

Livia Costa de Freitas

livi_freitas@hotmail.com

Discente do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará – UEPA.

Vivian Eiko Costa Chiba

vivian.eiko.reis@hotmail.com

Discente do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará – UEPA.

Helade Beatriz Farias Figueiredo

heladebff@gmail.com

Discente do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado do Pará – UEPA.

Gustavo Fernando Sutter Latorre

gustavo@perineo.net

Fisioterapeuta pélvico, Mestre em fisioterapia, Portal Perineo.net, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Dayse Danielle de Oliveira Silva

d.danielle@boll.com.br

Docente da Universidade da Amazônia (UNAMA), Mestre em Patologia das Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará.

Erica Feio Carneiro Nunes

erica@perineo.net

Mestre em Ciências da Motricidade Humana (UCB-RJ). Fisioterapeuta docente da Universidade do Estado do Pará – UEPA.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

AVALIAÇÃO DO PREPARO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

EVALUATION OF THE PREPARATION OF PELVIC FLOOR MUSCLES IN PRENATAL CARE

RESUMO

Introdução: O parto normal é um grande fator de risco para a ocorrência de disfunções do assoalho pélvico, causados pelo aumento da pressão do peso corporal materno e do útero gravídico nessa musculatura e por lacerações geradas pelo próprio mecanismo de parto. Neste contexto, a atuação da fisioterapia é fundamental, visando reduzir a possibilidade de lesões obstétricas perineais. Além disso, o profissional atua também diminuindo o tempo de parto, auxiliando na fase expulsiva e promovendo métodos não farmacológicos para a redução da sensação dolorosa durante o parto. **Objetivo:** Verificar se durante a gravidez as gestantes passaram por um processo de preparação da musculatura do assoalho pélvico para o parto normal. **Materiais e Métodos:** A coleta de dados foi realizada através de um questionário com mulheres de 18-40 anos em duas maternidades particulares, num total de 50 pacientes sendo divididas 25 para cada Instituição privada, na cidade de Belém do Pará no período de 03/2015 a 04/2015. **Resultados:** Das 50 puérperas pesquisadas, 74% não receberam orientação para a preparação da musculatura do assoalho pélvico. **Conclusão:** Conclui-se que as puérperas não receberam uma orientação profissional para preparação da musculatura do assoalho pélvico para o parto normal. Além disso, grande parte delas fora incentivada a realizar o parto cesáreo.

PALAVRAS-CHAVE:

Pré-natal. Assoalho Pélvico. Gravidez.

ABSTRACT

Introduction: The natural childbirth is a major risk factor for the occurrence of pelvic floor dysfunctions caused by increased pressure of maternal body weight and pregnant uterus, in this musculature and lacerations generated by the childbirth mechanism itself. In this context, the performance of physiotherapy is fundamental, aiming to reduce the possibility of perinous obstetric lesions. In addition, the professional also acts by reducing childbirth time, assisting in the expulsive phase and promoting non-pharmacological methods to reduce painful sensation during childbirth. **Objective:** To verify if during pregnancy the pregnant women took part of a process of preparing the pelvic floor muscles for natural childbirth. **Methodology:** Data collection was performed through a questionnaire with women aged 18-40 years in two private maternities, a total of 50 patients being divided 25 for each private institution, in the city of Belém in Pará, in the period from 03/2015 to 04/2015. **Results:** Of the 50 puerperal women surveyed, 74% of them did not receive guidance for the preparation of pelvic floor muscles. **Conclusion:** It is concluded that the puerperal women did not receive a professional orientation to prepare the pelvic floor muscles for natural childbirth. In addition, most of them had been encouraged to cesarean section. **Keywords:** Prenatal Care. Pelvic Floor. Pregnancy.

INTRODUÇÃO

O período gestacional é caracterizado como um momento ímpar e repleto de emoções. Nesta fase, a gestante conjuntamente com sua equipe de saúde multidisciplinar deve ponderar acerca dos tipos de parto e priorizar o que lhe proporcionará menos riscos⁽¹⁾. Uma via de parto segura para gestantes classificadas como baixo risco é o parto normal⁽²⁾. Este tipo de parto estimula o contato mãe/bebê e a amamentação logo após o nascimento⁽³⁾, sendo assim é mais encorajado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por apresentar mais vantagens para a mãe e para o bebê⁽⁴⁾.

Outra via de nascimento é a cesariana, um procedimento cirúrgico elementar no decréscimo das taxas de mortalidade materna e perinatal. O método é reconhecido como seguro e essencial em circunstâncias de indicação médica. Desta maneira, vale ressaltar que o método agrega na amplificação dos riscos de complicações graves nas ocasiões em que a cirurgia é executada sem indicação⁽⁵⁾.

Nota-se que, nos últimos anos, as taxas de cesariana se elevaram no Brasil, contrapondo-se às recomendações da OMS, a qual propõe uma porcentagem de 15%. A nação em questão tem como dados uma porcentagem de 85% de cesarianas realizadas na rede privada e 40% na rede pública de saúde⁽⁵⁾. Neste contexto, almejando atingir o percentual proposto pela OMS, o Governo Federal fortaleceu programas como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Rede Cegonha, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento⁽⁶⁾.

Ademais, como estratégia para a atenuação das cesarianas, o Ministério da Saúde reforça o parto humanizado⁽⁷⁾. Este método define-se pelo protagonismo da parturiente e ao respeito e preservação das características fisiológicas do parto⁽⁸⁾. Assim, a mulher tem liberdade para se

movimentar, adotar posições, escolher receber técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, é estimulada a amamentar e ter o contato mãe/bebê. Além disso, a indução do parto por meio de ocitocina, uso de episiotomia, fórceps e ruptura precoce das membranas são limitados e exclusivos para complicações⁽⁹⁾.

É importante ressaltar ainda que além das vantagens para a mãe e para o bebê, o Estado também se beneficia da redução das cesarianas. Isso porque, em suas instancias, o governo passa a ofertar partos mais seguros e sem trauma para as parturientes, além de minimizar os custos e as taxas de morbimortabilidade⁽⁷⁾.

Uma peça chave no parto humanizado é o fisioterapeuta, no entanto, a atuação deste profissional não é uma prática comum nos serviços de saúde. O fisioterapeuta contribui com a preparação para o parto, a qual pode ser iniciada logo nos primeiros meses de gestação⁽⁹⁾. Neste contexto, o profissional intervém reduzindo a possibilidade de uma lesão obstétrica perineal⁽¹¹⁾. Acredita-se que a intervenção deste profissional por meio da preparação do assoalho pélvico favoreça a adesão ao parto normal⁽¹²⁾.

O profissional atua também durante o trabalho de parto, administrando técnicas não farmacológicas para a atenuação dolorosa como a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), massagem terapêutica e cinesioterapia⁽¹³⁾. Além disso, orienta a parturiente a respeito de técnicas de respiração, associando-as a posições e posturas adequadas para a dilatação, auxiliando na progressão do parto, propiciando bem-estar físico e psíquico⁽¹⁴⁾. Tais condutas resultam na redução do tempo de parto, tornando-o mais ativo e humanizado⁽¹³⁾. Corroborando com a conclusão de uma revisão sistemática, ao qual constatou que partos rápidos e com menor intervenção anestésica foram encontrados em parturientes que adotaram posturas verticais e deambularam⁽⁹⁾.

Uma estratégia que poderia ser utilizada para a redução da taxa de cesarianas e intervenções desnecessárias é a oferta de doulas às gestantes. Pois, segundo um estudo realizado com 270 gestantes, concluiu-se que estes profissionais atuam no apoio emocional e físico à grávida, contribuindo para a escolha do parto vaginal, visto que fora constatado que reduziram quase pela metade a chance de cesarianas⁽¹⁵⁾.

Desta forma, este trabalho tem por objetivo verificar se durante a gravidez as mulheres que pariram em maternidades privadas passaram por um processo de preparação do MAP e identificar a satisfação das puérperas de parto normal em relação ao pré-natal que realizaram.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi delineada como um estudo transversal quanti-qualitativo. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Amazônia, Belém, PA, Brasil (parecer 920.337). O trabalho foi realizado em duas maternidades privadas, sendo uma a Maternidade do Povo e a outra no Hospital Adventista de Belém, localizadas no município de Belém-PA.

A amostra deste estudo foi constituída por 50 puérperas, divididas em dois grupos com 25 participantes de cada maternidade particular. As participantes para serem incluídas deveriam ter de 18-40 anos de idade, serem puérperas que estivessem no puerpério imediato. Foram excluídas as que não compreenderam comandos ou que não foram capazes de responder ao questionário

de assistência pré-natal e puerperal.

Para avaliação foi utilizado um questionário de assistência pré-natal e puerperal modificado do estudo "Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato"⁽¹⁰⁾, para avaliar a qualidade do serviço prestado às pacientes no período pré e pós-parto de maternidades privadas. Este questionário consistia em quatorze questões fechadas envolvendo o atendimento, orientações, quais tipos de orientações, satisfação pela assistência prestada durante o pré-natal e conhecimento das voluntárias acerca do MAP. No questionário de assistência pré-natal e puerperal, continha informações gerais como: dados pessoais (nome, idade, data de nascimento, estado civil, profissão, endereço, telefone), unidade de saúde onde realizou o pré-natal, nº de gestações, nº de partos normais e partos cesáreos, nº de abortos, nº de filhos vivos, duração do trabalho de parto, episiotomia e antecedentes obstétricos.

Os pesquisadores distribuíram uma cartilha contendo orientações a respeito dos primeiros sintomas, importância do pré-natal, objetivos do pré-natal, preparação para o parto, o que é assoalho pélvico e exercícios para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico. Cada puérpera foi convidada a participar da pesquisa dentro do apartamento ou enfermaria que se encontrava. Feitos os esclarecimentos quanto aos objetivos, procedimentos e sobre o aceite da participação, as voluntárias responderam ao questionário e posteriormente receberam orientações a respeito da importância de um bom pré-natal e sobre o assoalho pélvico. Ressalta-se que as puérperas participantes fizeram seu pré-natal na própria maternidade onde pariram.

A análise estatística foi realizada através do programa Epi Info. O teste Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a adesão dos dados à curva de normalidade. Os dados que obedeceram à curva de distribuição normal foram apresentados e correlacionados por meio de testes paramétricos e os que não obedeceram, por meio de testes não-paramétricos, sendo o nível alfa de significância de 5% adotado previamente. Os dados categóricos foram apresentados em frequência absoluta e percentis. Para determinar a relação linear foi utilizado o teste de correlação de Pearson (r) e para determinar a significância das diferenças entre as frequências relativas entre o grupo que recebeu orientações e o grupo que não recebeu orientações, foi utilizado o teste qui-quadrado (X^2).

RESULTADOS

As características gerais das puérperas estão descritas na Tabela 1. Para a variável idade, o maior valor foi no intervalo de 28-33 anos. Em relação ao número de gestações, a 1ª gestação obteve maior percentual. Quanto ao tipo de parto atual, o parto cesáreo ainda prevalece com mais frequência nas duas maternidades privadas analisadas, e das que foram submetidas ao parto normal, a maioria realizou o procedimento de episiotomia.

Tabela 1 – Características gerais das puérperas, Belém, Pará, Brasil. (n=50).

| Variáveis | n | % |
|----------------------------------|----|-----|
| Idade (anos) | | |
| 18-27 | 19 | 38% |
| 28-33 | 22 | 44% |
| 34-40 | 9 | 18% |
| Nº de gestações | | |
| 1ª | 27 | 54% |
| 2ª | 14 | 28% |
| 3ª | 6 | 12% |
| >4ª | 3 | 6% |
| Tipo de parto (atual) | | |
| Normal | 10 | 20% |
| Cesáreo | 40 | 80% |
| Episiotomia (normal n=10) | | |
| Sim | 8 | 80% |
| Não | 2 | 20% |

Fonte: Dados da pesquisa.

A frequência das respostas dadas às perguntas relacionadas ao incentivo para o tipo de parto e as orientações quanto à preparação do MAP estão na Tabela 2. Na tabela 3 está a correlação entre as respostas para incentivo para o tipo de parto e as orientações quanto à preparação do MAP. Observou-se no decorrer da pesquisa que as puérperas incentivadas ao parto normal também foram as mesmas que receberam orientações para a preparação do MAP, mas, mesmo com essa preparação, ainda houve voluntárias com a necessidade de realização do parto cesariano devido a complicações gestacionais. É possível verificar diferenças significativas quanto ao maior número de gestantes incentivadas a ter parto cesáreo e, conseqüentemente, maior o número de mulheres que não foram orientadas para preparar a musculatura do assoalho pélvico.

Tabela 2 – Frequência das respostas quanto ao incentivo para o tipo de parto e as orientações quanto à preparação dos músculos do assoalho pélvico, Belém, Pará, Brasil.

| Perguntas | n | % |
|--|----|-----|
| Incentivo quanto ao tipo de parto | | |
| Parto Normal | 18 | 36% |
| Parto Cesáreo | 32 | 64% |
| Orientação quanto a preparação do MAP | | |
| Sim | 13 | 26% |
| Não | 37 | 74% |

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3: Correlação entre as respostas dadas ao incentivo para o tipo de parto e as orientações quanto à preparação dos músculos do assoalho pélvico, Belém, Pará, Brasil.

| NORMAL (n=18) | | Incentivo quanto ao tipo de parto | | r* | P valor* |
|---------------------------------------|-----|-----------------------------------|----|-------|----------|
| | | CESAREO (n=32) | | | |
| Orientação quanto a preparação do MAP | SIM | 8 | 5 | 0,315 | 0,026 |
| | NÃO | 10 | 27 | | |

*Correlação de Pearson

Fonte: Dados da pesquisa.

Na tabela 4, estão descritas as orientações recebidas pelas puérperas durante o pré-natal, onde o “desenvolvimento fetal” foi o tema mais abordado pelos obstetras que atenderam essas voluntárias, ao contrário do tema “direito das gestantes” que foi menos questionado.

Tabela 4 – Distribuição de frequências relativas às respostas das orientações oferecidas, Belém, Pará, Brasil.

| Perguntas / Orientações | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| 1. Importância do pré-natal | 46 | 4 |
| 2. Sexualidade | 34 | 16 |
| 3. Higiene e alimentação | 46 | 4 |
| 4. Desenvolvimento fetal | 49 | 1 |
| 5. Modificações corporais e mentais | 38 | 12 |
| 6. Planejamento familiar | 21 | 29 |
| 7. Direitos da gestante | 19 | 31 |
| 8. Impacto do trabalho sobre a gravidez | 26 | 24 |
| 9. Importância da participação do pai | 29 | 21 |
| 10. Aleitamento materno | 38 | 12 |
| 11. Importância das consultas puerperais | 37 | 13 |
| 12. Cuidados com recém-nascido | 36 | 14 |
| 13. Importância do acompanhamento do bebê | 40 | 10 |
| 14. Vacinação | 46 | 4 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à satisfação das puérperas acerca das orientações prestadas durante a assistência pré-natal, a maioria demonstrou contentamento, mesmo não recebendo todas as informações, conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5 – Impressão das gestantes com relação a sua satisfação da assistência pré-natal correlacionada com as orientações dadas, Belém, Pará, Brasil.

| Perguntas / Orientações | Sim | Não | P valor |
|---|-------|-------|---------|
| 1. Importância do pré-natal | 91,1% | 8,9% | 0,323 |
| 2. Sexualidade | 64,4% | 35,6% | 0,065 |
| 3. Higiene e alimentação | 93,3% | 6,7% | 0,199 |
| 4. Desenvolvimento fetal | 97,8% | 2,2% | 0,450 |
| 5. Modificações corporais e mentais | 77,8% | 22,2% | 0,213 |
| 6. Planejamento familiar | 37,8% | 62,2% | 0,050 |
| 7. Direitos da gestante | 37,8% | 62,2% | 0,456 |
| 8. Impacto do trabalho sobre a gravidez | 53,3% | 46,7% | 0,305 |
| 9. Importância da participação do pai | 57,8% | 42,2% | 0,472 |
| 10. Aleitamento materno | 73,3% | 26,7% | 0,118 |
| 11. Importância das consultas puerperais | 71,1% | 28,9% | 0,102 |
| 12. Cuidados com recém-nascido | 68,9% | 31,1% | 0,088 |
| 13. Importância do acompanhamento do bebê | 77,8% | 22,2% | 0,155 |
| 14. Vacinação | 91,1% | 8,9% | 0,323 |

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado para verificar quais orientações as puérperas receberam durante o pré-natal e se durante a gravidez as voluntárias passaram por um processo de preparação do MAP para o parto normal. Após vasta pesquisa na literatura nacional e internacional usando os descritores assoalho pélvica, puérperas, assistência pré-natal, parto normal e parto cesáreo não foram encontrados artigos científicos que pudessem respaldar esta discussão.

A pesquisa mostrou que nos partos normais realizados pelas maternidades pesquisadas, foi utilizado o procedimento de episiotomia. Esta técnica tem por objetivo a redução da possibilidade de lesão perineal. Entretanto, após diversos estudos, entende-se que se caracteriza como um fator de risco para o desenvolvimento de lacerações graves, quando utilizada de forma rotineira⁽¹⁶⁾. O método provoca uma série de consequências como: dispareunia, preocupação com a estética genital, perda do prazer, incontinência urinária, infecção da região e ligação entre vagina e ânus⁽¹⁷⁾.

Apesar das puérperas que participaram do estudo relatarem uma grande satisfação em relação à assistência pré-natal, a literatura aponta algumas inconsistências quanto a esse acompanhamento gestacional. Alguns estudos apontam que, nos países subdesenvolvidos, onde a assistência médica é precária, a atenção pré-natal representa a única oportunidade para as mulheres receberem assistência médica. No Brasil, a cobertura da assistência pré-natal ainda é muito baixa, apesar do seu crescimento nas últimas décadas. Existem fatores que causam inadequação do atendimento, como as desigualdades na assistência pré-natal prestada e a resistência das mulheres em realizarem o pré-natal⁽¹⁸⁾.

Nas maternidades pesquisadas, observou-se que durante o pré-natal não há orientação em

relação à preparação do assoalho pélvico para o parto normal. No entanto, o preparo do assoalho pélvico durante o período gravídico é fundamental⁽¹⁴⁾. Isso porque a técnica atua na distensibilidade do canal vaginal, facilitando a fase expulsiva do parto normal. Assim, o fisioterapeuta intervém reduzindo a possibilidade de uma laceração grave na musculatura perineal⁽¹¹⁾.

Durante a pesquisa, também houve relato de pacientes com queixas de incontinência urinária (IU). Por meio de estudos, sabe-se que a gravidez e o trabalho de parto são fatores de risco para o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico, como a incontinência urinária⁽¹⁹⁾. Este fato justifica a importância da intervenção fisioterapêutica precoce, já que ensaios clínicos afirmam que a execução de exercícios para a musculatura pélvica no período da gravidez e puerpério geram aumento na força, prevenindo e tratando a incontinência urinária⁽²⁰⁾.

E para ajudar as puérperas que já foram submetidas a qualquer tipo de parto ou até para evitar futuras alterações do MAP, foram distribuídas cartilhas de orientações com alguns exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico. Alguns autores apontam que a intervenção fisioterapêutica tem como resultado a conscientização da musculatura, ganho de força, melhora da coordenação e do tônus local, prevenção complicações⁽²¹⁾, além de auxiliar na fase expulsiva do parto, auxiliar na incontinência urinária e fecal e na sustentação dos órgãos pélvicos⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Neste estudo, foi concluído que a maioria das puérperas não recebeu orientação profissional para preparar a musculatura do assoalho pélvico para o parto normal, já que grande parte das mesmas foi incentivada a ter o tipo de parto cesáreo. Embora as voluntárias não tenham sido preparadas e incentivadas para o parto normal, a maior parte sentiu-se satisfeita com o pré-natal recebido.

REFERÊNCIAS

- 1 – Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 1º edição. Brasília. 2017. [acesso em 09 jan 2020]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- 2 – Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília. Janeiro. 2016. [acesso em 09 jan 2020]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
- 3 – Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. Rev Rene. 2016; 17(1): 20-8.
- 4- Rodrigues CVC, Teixeira D, Pereira DL, Rosa LS, Rangel RCT, Viana SBP. Atuação da Fisioterapia no Centro Obstétrico durante o Trabalho de Parto. Rev Cad Educ, Saúd e Fisiot. 2015;2(3). [acesso em 18 jan 2020]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/cadernoseducacao-saude-fisioter/article/view/472>

- 5 – Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília. Abril. 2015. [acesso em 18 jan 2020] Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_CP.pdf
- 6- Leite ICR, Margoto RM, Borges TC, Xavier EA, Corassa GP, Freitas MA. A análise da taxa de cesáreas no distrito federal e em um hospital público regional nos últimos 15 anos. *Rev Med Saud Bras.* 2018; 7(1):24-37. [acesso em 18 jan 2020]. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/9055/5733>
- 7-Freitas A, Lima V, De Souza J, Zuchelo L, Martinelli P. Atuação da fisioterapia no parto humanizado. *DêCiência em Foco.* 2017. [acesso em 18 jan 2020]. Disponível em: [file:///C:/Users/helad/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/15-51-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/helad/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/15-51-1-PB%20(1).pdf)
- 8– Petrucce L, Oliveira L, Oliveira S. Humanização no atendimento ao parto baseado em evidências. *Rev. Contemp. de Go. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO.* 2017;45(4). [acesso em 18 jan 2020]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/67Z-ZFEMINA.pdf>
- 9 - Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6º edição. Rio de Janeiro. 2018
- 10 – Barbosa MA; Fernandes RAQ. Avaliação da Assistência Pré-Natal de Baixo Risco no Município de Francisco Morato-SP. *Online braz. j. nurs. (Online)* 2008; 7(3): 1-15.
- 11-Mendes NA, Mazzaia MC, Zanetti MRD. Análise crítica sobre a utilização do Epi-No na gestação e parto. *ABCS Health Sci.* 2018; 43(2):117-123. [acesso em 19 jan 2020]. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1091/812>
- 12 - Ferederice CP; Amaral E; Ferreira NO. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* São Paulo. 2011. 33 (4): 188-195.
- 13 – Oliveira A, Santana P. A importância da assistência fisioterapêutica prestada à parturiente durante o parto. *Rev. FAEMA.* 2019 [acesso em 18 jan 2020];10(1):156-166. Disponível em: [http://Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/756Texto%20do%20artigo-2541-1-10-20190805%20\(1\).pdf](http://Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/756Texto%20do%20artigo-2541-1-10-20190805%20(1).pdf)
- 14 - Freitas AS, Lima VS, Sousa JN, Zuchelo LTS, Martinelli PM. Atuação da fisioterapia no parto humanizado. *DêCiência em Foco.* 2017; 1(1):18-29 [acesso em 18 jan 2020]. Disponível em <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/artic le/view/15/10>
- 15 – Sousa SR, Albuquerque A, Anjos UU, Viana RPT, Gomes LB, Freitas WMF et al. Analysis on the Doula's Influence in Childbirth Care at a Maternity. *International Archives of Medicine.* 2016; S.1(9):1-6 [acesso em 18 jan 2020]. Disponível em: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/ article/view/1978>
- 16 - Corrêa-Júnior MD, Passini Jr R. Selective episiotomy: indications, technique, and association with severe perineal lacerations. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2016; 38 (6): 301-307 [acesso em 20 jan 2020]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n 6/0100-7203-rbgo-38-06-00301.pdf>

- 17- Garrett CA, Oselame GB, Neves EB. O uso da episiotomia no sistema único de saúde brasileiro: a percepção das parturientes. Saude e pesqui. 2016; 9(3): 453-459 [acesso em 20 jan 2020]. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5560/2912>
- 18 – Ferefederice CP, Amaral E, Ferreira NO. Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(4): 188-195. São Paulo.
- 19 – Yohay D, Weintraub AY, Mauer-perry N, Peri C, Kafri R, Yohay Z, et al. Prevalence and trends of pelvic floor disorders in late pregnancy and after delivery in a cohort of Israeli women using the PFDI-20. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016; 200:35-9.
- 20 – Sut HK, Kaplan PB. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period. Neurourol Urodyn. 2016; 35(3):417-22.
- 21 – Costa C, Spyrides M, Marinho A, Sousa M. Cuidado fisioterapêutico na função sexual feminina: intervenção educativa na musculatura do assoalho pélvico. Fisioter Bras. 2018; 19(1) 65-71. [acesso em 07 fev 2020] Disponível em [file:///C:/Users/helad/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/2183-12570-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/helad/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/2183-12570-1-PB%20(1).pdf)
- 22 - Colla C. Disfunções do assoalho pélvico no pós-parto imediato, um mês e três meses após o parto vaginal e cesárea [dissertação]. Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina da UFRGS, 2017. [acesso em 07 fev 2020].