Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada

Postpartum women assisted by physical therapy at a humanized public maternity house

Mariana Tirolli Rett[1], Nicole de Oliveira Bernardes[1], Aline Maria dos Santos[2], Marcela Ribeiro de Oliveira[2], Simony Cristina de Andrade[2]

Estudo desenvolvido na Maternidade Pública Municipal de Betim, em parceria com a PUC-Minas Betim – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, *campus* de Betim, Betim, MG

[1] Fisioterapeutas; doutorandas em Tocoginecologia na Unicamp; Profas. Ms. do Estágio Supervisionado de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia da PUC-Minas Betim

[2] Graduandas em Fisioterapia na PUC-Minas Betim

Endereço para correspondência

Profa. Mariana Tirolli Rett
Centro Clínico de Fisioterapia – Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia
PUC-Minas Betim
R. Santos Dumont s/n Angola
32630-000 Betim MG
e-mail: maritrett@yahoo.com.br; mariana@fcm.unicamp.br

Apresentação
jul. 2008
Aceito para publicação
nov. 2008

Resumo: O objetivo foi descrever o perfil de puérperas atendidas pela fisioterapia em uma maternidade pública de Betim, MG, e o atendimento a elas prestado, visando contribuir para a assistência fisioterapêutica obstétrica. Foi feito um levantamento de 215 fichas de avaliação fisioterapêutica de puérperas, contendo dados demográficos e clínicos, além dos registros específicos da fisioterapia. A maioria da puérperas era jovem, do lar, casadas, multíparas e de Betim. Quanto à avaliação das mamas, a maioria apresentou mamas simétricas, secretantes, mamilos protrusos, tendo sido observados poucos traumas mamilares ou dificuldade na amamentação; 62,3% das puérperas apresentavam diafragma normocinético, 85,1% som timpânico à percussão abdominal, involução uterina dentro da normalidade, 87,9% contração do assoalho pélvico presente, 30,3% edema em membros inferiores; a diástase dos músculos reto-abdominais foi de 2±1 e 1±1 dedos supra e infra-umbilical, respectivamente. As condutas adotadas foram: exercícios respiratórios diafragmáticos, abdominais isométricos, contração do assoalho pélvico; exercícios circulatórios de membros inferiores, manobras de eliminação de flatos, deambulação e orientação. O perfil das puérperas atendidas correspondeu ao esperado, encontrando-se elas em estado de recuperação puerperal. A conduta proposta pela fisioterapia foi realizada pela grande maioria das puérperas.

Descritores: Parto humanizado; Período pós-parto; Serviço hospitalar de fisioterapia

Abstract: The aim was to describe the profile of postpartum women attended to at the physical therapy service in a public maternity house in Betim, MG, as well as the treatment they received. The study drew on a total of 215 medical charts of postpartum women, contaning personal, clinic and physical therapy data. Most women were young, married, housewives, multiparous, and from Betim. As to breast evaluation, most women had simetric and secretive breast, protruded nipples, few nipple traumas or breast-feeding difficulty having been observed; 62,3% of the women presented normal diaphragm kinetics, 85,1% had tympanic sound at abdominal percussion, and normal uterine involution; 87,9% presented pelvic floor muscle contraction, and 30,3% lower limb edema; abdominal muscle diastases measured supra and infra umbilical 2±1 and 1±1 fingers, respectively. As to physical therapy, the women were treated with diaphragm respiratory exercises, abdominal isometric exercises, pelvic floor muscle contractions, lower limb circulatory exercises, flatus elimination maneuvers, deambulation, and guiding. The women's profile was found to be as expected for post-partum physiological recovery. Most had accomplished the physical therapy protocols offered. This study provides useful information on obstetric physical therapy assistance.

Key words: Humanizing delivery; Physical therapy department, hospital; Postpartum period

INTRODUÇÃO

O período após o parto é chamado de puerpério, quando as modificações locais e sistêmicas provocadas no organismo da mulher pela gravidez e parto retornam ao estado pré-gravídico[1]. Pode ser dividido em: puerpério imediato (do 1º ao 10º dia), tardio (do 10º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia)[1,2].

No âmbito físico, durante o puerpério ocorre a involução uterina e a eliminação dos lóquios; vulva, períneo e vagina podem apresentar lacerações e edema, pois sofreram dilatação para a passagem do feto na ocasião do parto vaginal[3-5]. O assoalho pélvico (AP) pode permanecer hipotônico e distendido pela ação hormonal, sobrecarga do bebê e possíveis traumas durante o trabalho de parto. Assim, é comum o aparecimento de queixas urinárias, como incontinência urinária (IU), que pode ser uma condição da gravidez ou surgir durante o puerpério[6-8].

Durante a gestação, o crescimento uterino favorece o estiramento da musculatura abdominal, que é conhecida com diástase dos músculos reto-abdominais (DMRA). Esta pode permanecer no pós-parto imediato[9-11] e tem como fatores predisponentes a obesidade, multiparidade, gemelaridade e flacidez da musculatura abdominal[1,8,9]. Devido ao crescimento uterino e à ação da progesterona, a biomecânica diafragmática também pode alterar-se, refletindo-se em um padrão respiratório torácico que pode se manter no puerpério imediato[1,4]. As alterações hemodinâmicas e a presença de edema, especialmente em membros inferiores, são comuns durante a gestação e podem se estender no puerpério[12,13]. Além disso, há alteração dos fatores de coagulação, o que pode conduzir a quadros de tromboses venosas[8]. A constipação e diminuição do peristaltismo intestinal podem ocorrer como resultado das alterações hormonais na gestação. somados aos fatores relacionados à via de parto[7,8].

No puerpério, ao contrário de todo o processo involutivo, as mamas são as únicas estruturas que têm seu apogeu. Inicialmente, é liberado o colostro[14,15], rico em fatores imunizantes[6,14,16] e, durante as 72 horas subseqüentes, ocorre a apojadura. Quando não há um bom posicionamento do bebê para a amamentação, podem surgir fissuras mamilares (lesões que se instalam na base dos mamilos) e isso pode acarretar dor intensa e impedir o aleitamento[6,16].

Atualmente o Ministério da Saúde (MS) vem estimulando as maternidades a adotar novas condutas que ofereçam melhor atendimento para mãe e bebê durante o pré-natal, parto e puerpério. Programas como o de Humanização no Pré-natal e Nascimento e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança incluem a adequação da estrutura física e dos equipamentos hospitalares, além de uma mudança de atitude dos profissionais de saúde para com as gestantes[17]. Assim, para a prevenção da morbi-mortalidade materna e neonatal, a equipe de saúde deve realizar procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias[17]. A fisioterapia ainda não faz parte das diretrizes do MS no âmbito do programa de humanização.

A Maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB), onde foi realizado o estudo, adere ao programa de humanização e recebe acadêmicos e profissionais de fisioterapia para atuarem junto com a equipe interdisciplinar. A atuação da fisioterapia em uma maternidade decorre da necessidade de se prevenirem complicações e para favorecer a recuperação precoce das puérperas, devido às inúmeras alterações ocorridas durante a gravidez que podem persistir no pós-parto imediato.

Atualmente há uma crescente demanda da abordagem fisioterapêutica na saúde da mulher, o que implica a oferta de atendimento adequado e fundamentado. Para as mulheres que se encontram no puerpério, essa abordagem ainda não está bem estabelecida, pois no Brasil é escassa a literatura sobre puérperas atendidas pela fisioterapia.

Desse modo, é importante conhecer o perfil de puérperas atendidas pela fisioterapia numa maternidade pública e humanizada, para obter informações e ferramentas que direcionem uma melhor abordagem na avaliação, nas intervenções preventivas e terapêuticas. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil das puérperas atendidas pela fisioterapia na MPMB, assim como os protocolos de avaliação e conduta fisioterapêutica. Além de contribuir para o serviço no qual se desenvolveu o estudo, será importante para outros locais que seguem as diretrizes de humanização, onde a equipe deve oferecer atenção integral à saúde da mulher, incluindo os fisioterapeutas que atuam na área de obstetrícia.

METODOLOGIA

Foi conduzido um estudo transversal, sendo realizado o levantamento de fichas de avaliação fisioterapêutica de puérperas atendidas na Maternidade Pública Municipal de Betim, no período de março a setembro de 2006. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Minas. No período, foram realizados 275 atendimentos fisioterápicos, sendo incluídas para análise as fichas de puérperas com no mínimo 70% dos dados completos. Foram excluídas 60 fichas e selecionadas 215.

Na MPMB, considerada referência de humanização na região periférica de Betim, são realizados em média 200 partos por mês. Nela é realizado o estágio supervisionado II de Fisioterapia em Ginecologia e Obstetrícia do 10º período do Curso de Fisioterapia da PUC-Minas Betim, duas vezes na semana, totalizando 10 horas semanais (nos períodos matutino e vespertino). Foram realizados em média 40 atendimentos mensais em fisioterapia durante esse período; os dados das puérperas atendidas pela equipe de fisioterapia foram coletados rotineiramente pelos acadêmicos, devidamente treinados e supervisionados pelos docentes responsáveis. Antes de iniciar o atendimento, as puérperas foram esclarecidas quanto aos objetivos, procedimentos e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Todas que aceitaram participar, além de serem avaliadas, receberam o atendimento de rotina dos estagiários.

Na ficha de avaliação fisioterapêutica, constavam informações gerais como: dados pessoais (idade, estado civil, ocupação, procedência, índice de massa corporal), duração do trabalho de parto, tipo de parto, episiotomia e antecedentes obstétricos. Em relação às informações

obtidas no exame físico, cada puérpera era avaliada em decúbito dorsal em seu leito, sendo considerados: inspeção da condição das mamas (secretantes/presença de colostro), aspecto dos mamilos, presença ou não de traumas mamilares e se estavam amamentando. Na seqüência, realizava-se palpação da cinesia diafragmática, percussão abdominal, involução uterina e mensuração da diástase dos músculos reto-abdominais (DMRA). A mensuração da DMRA foi realizada com as puérperas na posição supina com quadris e joelhos fletidos a 90º, pés apoiados e braços estendidos ao longo do corpo. Nessa posição, era solicitada a flexão anterior do tronco até que o ângulo inferior da escápula estivesse fora do leito. Os pontos de medida da DMRA foram 3 dedos (4,5 cm) acima e abaixo da cicatriz umbilical e, a DMRA foi graduada pelo número de dedos (polpas digitais) entre as bordas mediais dos músculos reto-abdominais.

Adicionalmente foi realizada a inspeção da contração voluntária do AP e da respectiva musculatura acessória (adutores, glúteos e abdominais). Na mesma posição, com os membros inferiores fletidos, abduzidos e com a região perineal despida, era realizado comando verbal para contração dessa musculatura e observado se a contração estava ou não presente. Para verificar a presença e localização de edema, foi realizada a inspeção dos membros inferiores.

Após a avaliação, era proposto um protocolo de conduta envolvendo 10 repetições de: reeducação diafragmática; abdominais isométricos (transverso abdominal: sucção abdominal sustentada por três a cinco segundos); contrações fásicas (rápidas) e tônicas (sustentadas de seis segundos) do AP; movimentos alternados de dorsiflexão e plantiflexão dos pés (exercícios circulatórios); manobras de eliminação de flatos (massagem abdominal); deambulação precoce (dois a quatro minutos); orientações gerais sobre postura adequada para amamentação, mudança de decúbito e posturas para a realização das atividades de vida diária. Todas as puérperas recebiam uma cartilha com todos os exercícios e orientações, para que pudessem realizá-los em seus domicílios.

Os atendimentos, incluindo a avaliação, eram conduzidos individualmente pelos estagiários e tinham duração de aproximadamente 30 minutos. Durante o período de internação, cada puérpera recebia apenas um atendimento e era respeitado o período de pelo menos 6 ou 8 horas após o parto vaginal e cesáreo, respectivamente.

Para análise descritiva da amostra foram realizadas medidas de tendência central (média), dispersão (desvio-padrão), freqüência e porcentagem. Os dados foram tratados usando o programa Microsoft Office Excel v.2003.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e obstétricas das puérperas correspondentes às 215 fichas selecionadas. Eram na maioria jovens (24,4±5,5 anos). Em relação aos antecedentes obstétricos, a maioria era multípara e, na ocasião da avaliação, 151 (70,2%) havia sido submetida ao parto vaginal, sendo utilizado o fórceps em 12 e realizada a episiotomia em 61 mulheres. As demais (29,8%) foram submetidas à cesariana. A maioria era casada, do lar e procedentes da cidade de Betim.

Tabela 1 Características demográficas e clínicas (média ± dp, desvio padrão; n e %) constantes das fichas das puérperas atendidas pela fisioterapia (n=215)

Característica		média±dp	
Idade (anos)		24,0±5,5	
IMC (kg/m^2)		25,3±4,2	
Idade gestacional (semanas)		38,8±3,2	
Tempo de trabalho de parto (minutos; n=202)		308,0 ±290,8	
		n	%
Estado civil	Solteira	63	29,3
	Casada	113	52,5
	Outros	39	18,5
Ocupação (n=210)	Do lar	145	71,0
	Estudante	16	4,4
	Outras	49	24,1
Procedência	Betim	184	85,6
	Cidades vizinhas	31	14,4
Tipo de parto	Vaginal	151	70,2
	Cesáreo	64	29,8
Antecedentes	Primípara	87	40,5
	Multípara	128	59,5

IMC = Índice de massa corporal

Quanto à avaliação das mamas, a maioria apresentou mamas simétricas, secretantes e mamilos protrusos e/ou semiprotrusos. Apenas 25 puérperas apresentaram traumas mamilares e 40 relataram dificuldade inicial na amamentação (Tabela 2).

No que concerne à avaliação fisioterapêutica, a maioria das puérperas apresentou cinesia diafragmática normocinética, som timpânico à percussão abdominal e involução uterina dentro da normalidade, ou seja, em regiões próximas à cicatriz umbilical (Tabela 3). Quando inspecionada a musculatura do assoalho pélvico, verificou-se que a grande maioria (87,6%) apresentaram contração voluntária ao comando verbal e menos da metade apresentaram edema em membros inferiores. A DMRA na região supra-umbilical foi de 2,0±1,0 dedos e infra-umbilical de 1,0±1,0 dedo.

O Gráfico 1 mostra a distribuição das condutas adotadas. A reeducação diafragmática, as manobras de eliminação de flatos e os exercícios circulatórios foram realizados por todas as puérperas.

Tabela 2 Características das mamas e da amamentação (n, %), segundo as fichas das puérperas atendidas pela fisioterapia (n=215)

Característica		n	%
Simétricas	Sim	209	97,2
	Não	6	2,8
Secretantes (colostro)			
	Sim	195	90,7
	Não	20	9,3
Mamilos	Protrusos/ semiprotrusos	193	89.8
	Invertidos	10	4,6
	Planos	12	5,6
Traumas mamilares (n=207)			
	Sim	25	12,1
	Não	182	87,9
Dificuldade p/ amamentar			
	Sim	40	18,6
	Não	175	81,4

Tabela 3 Avaliação fisioterapêutica das puérperas, segundo as respectivas fichas (n=215)

Item avaliado		n	%
Cinesia diafragmática	Normocinética	135	62,8
	Hipocinética	80	37,2
Percussão abdominal	Som timpânico	182	84,6
	Ausência de timpanismo	33	15,4
Involução uterina	Acima da cicatriz umbilical	68	31,6
	Abaixo da cicatriz umbilical	109	50,7
	No nível da cicatriz umbilical	38	17,7
Contração voluntária do assoalho pélvico	Presente	189	87,9
	Ausente	26	12,1
Uso de musculatura acessória (abdominais, glúteos e/ou adutores)	Sim	95	44,2
	Não	120	55,8
Edema em membros inferiores	Presente	65	30,3
	Ausente	150	69,7
Diástase dos músculos reto-abdominais (dedos)		média±desvio padrão	
	Supra-umbilical	2±1	
	Infra-umbilical	1±1	

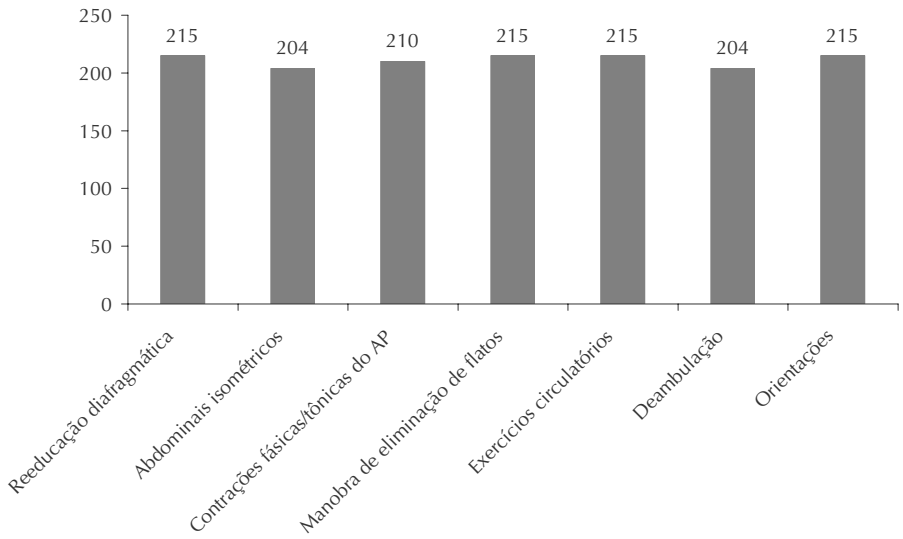

Gráfico 1 Distribuição das condutas fisioterapêuticas adotadas para as puérperas (n=215)

Apenas 11 não realizaram os exercícios abdominais isométricos e deambulação e cinco não realizaram os exercícios do assoalho pélvico.

DISCUSSÃO

As características sócio-demográficas da população estudada mostraram predomínio de mulheres jovens, casadas, do lar, procedentes de Betim e com história de duas ou mais gestações anteriores. Isso é esperado nessa população, pois a MPMB está localizada em uma região de periferia da cidade, onde as mulheres em geral têm mais de um filho e se ocupam com atividades domésticas. Contudo, não foi encontrado na literatura nenhum trabalho que retrate a população dessa região.

Embora ainda não faça parte da rotina do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, a atuação fisioterapêutica no pós-parto imediato tem sido valorizada, visto que possibilita minimizar as conseqüências fisiológicas e morfológicas que marcam esse período[9,18,19]. Conforme recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists, a puérpera deve ser estimulada a exercitar-se precocemente[18].

Como rotina de atendimento fisioterápico, foi recomendado um intervalo de 6 a 8 horas após o parto normal e cesáreo respectivamente. Isso é respeitado devido ao estresse físico e emocional causado pelo parto e pela instabilidade hemodinâmica característica desse período[14]. A reabilitação da paciente com parto cesariana é essencialmente a mesma da paciente com parto vaginal[10], salvo algumas particularidades, como dor na ferida operatória, presença excessiva de flatos e maior restrição ao leito.

Embora a mecânica respiratória se altere durante a gestação, é esperado que, nos primeiros dias pós-parto, a cinesia diafragmática se apresente hipo ou normocinética, pois a mesma pode se restabelecer nos primeiros dias. Como visto, a maioria das puérperas apresentaram uma dinâmica diafragmática normocinética e os exercícios respiratórios foram realizados por todas, a fim de acelerar esse retorno gradual[8,13].

A presença de timpanismo à percussão abdominal foi comum nas puérperas, o que é esperado nesse período, devido à constipação intestinal e também à ação hormonal durante a gestação[1,2,7]. Na literatura, a constipação e diminuição do peristaltismo intestinal podem ser observadas em cerca de 30% das puérperas[7] e no pós-parto vaginal pode ser devido à presença de episiotomia ou trauma perineal, que podem causar desconforto durante a evacuação. Após a cesárea, o próprio procedimento cirúrgico pode favorecer ou agravar os sintomas ou, então, a dor na cicatriz operatória e a restrição ao leito intensificam as queixas[1,4,8]. Especialmente naquelas que apresentavam som timpânico durante a percussão abdominal, foram enfatizadas e realizadas as manobras manuais de eliminação de flatos, além da orientação quanto à realização domiciliar. Associada aos exercícios ativos de membros inferiores e deambulação, essa manobra pode ser útil na eliminação de gases, diminuindo a dor e desconforto abdominal pós-operatório[10].

Foi verificado que a grande maioria das puérperas realizava contração voluntária dos músculos do AP, mas não foram avaliadas as queixas urinárias nesse momento. Sabe-se que a gravidez, o trabalho de parto e o parto podem

provocar efeitos negativos na função dessa musculatura[20] e favorecer o aparecimento de IU em cerca de 38% das puérperas, porcentagem que se eleva para 45% em multíparas[21,22]. Isso justifica a importância dessa avaliação e de intervenção fisioterapêutica precoce, já que é uma abordagem de baixo custo, sem efeitos colaterais e tem demonstrado bons resultados. Os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são utilizados tanto na prevenção quanto no tratamento da IUE no puerpério[22-24]. Morkeved e Bo[25] demonstraram, em um seguimento de um ano, melhora significativa da força muscular do assoalho pélvico e diminuição da IU (p<0,01) em puérperas submetidas a um treinamento específico dessa musculatura. Como alguns estudos apontam possíveis disfunções perineais, especialmente após o parto vaginal[21] (tipo de parto mais comum na amostra estudada), os exercícios do assoalho pélvico são realizados de rotina, como medida preventiva, conforme recomendado pela literatura[18,25]. Algumas puérperas não realizaram os exercícios por apresentar desconforto na região da episiorrafia.

No presente estudo, foi observada a DMRA dentro da normalidade, pois se considera normal uma separação de até aproximadamente 3 cm[9-11]. Entretanto, deve ser levado em consideração que a avaliação da DMRA é realizada de maneira subjetiva e que não foi feia com a utilização de instrumento fidedigno, como um paquímetro. Conforme recomendado pela literatura, foram realizados exercícios isométricos para essa musculatura. Mesquita *et al*.[9] demonstraram uma redução significativa da diástase dessa musculatura (p<0,001) no grupo que realizou um protocolo de duas a três séries de 10 a 20 repetições de exercícios abdominais nas primeiras 6 horas após o parto.

Observou-se no presente estudo menor prevalência de edema nos membros inferiores em relação aos 43% encontrados na literatura[12,13]. Contudo, os exercícios circulatórios de membros inferiores foram realizados e enfatizados após a alta hospitalar. Tais exercícios, associados ao estímulo à deambulação precoce, são práticas importantes, uma vez que estimulam o peristaltismo intestinal, auxiliam a prevenção dos fenômenos tromboembolíticos, ajudam no retorno venoso e diminuem o edema puerperal[5,8,19].

Em relação à amamentação, sabe-se que a presença de traumas mamilares pode ser uma condição que leva ao desmame precoce. Contudo, foi observado que um número muito pequeno de puérperas apresentavam traumas mamilares e/ou dificuldade para amamentar. Essa situação pode ser atribuída ao fato de a maioria apresentarem mamilos protrusos, o que facilita a amamentação; e, também, pelo fato de a equipe da MPMB atender às diretrizes do MS, favorecendo o aleitamento materno. Vale ressaltar que a amamentação facilita a liberação de lóquios e acelera a involução uterina. Observando essa situação, o fisioterapeuta, junto com a equipe dos profissionais da saúde, oferece orientações, por exemplo, quanto à postura correta durante a amamentação, contribuindo para os baixos índices de traumas mamilares e dificuldade de amamentar[16,17].

Observou-se que a maioria das puérperas atendidas encontrava-se em um estado de recuperação fisiológica sem intercorrências, o que permite a atuação fisioterápica adequada. Para tanto, a presença do fisioterapeuta nessa maternidade pôde assegurar que os exercícios fossem realizados de maneira correta e gradual, sempre respeitando as condições particulares de cada puérpera. Estes resultados contribuirão para ampliar o conhecimento sobre a abordagem fisioterapêutica no puerpério imediato, além de estimular a discussão sobre estratégias preventivas e terapêuticas que podem ser empregadas no âmbito público ou privado.

CONCLUSÃO

O perfil das puérperas atendidas foi conforme o esperado para o local de estudo, sendo a maioria jovens, casadas, do lar, multíparas e procedentes de Betim. Verificou-se que, com a avaliação fisioterápica descrita, as mulheres encontravam-se em um estado fisiológico de recuperação puerperal e que a conduta proposta pela fisioterapia foi realizada pela grande maioria das puérperas.

REFERÊNCIAS

1 Rezende J, Montenegro CAB. O ciclo gestatório normal. In: Rezende J, Montenegro CAB, editores. Obstetrícia fundamental. 9a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.206-21.

2 Corrêa MCM, Corrêa MD. Puerpério. In: Corrêa, MD, Melo VH, Aguiar RAP. Noções práticas de obstetrícia.Belo Horizonte: Coopmed; 2004. p.95-104.

3 Perrier JM, Poizat MM, Pons M, Richet CA, Roubertie E, Schrub S, et al. Rééducation dans le cadre du post-partum. Gynécol Obstét Fertil. 2003;31:1064-76.

4 Machado AV. Puerpério. In: Baracho E, editor. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.224-40.

5 Whiteford B, Polden M. Seu corpo antes e depois do parto. In: Whiteford B, Polden M, editores. Exercícios pós-natais: um programa de seis meses para a boa forma da mãe e do bebê. São Paulo: Maltese-Norma; 1992. p.10-23.

6 Thomson AD, Miller JM, DeLancey JOL. Urinary incontinence symptoms during and after pregnancy in continent and incontinent primiparas. Int Urogynecol J. 2007;18:147-51.

Referências (cont.)

7 Marshall K, Thompson KA, Walsh DM, Baxter GD. Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and post-partum: survey of current findings at the Rotunda lying-in hospital. J Obstet Gynecol. 1998;105(4):400-2.

8 Pavesi APS, Davanzzo RC, Saldanha MES. Reabilitação fisioterapêutica no puerpério imediato: revisão. Rev Fisioter Unicid. 2003;2(2):131-7.

9 Mesquita LA, Machado AV, Andrade AV. Fisioterapia para redução da diástase dos músculos retos abdominais no pós-parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999;21(5):267-72.

10 Konkler CJ, Kisner C. Princípios de exercícios para a paciente obstétrica. In: Kisner C, Coldy LA, editores. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 3a ed. São Paulo: Manole; 1998. p.581-613.

11 Spitznagle TM, Leong FC, Dillen LRV. Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. Int Urogynecol J. 2006;18:321-8.

12 Hoffman A, Cardoso BR, Zabot C. Edema em puérperas no pós-parto imediato. Rev Fisio Ter. 2004;8(46):10-1.

13 Baracho E, Baracho SM, Felissíssimo M. Atuação do fisioterapeuta no puerpério imediato e tardio. In: Baracho E, editor. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.241-50.

14 Santos VLF, Zaida ASGS, Azoubel T. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. Rev Bras Saude Mater Infant. 2005;5(3):283-91.

15 Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, Springate R. Systematic review of the literature on postpartum care: methodology and literature search results. Birth. 2004;31(3):196-202.

16 Marinho ACN. Atuação fisioterapêutica no aleitamento materno e na intercorrência mamária: proposta de tratamento. Fisioter Bras. 2004;5(4):317-22.

17 Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2001.

18 Artal R, O'Toole M, White S. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. J Sports Med 2003; 37:6-12.

19 Bastos A, Andrade AV, Oliveira SF. Efeitos do atendimento fisioterápico no puerpério imediato para pacientes portadores de hipertensão arterial induzida pela gravidez. Rev Bras Fisioter. 1999;6(1):92-100.

20 Kosmiskas JV, Girão MJBC, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Análise dos vasos do trato urinário inferior de ratas durante e após a prenhez. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(4):227-31.

21 Dolan LM, Hosker GL, Mallett VT, Allen RE, Smith AR. Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery. BJOG. 2003;110(12):1107-14.

22 Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83:928-36.

23 Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2003;101(2):313-9.

24 Chiarelli P, Cockburn J. Promoting urinary continence in postpartum women: 12-month follow-up data from a randomised controlled trial. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2004;5(2):99-105.

25 Morkeved S, Bo K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow-up. BJOG. 2000;107:1022-8.