primeiro contato é essencial avaliar ainda a postura e o posicionamento no leito da puérpera, a fim de orientá-la na presença de inadequações. Ademais, o estado emocional e a receptividade às orientações também são verificados. Logo depois, antes do início de qualquer exercício com a paciente, o

fisioterapeuta precisa aferir a pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC), posto que a ocorrência de anormalidades destas pode limitar a atuação do profissional (BARACHO, 2018).

Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)

Consiste em um recurso não farmacológico, de baixo custo e simples aplicação, sendo considerado em uma terapia segura e relativamente confortável ao paciente. O tratamento é indicado para o alívio imediato da dor sem acarretar efeitos adversos, além de reduzir o uso de fármacos, o tempo de internação hospitalar e promover a mobilidade precoce (LIMA et al., 2014).

Cinesioterapia

Trata-se de um método fisioterapêutico de baixo investimento, boa reprodutibilidade e fácil adesão. Visa a “reeducação e restauração do sistema musculoesquelético propiciando melhores condições e qualidade de vida para a puérpera” (FONTES; MEIJA, 2018p. 12). Geralmente, são feitos exercícios respiratórios, de estímulo do peristaltismo abdominal, incentivo à deambulação e orientações referentes à amamentação e posturas adotadas. Sendo assim, a prescrição dos exercícios e a sequência de realização variam conforme com os achados da avaliação, a necessidade da puérpera e as condições do espaço (BARACHO, 2018).

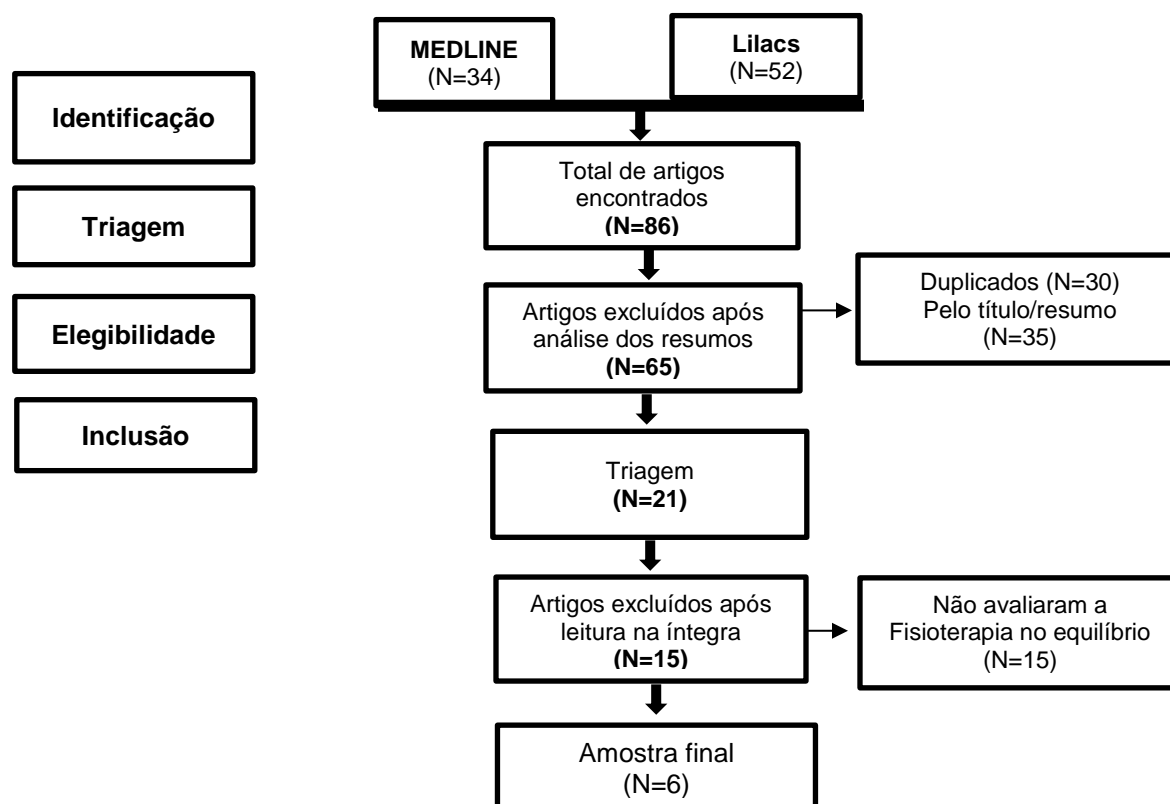
Orientações Gerais

As orientações estão relacionadas à ergonomia e deverão ser fornecidas na maternidade e pertinentes ao puerpério (BARACHO, 2018). Em função da dor no local da incisão cirúrgica, mamadas, readaptação da musculatura e período prolongado com o RN no colo, a puérpera tende a adquirir uma postura inadequada, o que pode desencadear quadros álgicos que acabam dificultando ou impedindo a realização das atividades do dia a dia. Logo, as orientações podem auxiliá-la a reassumir suas atividades e iniciar as novas rotinas sem desconfortos (SILVA; MARQUES; AMARAL, 2019).

RESULTADOS

A realização da busca no site da Medline e Lilacs por meio das palavras chaves “Modalidades fisioterapêuticas”; “Período pós-parto” e “Humanização” resultou em 86 artigos. Deste resultado, 30 artigos foram excluídos por estarem duplicados, 35 pelo título/resumo; restaram 21 após a análise na íntegra, onde 15 foram excluídos porque não descreviam nem citavam técnicas fisioterapêuticas utilizadas no puerpério. Por meio da leitura do resumo encontrados, um número final de 06 atenderam os critérios da revisão e foram selecionados para esta revisão (Quadro 1):

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão.



Fonte: As Autoras, 2023.

Quadro 1: Artigos selecionados.

Autor/Ano	Objetivos	Métodos	Protocolos de Intervenção	Resultados
GLUPPE et al. / 2018	Avaliar o efeito de um programa de treinamento pós-parto na prevalência de diástase reto abdominal	105 mulheres primíparas randomizadas para um grupo de exercício ou controle. A distância interrrretal foi palpada na largura dos dedos, com ponto de corte para diástase ≥ 2 dedos. As medidas foram realizadas 4,5 cm acima, na altura e 4,5 cm abaixo do umbigo.	A intervenção de 4 meses começou 6 semanas após o parto e consistiu em aulas semanais de exercícios supervisionados com foco no treinamento de força dos músculos do assoalho pélvico. Além disso, as mulheres foram solicitadas a realizar treinamento diário dos músculos do assoalho pélvico em casa. O grupo controle não recebeu nenhuma intervenção.	Os resultados mostram que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em termos de prevalência no início do estudo.
SILVA et al. / 2019	Avaliar a satisfação de puérperas após intervenção fisioterapêutica em educação em saúde.	Estudo transversal e observacional com a participação de 63 puérperas. Foram realizados 22 encontros com atividades de 8 a 48 horas após o parto, em que todas as puérperas internadas recebiam orientações por meio da educação em saúde.	A intervenção ocorreu em um único momento durante a visitação aos quartos das puérperas. Foram realizadas palestras de educação em saúde, abordando modificações físicas e adaptações do puerpério, com utilização de materiais de apoio de baixo custo, instruções verbais de linguagem simples e exercícios preventivo, entrega de uma cartilha educativa formulada com base nas temáticas do encontro e a avaliação da satisfação da puérpera em relação ao atendimento fisioterapêutico por meio de preenchimento de um questionário.	As puérperas demonstraram uma maior atenção e interesse à explanação de temas como amamentação, alterações físicas no pós-parto e conscientização e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico MAP.
THABET; ALSHERI / 2019	Descobrir a eficácia do programa de exercícios de estabilidade central profunda no fechamento da diástase retal e na melhoria geral da	O grupo de estudo foi composto por quarenta mulheres com diástase retal, com idade entre 23 e 33 anos que foram divididas aleatoriamente	As pacientes do primeiro grupo foram submetidas a um programa de fortalecimento da estabilidade, 3 vezes por semana, com duração de 8 semanas, que envolveu o uso de abdominal órtese respiração diafragmática, pélvica contração do chão, prancha e contração	Como resultado da utilização do programa de exercícios, a separação entre os retos teve uma alta diminuição estatisticamente relevante

	qualidade de vida das mulheres no pós-parto.	em dois grupos. As 20 mulheres do primeiro grupo foram submetidas a um programa de fortalecimento da estabilidade central profunda, além de um programa tradicional de exercícios abdominais, 3 vezes por semana, durante um total de 8 semanas. As outras 20 mulheres, formando o segundo grupo, realizaram apenas o programa tradicional de exercícios abdominais, 3 vezes por semana durante 8 semanas.	abdominal isométrica e programa tradicional de exercícios abdominais. As pacientes do segundo grupo receberam o programa tradicional de exercícios abdominais, 3 vezes por semana, durante 8 semanas, o que incluiu contrações abdominais estáticas, inclinação pélvica posterior, Exercício de abdominais reverso, torção do tronco e tronco reverso Exercício de torção.	
BURTI et al. / 2019	Verificar os efeitos da intervenção fisioterapêutica no atendimento a mulheres no puerpério imediato numa maternidade pública da cidade de Barueri, São Paulo, Brasil.	Foram incluídas mulheres no puerpério imediato após parto vaginal ou cesárea. A mulheres foram submetidas à avaliação fisioterapêutica, seguida de uma única intervenção com duração média de 45 minutos, incluindo exercícios de reeducação diafragmática e abdominal, treinamento da musculatura do assoalho pélvico, exercícios	Todas as puérperas foram submetidas a uma única intervenção fisioterapêutica, realizada no leito e com duração de 45 minutos por: reeducação diafragmática: dez repetições; recrutamento abdominal isométrico: dez repetições com contração sustentada de três a cinco segundos; contrações da musculatura do Assoalho pélvico: 10 contrações rápidas seguidas de 6 segundos de contração sustentada com orientação; movimentos alternados de dorsiflexão e plantiflexão dos pés, manobra de eliminação de flatos: massagem circular abdominal por seis minutos; e caminhada.	Em relação à dor diretamente relacionada ao parto, constatou-se melhora significativa em ambos os grupos. A fisioterapia pode contribuir para a assistência à mulher, no retorno rápido às condições pré-gravídicas e na prevenção de problemas futuros.

		metabólicos, manobra para eliminação de flatos e orientações quanto à postura, deambulação precoce e incentivo ao aleitamento materno.		
POMPOLIM et al. / 2021	Verificar se a intervenção fisioterapêutica no puerpério imediato contribui para a redução da diástase	Estudo de intervenção com randomização. de dois grupos de 25 puérperas recrutadas em uma maternidade de Vitória-ES.	No primeiro atendimento a puérpera realizou 10 repetições de cada exercício e no segundo atendimento foram realizadas 20 repetições de cada exercício. No segundo exercício foi realizada a contração isométrica dos músculos abdominais, principalmente o transverso abdominal, com feedback manual da pesquisadora na região inferior do abdômen. E para finalizar os exercícios, foi solicitada a contração isotônica dos músculos oblíquos abdominais, por meio do movimento de flexão anterior combinado com rotação do tronco.	Nota-se que a atuação da fisioterapia o apresentou uma excelente repercussão na diminuição da diástase abdominal supraumbilical.
AZEVEDO et al. / 2022	Investigar o efeito das instruções e feedback verbais na capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP) em puérpera	Estudo quase-experimental com 109 mulheres no pós-parto vaginal imediato em uma maternidade de referência em Fortaleza-CE. Realizou-se inspeção visual dos MAP pela escala visual de contração, além de observação da utilização de musculatura e movimentos acessórios.	No primeiro momento, 15,6% das puérperas não apresentaram contração visível dos MAP. Dessas, 70,5% modificaram o grau de contração após instruções e feedback. Ao final, 45,9% das mulheres contraíram corretamente os MAP com elevação perineal (grau 2). A utilização de músculos acessórios (adutores, abdominais e glúteos) diminuiu após instruções e feedback. Trauma perineal, parto a fórceps, informações prévias e medo de sentir dor não se associaram ao grau de contração.	A partir de instruções padronizadas e feedback individualizado, houve mudança do grau de contração dos MAP e diminuição do uso de musculatura e movimentos acessórios mediante a inspeção visual ao longo dos três momentos.

DISCUSSÃO

De acordo com a análise na base de artigos selecionados a intervenção fisioterapêutica é um importante aliado no puerpério imediato tendo como foco o a recuperação da paciente. Pampolim et al. (2021) obtiveram bons resultados com as pacientes acompanhadas, na diminuição diástase abdominal entre a primeira e a última avaliação aplicando como intervenção fisioterapêutica exercícios de contração isométrica dos músculos abdominais, contração isotônica dos músculos oblíquos abdominais, por meio do movimento de flexão anterior combinado com rotação do tronco. Portanto, os resultados deste estudo corroboram outras pesquisas que indicam a atuação da fisioterapia para redução da diástase abdominal no pós-parto imediato apresentou uma excelente repercussão na diminuição da diástase abdominal supraumbilical, e propiciou ao público em questão o conhecimento sobre o assunto que é pouco conhecido, favorecendo um pós-parto mais saudável, humanizado e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida.

O estudo de Silva et al. (2019) avaliaram a satisfação das puérperas em relação intervenção fisioterapêutica em educação em saúde e este público elaboraram comentários positivos, aumento na participação das mulheres especialmente nos seguintes temas: amamentação, alterações físicas no pós-parto e conscientização e fortalecimento da MAP onde observou que as puérperas ficavam mais compenetradas nas orientações, realizavam comentários, tiravam dúvidas e faziam relatos quanto às gestações anteriores. As falas abrangiam as mudanças musculoesqueléticas mais desconfortáveis durante o puerpério anterior e experiências com técnicas de fortalecimento da MAP. Vale destacar que as orientações dos fisioterapeutas visaram a reduzir desconfortos e dificuldades da mulher, sanar dúvidas e ajudar no aumento da confiança da mulher em relação ao próprio corpo. A atividade de educação em saúde favorece o cuidado humanizado, no estudo em questão, as participantes sentiram que as condutas apresentadas foram melhores do que esperado. Com base nesse resultado, é válido incentivar a realização de atividades educativas em saúde no puerpério. Tais ações tornam-se ponte entre o campo científico e a comunidade e podem ser aplicadas

como uma grande estratégia para a prevenção de intercorrências, promoção da saúde, além da redução da insegurança que pode estar presente durante o puerpério. Soma-se a isso, a possibilidade de utilizar atividades e intervenções de forma simples e didática, sem depender de altos custos.

Referente ao estudo de Burti et al. (2019) ficou demonstrado através dos resultados que com as intervenções fisioterapêuticas de um protocolo de exercícios como caminhada, reeducação diafragmática, recrutamento abdominal isométrico, contrações da musculatura do assoalho pélvico e manobra de eliminação de flatos, bem como as orientações quanto a mudanças de decúbito, posicionamento no leito, posturas adequadas para a amamentação, cuidados com o bebê e incentivo ao aleitamento materno, se mostrou eficaz para a redução da dor e melhoria do bem-estar geral em puérperas de pós-parto imediato. Isso significa que essas ações podem contribuir para a assistência humanizada à mulher, bem como o retorno rápido às condições pré-gravídicas e na prevenção de problemas futuros.

Para Thabet e Alsheri (2019) a diástase abdominal (DRA) é um problema de saúde que frequentemente acomete a mulher no pós-parto e que causa impacto negativo na saúde da puérpera uma vez que causa complicações graves como dor lombar persistente. Nessa condição, os autores ao realizarem um estudo com 40 puérperas com este problema, verificaram a eficácia de exercícios abdominais pós-natais, bem como a educação postural e também a aplicação de exercícios aeróbicos por meio de um programa de fortalecimento da estabilidade central profunda. Após a conclusão do tratamento notou-se uma diferença significativa no valor médio dos escores de qualidade de vida. Os autores afirmam que os exercícios fisioterapêuticos também ativam as fibras de contração lenta (ST) e de contração rápida (FT) dos músculos esqueléticos, com aumento de fibra, pois o alto conteúdo de fibras FT melhora a força muscular. Ademais, foi explanado que os exercícios fisioterapêuticos podem melhorar as funções pulmonares, aumentando a capacidade vital forçada e o volume expiratório forçado.

Diferentemente Gluppe et al. (2018) buscaram avaliar o efeito de um programa de treinamento pós-parto na prevalência de diástase abdominal. Utilizou-se como medida fisioterapêutica constituiu em aulas semanais de exercícios supervisionados com foco no treinamento de força dos músculos do assoalho pélvico, além de treinamento diário em

casa. Porém, não encontraram nenhum efeito, o programa não reduziu a prevalência de diástase.

Já os estudos realizados por Azevedo et al. (2022) abordam o efeito das instruções e feedback verbais na capacidade de contração dos músculos do assoalho pélvico (MAP) em puérperas de uma maternidade. Inicialmente os autores verificaram que a maioria das mulheres no pós-parto imediato têm dificuldade em contrair corretamente os MAP quando solicitadas sem orientação adequada. No entanto quando foram instruídas corretamente por meio de instruções padronizadas e feedback individual ocorreu mudança do nível de contração. Tal resultado denota a relevância do fisioterapeuta identificar as deficiências nas funções musculares e ajustar o comando verbal, posto que no momento 2 as instruções verbais quanto à anatomia, função e correta contração dos MAP ajudou a capacidade de contração destes, enquanto no momento 3 o feedback focou os músculos e movimentos acessórios, favorecendo a coordenação e especificidade da contração dos MAP. Além disso, a inspeção visual aplicada é uma técnica simples, não invasiva e de baixo custo, podendo ser realizada por fisioterapeutas nas maternidades no pós-parto imediato, contribuindo uma assistência humanizada e de qualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da pesquisa realizada, pôde-se constatar a eficácia da atuação do fisioterapeuta em puérperas no período pré e pós-parto imediato. Pode-se verificar a abordagem desse profissional ajuda esse público através de orientações e recomendações para o restabelecimento e retorno dos sistemas respiratório, digestivo, musculoesquelético, circulatório e genital ao estado anterior ao pré-gravídico.

Dentre os benefícios da atuação fisioterapêutica no pós-parto constatou-se que este possibilita reduzir as consequências fisiológicas e morfológicas que marcam esse período, uma vez que o tratamento fisioterapêutico consiste na recuperação, prevenção e tratamento de alterações decorrentes da gestação, além de orientações gerais acerca de assuntos que permeiam e enche de dúvidas as mães, especialmente

as primíparas, pôde-se evidenciar por meio das publicações que esta prática ocorreu de forma que o estresse fosse diminuído, em função dos esclarecimentos prestados e de uma atuação humanizada

REFERÊNCIAS

ALVES, C.C.; CAVALCANTE, M.M.B.; SAMPAIO, A.C.C.; ARAGÃO, H.L.; OLIVEIRA, E.N.; TEIXEIRA, M.A. Humanização do parto a partir de métodos não farmacológicos para o alívio da dor: relato de experiência. **ANARE Suplemento**; n.2, v.14, 2015.

AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**; v.38, n. 11, novembro 2010.

ANJOS, G.M.; PASSOS, V.; DANTAS, A.R. **Fisioterapia aplicada à fase gestacional: uma revisão da literatura**. Monografia, Graduação em Fisioterapia. Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2015.

AZEVEDO, A.S.; FROTA, I.P.R.; LIMA, A.C.; OLIVEIRA, G.N.D.; MOREIRA, M.A.; NASCIMENTO, S.L. Impacto das instruções verbais na contração do assoalho pélvico no puerpério imediato. **Fisioter. Mov**; v. 35, Ed Esp, e356010.0, 2022. DOI: 10.1590/fm.2022.356010.0

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BELEZA, A.C.S.; CARVALHO, G.P. Atuação fisioterapêutica no puerpério. **Rev. Hispeci & Lema**; Bebedouro/SP, v. 1, p. 1-6, 2009.

BIM, C. R.; PEREGO, A.L.; PIRES-JR, H. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. **Iniciação Científica Cesumar**, v. 4, n. 1, p. 57-61, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. [Internet], 2016. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BURTI, J.S.; CRUZ, J.P.S.; SILVA, A.C.; MOREIRA, I.L. Assistência ao puerpério imediato: o papel da fisioterapia. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*; v.18, n. 4, p. 193-8, 2019. DOI: 10.5327/Z1984-4840201625440

COUTINHO, Emília de Carvalho et al. Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 17-24, 2014.

CRUZ, S.M.; MENEGUINI, L.C.M.; SILVA, J.C. **Abordagem fisioterapêutica da mulher no puerpério imediato**. 2007. 61f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. Araçatuba, 2007.

DA SILVA, Luzenilda Sabina. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 8, n,1, p. 3-16, 2015.

DE LIZ, A.N. et al. Fisioterapia no período puerperal: revisão sistemática. **Corpvs**, v. 1, n. 27, p. 09-20, 2015.

DUTRA, L. R. D. V; ARAUJO, A. M. P. de H; MICUSSI, M. T. A. B. C. Terapias não farmacológicas para analgesia no pós-parto: uma revisão sistemática. **BrJP**, São Paulo, v.2, n.1, p.72-80, Mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S2595-31922019000100072&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 de fev. de 2023.

FAIZ, Omar; BLACKBURN, Simon; MOFFAT, David. *Anatomia Básica: Guia ilustrado de conceitos fundamentais*. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**. 2010. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf Acesso em: 29 abr. 2023.

FRANCISQUINI, Andréa Rodrigues et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Ciênc cuid saúde*, v. 9, n. 4, p. 743- 751, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: A Consulta Puerperal na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/a-consulta-puerperal-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

GLUPPE, S.L.; HIJDE, G.; TENNFJORD, M.K.; ENGH, M.E.; BO, K. Efeito de um programa de treinamento pós-parto na prevalência de diástase reto abdominal em mulheres primíparas pós-parto: um ensaio clínico randomizado. **Physical Therapy**; v. 98, n. 4, p. 260-268, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29351646/> Acesso em: 18 fev. 2023.

KLEINPAUL, J.F. et al. Gestação: equilíbrio corporal, dor lombar e quedas. **Revista Brasileira de Biomecânica**, v. 10, n. 18, p. 14-21, 2009.

LAROSA, P.R. R. **Anatomia humana: texto e atlas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LIMA, L.E.A. et al. Estimulação elétrica nervosa transcutânea de alta e baixa frequência na intensidade da dor pós-cesárea. **Fisioterapia e Pesquisa**; v. 21, n. 3, p. 243-248, 2014.

LOTTI, R.C.B. **Estimulação elétrica nervosa transcutânea para dor abdominal após o parto cesariana**: ensaio clínico randomizado e revisão sistemática com meta-análise. 2017. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2017.

MARQUES, M.C.; BEZERRA, R.S. **Protocolo De Exercício Para Mulheres no Puerpério Imediato**: Associação com o Tipo De Parto. 2008. 45f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade São Francisco, Bragança Paulista, 2008.

MENDES, K. Dal S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S Acesso em 21 abr. 2023.

OLIVEIRA, A.S.S.; RODRIGUES, D.P.; GUEDES, M.V.C.; FELIPE, G.F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. RENE**; n. 11(Esp), p. 32-41, 2010.

PADILHA, J. F; GASPARETTO, A; BRAZ, M.M. Atuação da fisioterapia em uma maternidade: Percepção da equipe multiprofissional em saúde. **Fisioterapia Brasil.**, v.16, n.1, p.4-7, jul.2016. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/291/499> Acesso em: 18 de fev. 2023.

POMPOLIM, G.; SANTOS, B.R.; VERZOLA, I.G.; FERRES, A.M.; SILVA, G.B.R.; SARMENTO, S.S. Atuação fisioterapêutica na redução da diástase abdominal no puerpério imediato. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**; v. 13, p. 856-860, jan/dez 2021. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9555>.

PARENTE, L.C.; HENRIQUES, S.H.C. Fisioterapia na incontinência urinária no pós-parto. **Fisioterapia Brasil**; v. 8, n. 4, p. 288-293, 2018.

ROSA, M.E. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto: visão da equipe de enfermagem**. 2010. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) Centro Universitário UNIVATES, Lajeado.

SANTANA, L.S. et al. Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puerpério: revisão da literatura. **Femina**, v. 39, n. 5, 2011.

SILVA, J.B.; DOI, G.E.; SILVA, L.C.; FELTRIN, M.I.; ZOTZ, T.G.G.; KORELO, R.I.G. Satisfação de puérperas após intervenção fisioterapêutica em educação em saúde. **Saúde e Pesqui.**; v. 12, n. 1, p. 141-150, 2019. DOI: 10.17765/2176-9206.2019v12n1p141-150

SILVA, Larissa do Nascimento. **Abordagem fisioterapêutica no puerpério imediato em uma maternidade do Seridó Potiguar**. 2021. 37 f. Monografia (Especialização) - Curso de Residência Multiprofissional em Atenção A Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2021.

SILVA, M.I.; AGUIAR, R.S. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. **Revista Nursing**; v. 23, n. 271, p. 5013-5018, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5013-5024> Acesso em: 18 fev. 2023.

SILVA, M.P.P.; MARQUES, A.A.; AMARAL, A.T.P. **Tratado de fisioterapia em saúde da mulher**. 2. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2019.

SILVA, Tatiane Furtado da; MEJIA, Priscila Maia. **Relevância da Fisioterapia no período gestacional**. 2013. Monografia, Pós-graduação em Uroginecologia, Obstetrícia e Mastologia. Faculdade Ávila, 2013.

THABET, A.A.; ALSHEHRI, M.A. Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with diastasis recti abdominis: a randomised controlled trial. **J Musculoskelet Neuronal Interact.**; v. 19, n. 1, p. 62-68, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30839304/> Acesso em: 20 set. 2023.

TORTORA, G. J; NIELSEN, M.T. **Princípios de anatomia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

URTI, Juliana Schulze. Et al. Assistência ao puerpério imediato: o papel da fisioterapia. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v.18, n. 4, p.193-8, 2016.

VASCONCELOS, E.H. et al. Intervenção fisioterapêutica na diástase do musculo reto abdominal (DMRA). **Rev. Saberes, Rolim de Moura**; v. 6, n. p. 01, 2017.