



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
CURSO DE FISIOTERAPIA

BRUNA LIMA ANDRADE
LÉLIA PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**PERFIL CLÍNICO E CINÉTICO-FUNCIONAL DE PUÉRPERAS
EM PERÍODO IMEDIATO**

Lagarto/SE

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

A553p Andrade, Bruna Lima
 Perfil clínico e cinético – funcional de puérperas em período
 imediato / Bruna Lima Andrade, Lelia Pereira dos Santos Silva ;
 orientadora Érika Ramos Silva ; co-orientadora Danielle Alves de
 Andrade Rebouças. - Lagarto, 2017.
 19 f. : il.

 Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade
 Federal de Sergipe, 2017.

 1. Gravidez. 2. Parto. 3. Puerpério. 4. Fisioterapia. I. Silva,
 Lelia Pereira dos Santos. II. Silva, Érika Ramos, Orient. III. Título.

CDU 615.8:618.2

BRUNA LIMA ANDRADE
LÉLIA PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**PERFIL CLÍNICO E CINÉTICO-FUNCIONAL DE PUÉRPERAS EM
PERÍODO IMEDIATO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe (Campus Professor Antônio Garcia Filho) como parte dos requisitos para graduação em Fisioterapia, sob a orientação da Prof.^a. Me. Érika Ramos Silva e coorientação da Fisioterapeuta Danielle Alves de Andrade Rebouças.

Orientadora: Me. Érika Ramos Silva
Coorientadora: Danielle Alves de Andrade Rebouças.

Lagarto/SE
2017

BRUNA LIMA ANDRADE
LÉLIA PEREIRA DOS SANTOS SILVA

**PERFIL CLÍNICO E CINÉTICO-FUNCIONAL EM PUÉRPERAS EM PERÍODO
IMEDIATO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe (Campus professor Antônio Garcia Filho) como parte dos requisitos para graduação em Fisioterapia, sob a orientação da Prof. Me. Érika Ramos Silva e coorientação Danielle Alves de Andrade Rebouças.

Lagarto/SE, 12 de junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Érika Ramos Silva
(Orientadora)

Prof. Dra. Júlia Guimarães Reis da Costa
(Avaliadora 1)

Prof. Dra. Ana Silvia Moccelin
(Avaliadora 2)

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	8
2 CASUÍSTICA E MÉTODOS	9
3 RESULTADOS	10
4 DISCUSSÃO	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS	16
APÊNDICES	20

PERFIL CLÍNICO E CINÉTICO-FUNCIONAL DE PUÉRPERAS EM PERÍODO IMEDIATO

Clinical and kinetic-functional profile of puerperal women in an immediate period

Bruna Lima Andrade, Universidade Federal de Sergipe (UFS), discente, Lagarto, Sergipe, Brasil, bl.andrade18.bl@gmail.com

Lélia Pereira dos Santos Silva, Universidade Federal de Sergipe (UFS), discente, Lagarto, Sergipe, Brasil, leliafisio24@gmail.com

Érika Ramos Silva, Universidade Federal de Sergipe, professora, orientadora, Lagarto, Sergipe, Brasil, erikase1@hotmail.com

Danielle Alves de Andrade Rebouças, Universidade Federal de Sergipe, preceptora, Lagarto, Sergipe, Brasil, dani.andrade2878@gmail.com

Resumo

Introdução: Uma completa avaliação cinesiológica funcional pode ajudar na redução de comorbidades, além de orientar um plano terapêutico compatível com as necessidades singulares da mulher. **Objetivos:** Analisar o perfil clínico e cinético-funcional de puérperas em período imediato, constatando as principais alterações e comparando as características funcionais de acordo com a via de parto e a paridade. **Materiais e métodos:** Estudo longitudinal, de campo, retrospectivo, realizado na Maternidade Zacarias Júnior, Lagarto (SE), de novembro de 2015 a fevereiro de 2017. Foram analisadas 307 fichas de Avaliação Cinesiológica Funcional de mulheres no Puerpério Imediato. Após ponderar os critérios de inclusão e exclusão as fichas avaliadas totalizaram 297. Realizou-se uma análise descritiva, por meio de percentual, média e desvio padrão. O teste T foi aplicado para comparação da Escala Visual Analógico (EVA) e Diástase do Músculo Reto Abdominal (DMRA) ($p < 0,05$). Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe (CAEE nº 61988416.0.0000.5546). **Resultados:** Observou-se que 53,2% das parturientes foram submetidas ao parto vaginal e 46,8% a cesariana. 55,69% das puérperas sofreram episiotomia e 49,15% das puérperas relataram EVA diferente de zero. Em relação à DMRA 54,41% das puérperas tiveram valores maiores que 3 cm. A constipação intestinal obteve maior prevalência em mulheres submetidas à cesariana. A última variável analisada foi a dificuldade para amamentar, constatada em 27,27% ($n=81$). **Considerações finais:** As principais alterações funcionais foram: dor incisional, constipação intestinal e dificuldades para amamentar. Diástase abdominal, dor e constipação intestinal foram mais significativas em mulheres submetidas à cesariana.

Palavras-chave: Gravidez. Parto. Puerpério. Fisioterapia

Abstract

Introduction: A complete functional kinesiological evaluation can help reduce comorbidities and guide a therapeutic plan compatible with the unique needs of women. **Objectives:** To analyze the clinical and kinetic-functional profile of puerperae in an immediate period, noting the main alterations and comparing the functional characteristics according to the mode of delivery and parity. **Materials and methods:** A retrospective longitudinal field study was carried out at the Zacarias Júnior Maternity Hospital, Lagarto (SE), from November 2015 to February 2017. A total of 307 Functional Kinesiological Assessment cards were analyzed for women in the Immediate Puerperium. After weighing the inclusion and exclusion criteria, the datasheets evaluated totaled 297. A descriptive analysis was performed by means of percentage,

mean and standard deviation. The T-test was applied to compare the Visual Analogue Scale (VAS) and Abdominal Straight Muscle Dyssthesia (ARMD) ($p < 0.05$). Study approved by the Ethics and Research Committee on Human Beings of the Federal University of Sergipe (CAEE nº 61988416.0.0000.5546). **Results:** It was observed that 53.2% of parturients underwent vaginal delivery and 46.8% underwent cesarean section. 55.69% of the puerperal women had an episiotomy and 49.15% of the puerperae reported non-zero VAS. Regarding DMRA, 54.41% of the puerperae had values greater than 3 cm. Intestinal constipation was more prevalent in women undergoing cesarean section. The last variable analyzed was difficulty in breastfeeding, found in 27.27% ($n = 81$). **Final considerations:** The main functional alterations were: incisional pain, intestinal constipation and difficulties to breastfeed. Abdominal discomfort, pain and constipation were more significant in women undergoing cesarean section. **Keywords:** Pregnancy. Childbirth. Puerperium. Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

As adequações fisiológicas durante a gestação têm como principal propósito a garantia do desenvolvimento fetal com segurança e mínima lesão materna. São modificações fundamentadas nas alterações hormonais com aumento dos níveis de estrogênio, progesterona, bem como liberação de gonadotrofinas coriônicas, relaxina e ocitocina, com níveis variáveis ao longo dos trimestres gravídicos e fases do trabalho de parto (1, 2, 3, 4).

Essas mudanças podem gerar impactos negativos sobre a qualidade de vida e funcionalidade das mães, por alterarem o sono, o processo de absorção alimentar, a postura e o eixo gravitacional, bem como gerarem sobrecarga de peso e instabilidade emocional (5). A gestante apresenta uma mudança na imagem corporal e pode questionar seu papel no eixo matrimonial, familiar, social e profissional (5,6).

Em todo o processo, faz-se necessária a assistência especializada à saúde materna e infantil. Sendo de extrema relevância a intervenção multi e interdisciplinar. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos e fonoaudiólogos, em suas diversas especialidades, podem atuar minimizando os desconfortos, melhorando a qualidade de vida, tratando as disfunções ou possíveis doenças manifestadas durante a gestação ou após a mesma (7, 8, 9).

As próprias políticas públicas de saúde objetivam viabilizar essa melhor assistência, garantindo o acesso ao pré-natal e o suporte ao trabalho de parto, parto e puerpério imediato, tardio e remoto. Essas políticas são caracterizadas pelo estímulo ao parto humanizado, aleitamento materno, assistência no puerpério e planejamento familiar (8).

Ao longo dos anos a intervenção fisioterapêutica nos períodos pré-parto, parto e pós-parto tem se destacado como alternativa segura e eficaz para a promoção da saúde da mulher (10). Um conjunto de intervenções visa minimizar os desconfortos musculoesqueléticos, prevenir lesões, favorecer o condicionamento cardiovascular, melhorar a aptidão pulmonar, prevenir distúrbios gênito-urinários e preparar para a amamentação exclusiva (11,12, 13, 14).

Cada plano terapêutico deve ser estabelecido a partir de uma completa e contínua avaliação cinesiológica funcional, em que as queixas da paciente, bem como suas expectativas devam ser integradas às metas e objetivos terapêuticos (15,16, 17) O exame físico, os exames laboratoriais e os testes funcionais ou de desempenho devem

ser analisados de maneira integrada, a fim de que o diagnóstico cinesiológico funcional e o plano de tratamento sejam estabelecidos (18, 19).

Cada Serviço de Fisioterapia Obstétrica deve reconhecer o perfil funcional de suas pacientes a fim de que protocolos de intervenção sejam elaborados e a eficácia do tratamento seja alcançada. Com base nesta realidade, este trabalho visa analisar o perfil clínico e cinético-funcional de puérperas em período imediato, constando as principais alterações e comparando as características funcionais de acordo com a via de parto e paridade.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo longitudinal, de campo, retrospectivo, realizado na Maternidade Zacarias Júnior, localizada no município de Lagarto (SE), entre os meses de novembro de 2015 até fevereiro de 2017. Foram analisadas 307 fichas de Avaliação Cinesiológica Funcional no período puerperal imediato (Apêndice 1), ficha padrão utilizada no campo de estágio em questão. As fichas foram selecionadas pelo método de conveniência, sendo incluídas aquelas com dados das puérperas com idade entre 14 e 43 anos e concordaram em participar da pesquisa, em todas as suas etapas, no ato da avaliação. As pacientes com idade inferior a 18 anos tiveram aprovação de seu responsável para participar desta pesquisa. Foram excluídas 10 fichas de pacientes avaliadas, cujas informações estavam incompletas ou ilegíveis, restando para análise 297 fichas.

As variáveis pesquisadas foram: idade, via de parto e paridade, número de abortos, tabagismo, etilismo, sedentarismo, presença de diástase do músculo reto abdominal (DMRA) e sua localização avaliada segundo Rett (10), tipos de mamilos, traumas mamilares, dificuldades para amamentar, presença de quadro algico avaliado pela Escala Visual Analógica (EVA), constipação. Todos os avaliadores foram submetidos a treinamento padrão prévio à avaliação bem como a supervisão no ato das medidas. Esse cuidado visa ressaltar a confiabilidade dos dados registrados. Após avaliação, os dados foram tabulados em programa da Microsoft Excel[®], e a análise descritiva foi realizada a partir de porcentagens ou médias e desvios padrão. Utilizando o programa estatístico Bioestat Versão 5.4, foram aplicados testes estatísticos para constatação de significância ($p < 0,05$). O teste T foi utilizado para comparar as médias das variáveis intensidade da dor e diástase abdominal.

Todas as normas expressas na Resolução nº 510/2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram cumpridas. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) /Plataforma Brasil, sendo aprovada com o número de protocolo CAAE = 61988416.0.0000.5546. As participantes tiveram sua identidade preservada e no ato da avaliação, receberam tratamento e/ou orientação de acordo com a sua necessidade no momento. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A partir da análise das 297 fichas das puérperas no período imediato, foi constatado que a média de idade foi $25,12 \pm 6,62$ anos, com idade gestacional média de $39,19 \pm 1,66$ semanas, sendo que 15,95% (n=41) não constavam em prontuário e não souberam informar quando questionadas. 53,2% (n=158) foram submetidas a parto vaginal enquanto 46,8% a cesariana. Do total, 16,16% (n=48) haviam sofrido aborto prévio. Em sua maioria eram multíparas (53,53%, n=159) e sedentárias (50,84%, n=151).

Tabela 1- Distribuição percentual das puérperas avaliadas, considerando a paridade, hábitos de vida e alterações funcionais puerperais.

VARIÁVEIS PESQUISADAS		%	N
Paridade	Primiparidade	46,12	137
	Multiparidade	53,53	159
Hábitos de vida	Fumantes	6,73	20
	Etilistas	7,74	23
	Sedentárias	50,84	151
Alterações funcionais puerperais	Quadro algico puerperal	49,15	146
	Constipação Intestinal	33,33	99
	Dificuldade para amamentar	27,27	81

Entre aquelas que foram submetidas a parto vaginal, 55,69% (n=88) sofreram incisão por episiotomia, sendo o tipo mais prevalente a oblíqua direita (44,31%).

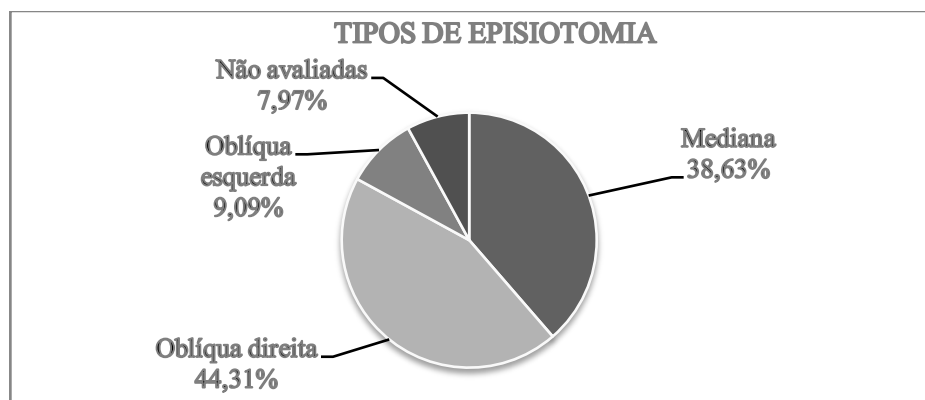


Gráfico 1: Distribuição percentual dos tipos de episiotomia das puérperas avaliadas.

Ao ser avaliada a existência de quadro algico, 49,15% (n=146) das entrevistadas relataram EVA diferente de zero. O valor médio de intensidade da dor foi 5.34 ± 2.1 . Na diferenciação da dor por via de parto, 58,9% (n=86) das puérperas passaram por cesariana e 41,1% (n=60) por parto vaginal. Apesar dos muitos pontos dolorosos referidos, a principal causa da queixa foi à incisão no parto cesáreo (83,72%, n=72) (Gráfico 2). Quando analisado o valor médio de intensidade da dor por via de parto, foi constatado que no parto cesáreo a média foi 5,04, enquanto no parto vaginal a média foi de 5,4, sendo constatada diferença significativa entre eles ($p = 0.2$).

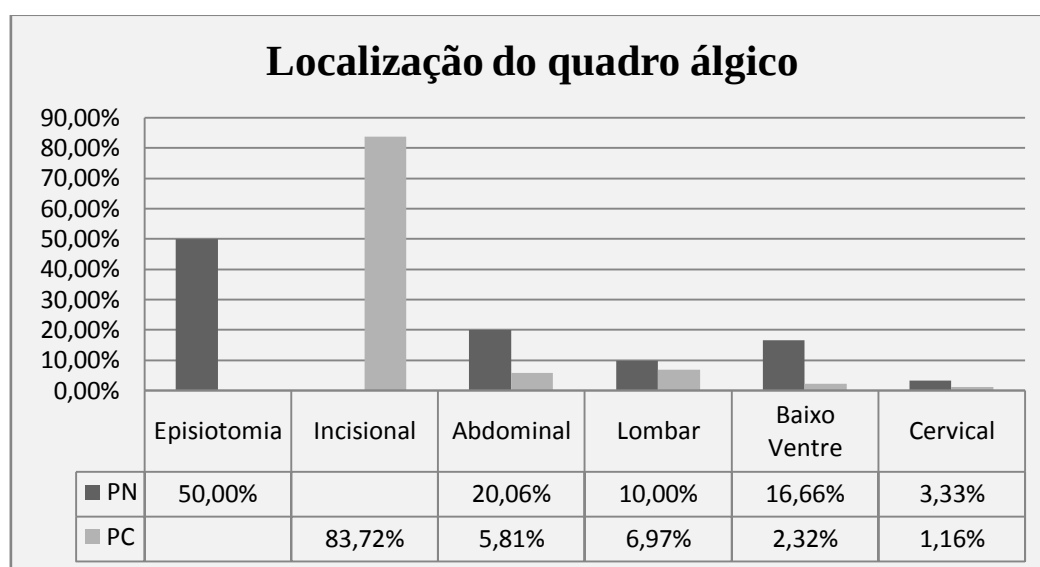


Gráfico 2: Distribuição percentual dos locais onde os quadros algicos foram relatados.

Das 297 puérperas avaliadas, cerca de 72,39% (n= 215) apresentaram diástase abdominal, com valores médios supra umbilicais de $3,0 \pm 1,4$ cm e infra umbilicais de $2,25 \pm 1,2$ cm ($p \leq 0,0001$). Deste total de 215 pacientes com DMRA, 54,41 % (n= 117) apresentavam valores de medida maiores que 3 cm.

Além da dor, outra queixa puerperal freqüente, refere-se à constipação intestinal. Entre as avaliadas, 33,33% (n=99) referiram essa alteração. Quando verificada a distribuição percentual de constipação em relação a via de parto, observou-se maior prevalência em mulheres submetidas a parto cesáreo (45,32%).

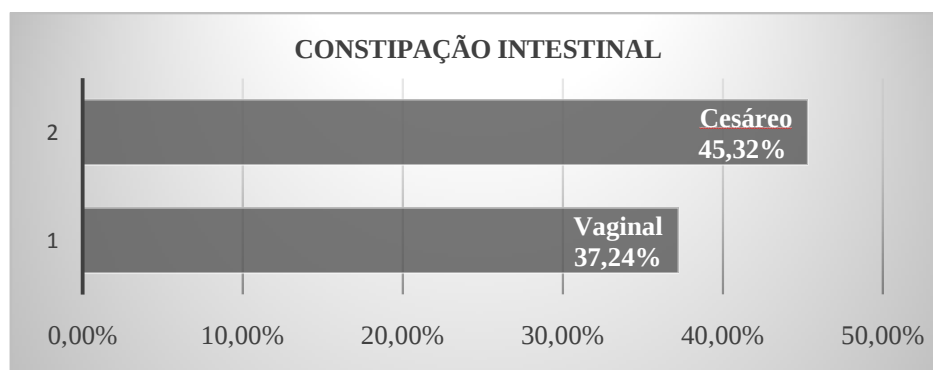


GRÁFICO 3: Distribuição percentual de puérperas com constipação intestinal por tipo de parto.

Outra variável analisada durante a pesquisa foi a presença de dificuldade para amamentar, constatada em 27,27% (n= 81). Dentre os fatores relatados destacou-se a ausência de colostro/leite (30,86%, n= 25) e má sucção do recém-nascido (29,62%, n= 24) (Gráfico 4). Quando considerados os valores de dados estruturais das mamas, foi constatado que 80,80% (n= 240) das mulheres apresentavam mamilos protusos, 4,04% (n= 12) semi-protusos, 0,6% (n= 2) mamilos invertidos, 14,56% (n=43) mamilos planos.

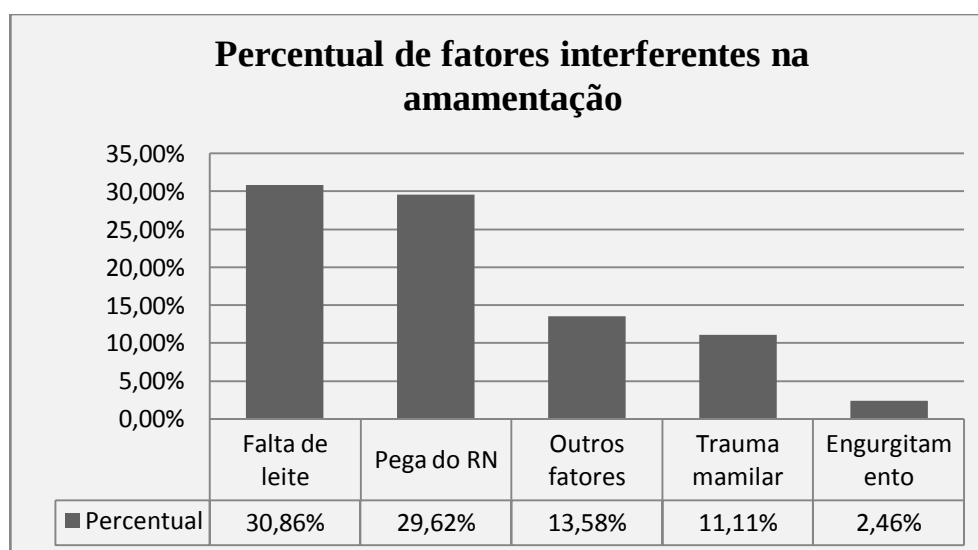


GRÁFICO 4: Distribuição percentual de dificuldades para amamentação

DISCUSSÃO

Segundo Baracho (1); Burti (2); Stenphenson (3); Liz (4) e Moreira (5), as várias transformações fisiológicas e anatômicas que ocorrem durante o período gestacional, podem provocar desconfortos físicos e emocionais que normalmente após o parto, podem regredir para as condições fisiológicas prévias à gravidez. A grande questão é

que também durante o período imediato, muitos desconfortos podem ser constatados nas puérperas.

Ao ser avaliada a existência de quadros algícos, mais da metade das entrevistadas referiram algum tipo de dor ou desconforto. Os relatos variaram entre dor incisional (decorrente da intervenção cirúrgica), dor por alterações biomecânicas (em coluna lombar) ou dor por alterações gastrointestinais, de acordo com a via de parto correspondente. Em um estudo realizado com 309 mulheres, que referiram dor no puerpério imediato, atendidas em duas maternidades do município de São Paulo, os locais de dor referidos apresentaram similaridade entre as mulheres submetidas ao parto normal e cesariano. Dentre essas, a dor na região supra púbica foi a mais mencionada (44%), seguida pela dor nas regiões abdominal (29,4%), perineal (23%), epigástrica (9,4%), lombar (6,1%), cefálica (3,9%) e mamária (2,9%), independentemente da via de parto. Nas mulheres com episiotomia, 69,3% referiram dor, sobretudo na região perineal (45,6%) com intensidade média de 5,6 e a intensidade média de dor puerperal nas mulheres submetidas ao parto cesariano foi maior na região lombar ($4,29 \pm 3,77$) (20).

Sabe-se que a assistência pré-natal adequada, com educação e prevenção de comorbidades, bem como os partos minimamente invasivos ou humanizados, tendem a reduzir estes desconfortos. As políticas públicas de saúde visam estimular a adoção destas ações, com finalidade de melhorar a qualidade na assistência e garantir perfeita saúde materna e infantil (21).

O parto por via vaginal tem sido estimulado e, na população avaliada, essa foi a via de parto mais prevalente. Entretanto, um aspecto relevante foi o fato de mais da metade dessas pacientes avaliadas terem sido submetidas à episiotomia, procedimento cirúrgico, eletivo, utilizado em obstetrícia com fins de aumentar a abertura vaginal. A incisão no períneo, no final do segundo estágio do parto, pode causar disfunção significativa no assoalho pélvico devido inclusive à secção de fibras musculares importantes na atuação do períneo, continência urinária, fecal e saúde sexual. Embora a episiotomia tenha se tornado procedimento cirúrgico comum, há uma intenção de torná-la um procedimento restrito, não rotineiro (12,22). Os critérios para realização desse procedimento são médicos e questioná-los não foi objeto desta pesquisa. No âmbito da fisioterapia, ter conhecimento sobre essa realidade, permite estabelecer intervenções que favoreçam a cicatrização e a melhora da função do assoalho pélvico, agindo de forma preventiva ou curativa sobre possíveis afecções gênero-urinárias, fecais ou sexuais (12,23,24).

Como profissionais de saúde, precisamos considerar que, algumas alterações funcionais decorrentes da gestação, podem se perpetuar ou se agravar a partir de gestações seguintes. Especialmente quando não há seguimento (*followup*) das pacientes com maiores fatores de risco para disfunções. Na presente pesquisa, a maioria das avaliadas eram múltiparas, sedentárias e não apresentavam disfunções significativas. Apesar disso, o fato de já terem experimentado o parto previamente, reduz estados de tensão, ansiedade e resistências à amamentação (25).

A adesão à amamentação as condutas e as orientações propostas durante a avaliação e intervenção fisioterapêutica, podem ser influenciadas pela cognição, percepção da realidade e auto cuidado da puérpera. Segundo Surita(26), a prática da atividade física traz, entre outros benefícios, uma melhor consciência corporal, bem como maior percepção e cuidado pessoal. São raros os trabalhos que comparam a condição de puerpério imediato, tardio ou remoto de mulheres sedentárias ou que praticaram exercício físico durante a gestação. Atitudes positivas frente às mudanças geram melhor evolução após intervenções cirúrgicas. A exemplo disso, podemos considerar a condição biomecânica de alguns grupos musculares, como os músculos abdominais. A prevalência de diástase, bem como suas características, são influenciadas pela prática de exercício físico regular.

Segundo Rett(10) e Silva (27), os músculos abdominais formam um apoio elástico de quatro vias: o reto abdominal, o transverso do abdômen, o oblíquo interno e o oblíquo externo. O enfraquecimento desses músculos com afastamento dos feixes, superior a 3cm implica em relatos de dor; déficit na sustentação da massa visceral; disfunção na biomecânica respiratória, postura do tronco e estabilização da coluna; alteração no ritmo gastrointestinal; e posteriormente, incômodos emocionais por fatores estéticos. Segundo Luna (28,29,30,31), a via de parto interfere na presença da diástase, podendo acontecer em menor frequência no parto vaginal. Isto pode ser justificado pelas condições fisiológicas em que o parto vaginal ocorre. Quando a mãe participa do período expulsivo do parto, os músculos abdominais têm seu retorno ao estado pré-gravídico acelerado. Na presente pesquisa, esta alteração biomecânica foi de alta prevalência, talvez por muitas serem múltiparas, sedentárias ou terem sido submetidas a parto cesáreo.

Outra consequência desta disfunção biomecânica abdominal, associada ou não aos efeitos anestésicos, é a constipação intestinal. De acordo com Cesar (23), a constipação intestinal é definida como a presença de menos de três evacuações por

semana, ou evacuação com dificuldade, esforço ou sensação de esvaziamento incompleto. Esses autores constataram maior prevalência de constipação intestinal em mulheres submetidas a parto vaginal, com desenvolvimento de incontinência fecal mais tardiamente. Em nossa pesquisa, a maior prevalência de constipação foi encontrada empuérperas submetidas a cesariana. Não existem muitas pesquisas que relacionem avia de parto à constipação intestinal. Acreditamos que múltiplos fatores podem interferir nessa afecção, podendo ser citados: histórico prévio de constipação, força muscular abdominal, evidência e características da diástase abdominal, presença de dores ou desconfortos, mobilidade diafragmática reduzida, ingestão de líquidos, tipo da dieta, uso de anestésicos e o grau de mobilidade da paciente (deambulando precocemente).

Os fatores genéticos que influenciam nas características anatômicas da mama, os fatores nutricionais, emocionais e o nível de conhecimento sobre a amamentação e sua importância, são fatores que podem contribuir ou não para o ato de amamentar(32). Os dados aqui apresentados confirmam essa afirmação uma vez que os motivos para a dificuldade de amamentar foi constatado em cerca de 28% das puérperas. As causas variaram entre: ausência de colostro, alterações anatômicas mamárias, traumas mamilares e pega inadequada do recém-nascido.

Dentre as limitações encontradas durante o estudo destacou-se o preenchimento incompleto das variáveis presentes na ficha de avaliação cinesiológica funcional dificultando a análise de outras alterações não citadas pelo trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise da população aqui estudada, foi possível constatar prevalência de puérperas jovens, multíparas e sedentárias, submetidas a parto vaginal com episiotomia. As principais alterações funcionais foram: dor incisional (cicatriz do parto cesáreo ou episiotomia), região abdominal ou de baixo ventre e em coluna lombar; constipação intestinal e dificuldades para amamentar. A diástase abdominal foi alteração comum, apesar do impacto funcional não ser claramente percebido pela puérpera. Pacientes do parto cesáreo tiveram mais queixas algicas e mais constipação intestinal.

É notório que se faz necessária a educação em saúde com relação às alterações funcionais que todas essas disfunções apresentadas causam nas puérperas. Diante disso é importante salientar também a necessidade de se fortalecer as políticas públicas a cerca da temática e investir na capacitação e qualificação da equipe multi e interdisciplinar para atuarem na área obstétrica aprimorando os atendimentos desde o pré-natal até o período puerperal.

REFERÊNCIAS

1. BARACHO, E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: **Aspectos de ginecologia e neonatologia**. 2002; 3 ed. Rio de Janeiro: Médsi.
2. 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. 2016; 18(4): 193-8.
3. STEPHENSON, R.G; LINDA, J.O.C. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. Ed. Manole, Barueri, SP. 1ª ed. 2004
4. LIZ, A. N. MAGALHÃES, G. M. BEUTTENMULLER, L. BASTOS, V. P. D. **Fisioterapia no período puerperal: revisão sistemática**. CORPVS/Rev. dos Cursos de Saúde da Faculdade Integrada do Ceará, Fortaleza, Julho/Set. 2013. (27): 09-20.
5. MOREIRA, L.S, ANDRADE, S.R.S, SOARES V., AVELAR I.S, AMARAL W.N, VIEIRA M.F. **Alterações Posturais, de equilíbrio e de dor lombar no período gestacional**. Rev. Feminina, 2011. 39(5).
6. SILVA, L. S; PESSOA, F. B; PESSOA, D. T. C; CUNHA, V. C. M; CUNHA, C. R. M; FRENANDES, C. K. C; **Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos**. Rev. Facul. Montes Belos, 2015, 8(1): 2-16.
7. ANDRADE, R. D; SANTOS, J. S; MAIA, M. A. C; MELLO, D. F; **Fatores relacionados a saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança**. Esc. Anna Nery, 2015; 19(1): 181-186.
8. BRASIL , Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Principios e diretrizes**. 1ª edição. Brasília-DF, 2011

9. PEREIRA, W. R. **A construção interdisciplinar da linha de cuidados a gestante e puérpera.** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Certificado de Especialista- Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.
10. RETT, M. T, ARAÚJO, F.R, ROCHA I, SILVA, R. A. **Diastasis of rectus abdominis muscle immediately postpartum of primiparous and multiparous after vaginal delivery.** FisioterPesqui. 2012; 19(3):236-41.
11. FALCÃO, K. P. M; CARVALHO, A. C. F; MARQUES, A. C. M. L; VIEIRA, A. G; **Prevalência de alterações posturais em puérperas frente ao posicionamento durante a amamentação.** Rev. enferm. Nov, 2015, 9(11):9839-9845.
12. ALMEIDA, A. L. R; MARSAL, A. S; **A influência da fisioterapia aplicada no tratamento da incontinência urinária de esforço em mulheres: estudo da eficácia da cinesioterapia.** Visão Universitária; 2015; (3): 109-128.
13. PINTO, A. V. A; SCHLEDER, J. C; PENTEADO, C; GALLO, R. B. S; **Avaliação da mecânica respiratória em gestantes.** Fisioter. Pesq. 2015; 22(4): 348-354.
14. COSTA, K. N. F; **Análise Comparativa da força muscular respiratória em puérperas submetidas a partos transvaginal e transabdominal.** [Trabalho de Conclusão de Curso] Graduação em Fisioterapia- Universidade Estadual da Paraíba, 2012.
15. CASTRO, A.S; CASTRO, A.C; MENDONÇA, A.C. **Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: Proposta de protocolo e avaliação da dor.** Fisioterapia e Pesquisa. 2012; 19(3): 210-214.
16. NORONHA, D. E. F. S. **Benefícios de fisioterapia na gestação: uma revisão integrativa.**[Trabalho de Conclusão de Curso] Graduação em Fisioterapia- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
17. BARRETTO, A. P. V; OLIVEIRA, Z. M; **O ser mãe: expectativas de primigestas.** Rev. saúde. Com.2010, 6(1): 9-23.
18. ABREU, N.S; CRUZ, M.V; GUERRA, Z.F; PORTO, F.R. **Atenção fisioterapêutica no trabalho de parto e pós-parto.** Rev. interdisciplinar de estudos experimentais. 2013,v.s, M.único:7-15.

19. BAVARESCO, G; SOUZA, R.S.O; ALMEICA, B; SABATINO J.H; DIAS,M.
O Fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. Ciência e Saúde Coletiva, 2011, 16 (7): 3259-326.
20. SANTOS, J.O; PACHECO, T.S; OLIVEIRA, P.S; HINO,P; GABRIELLONI, M.C; BARBIERI, M. **Avaliação da dor no período puerperal: Estudo comparativo entre os tipos de parto.** J. Health Sci Inst. 2016; 34 (4): 200-5
21. BRASIL, Ministério da Saúde. Humanização do parto e do Nascimento. Universidade Estadual do Ceará, 2015. Caderno HumanizaSUS, (4): 1-465.
22. BEZERRA, I. F; SOUZA, V. P; SANTOS, L. C; VIANA, E. S. **Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual.** Rev. Bras. ginecol.. obstet, 2015; 37(6): 266-271.
23. CESAR, M.A. P; LEITE, J.M; MUNIZ, R.C. C; ORTIZ, J.A. **Distúrbios evacuatórios em primigestas após o parto normal. Estudo clínico.** Rev Brás coloproct, 2011; 31(2): 126-130.
24. ASSIS, L. A; **Efetividade de exercícios do assoalho pélvico durante a gestação como medida preventiva da incontinência urinária e da disfunção muscular do assoalho pélvico.** [Dissertação]. Pós-graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2010.
25. VELHO, M. B; SANTOS, E. K. A; BRUGGEMANN, O. M; CAMARGO, B. V; **Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres.** Texto Contexto Enferm. Abr-jun, 2012; 21(2): 458-466.
26. SURITA, F. G. NASCIMENTO, S. L. PINTO e SILVA, J. L; **Exercício físico e gestação.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(12): 531-534.
27. SILVA, A. C. LOPES & SILVA, E. C. **Avaliação da Diástase do Músculo Reto Abdominal, em Mulheres Pós-parto Imediato, Primíparas e Multíparas, no Hospital da Universidade São Francisco de Bragança Paulista.** Trabalho de Conclusão de Curso, 2010.
28. LUNA, D. C. B; CAVALCANTI, A. L. A. M. H; GUENDLER, J. A;BRITO,V. C; OLIVEIRA, B. D. R. **Frequência da Diástase Abdominal em Puérperas e Fatores de Risco Associados.** Rev Fisioter S Fun. 2012 Jul-Dez; 1(2): 10-17.

29. LEITE, A. C. N. M. T; ARAÚJO, K. K. B. C; **Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas.** Fisioter. Mov. 2012. Abr-jun, 25(2): 389-97.
30. SANTOS, M. D. SILVA, R. M. VICENTE, M. P. PALMEZONI, V. P. CARVALHO, E. M. RESENDE, A. P. M. **Does abdominal diastasisinfluelumbar pain during gestation?** Rev. Dor. São Paulo, 2016 jan-mar; 17(1): 43-46.
31. MELO, E. C. A; FERREIRA, L. C; **Intervenção Fisioterapêutica na Prevenção de Diástase do Musculo Reto Abdominal em Gestantes.**rev. bras. saúde funcional, jun. 2014. 1(1): 18-30.
32. SOUZA, R. S; **Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas de determinada santa casa de caridade de Minas Gerais.** [Trabalho de Conclusão de Curso] Curso de Fisioterapia, UNIFOR-MG, 2016.

ANEXO 1

 AVALIAÇÃO CINÉTICO-FUNCIONAL NO PRÉ PARTO E PÓS PARTO IMEDIATO																										
IDENTIFICAÇÃO																										
NOME:						DATA AVALIAÇÃO:		__/__/__																		
ESTADO CIVIL:						DATA DO PARTO:		__/__/__																		
☐ PROFISSÃO/ ☐ OCUPAÇÃO:						IDADE:		____ anos																		
PRÉ NATAL?		☐ SIM ☐ NÃO (QUANTIDADE DE CONSULTAS? _____.)				LEITO:																				
GRAU DE ESCOLARIDADE:		☐ Analfabeto ☐ 1ºGrau C. ☐ 1ºGrau I. ☐ 2ºGrau C. ☐ 2ºGrau I. ☐ 3ºGrau C. ☐ 3ºGrau I. ☐ Pós Grad.																								
PESO:		ALTURA:				IMC:		kg/m ²																		
ENDEREÇO:																										
TELEFONE:		()				CIDADE:																				
DIAGNÓSTICO CLÍNICO:																										
HÁBITOS DE VIDA																										
TABAGISMO:		☐ SIM (Carga tabágica: ____ maços/dia) ☐ NÃO ☐ TABAGISMO PASSIVO (Carga tabágica: ____ maços/dia)				ETILISTA:		☐ SIM (____ dias/semana) ☐ NÃO																		
SEDENTARISMO:		☐ SIM ☐ NÃO (Tipo/ Frequência/Duração: _____)																								
TESTE DE CAMINHADA DE 6'					ESCOPO FUNCIONAL:																					
Distância Predita (m):					HISTÓRIA OBSTÉTRICA																					
Distância Percorrida (m):					ANTECEDENTE: A () G () PN () PC ()																					
Número de voltas:					TIPO DE PARTO: ☐ Vaginal ☐ Vaginal+Fórceps ☐ Cesárea ☐ Humanizado																					
					EPISIOTOMIA: ☐ Sim (☐ Mediana ☐ Oblíqua D ☐ Oblíqua E ☐ Deiscência ☐ Infecção) ☐ Não																					
MAMAS																										
SIMÉTRICAS		☐ SIM ☐ NÃO																								
SECRETANTES		☐ SIM (☐ COLOSTRO ☐ LEITE) ☐ NÃO			ROTURA PERINEAL: ☐ Sim (Localização: _____) ☐ Não																					
ARÉOLAS		☐ Pigmentadas ☐ Hiperpigmentadas			ID. GESTACIONAL: _____ semanas																					
MAMILOS		☐ Protrusos ☐ Invertidos ☐ Planos ☐ Hipertróficos			BOLSA ROTA: ☐ SIM ☐ NÃO																					
TRAUMAS MAMILARES		☐ SIM (☐ Mama D ☐ Mama E ☐ Mama D/E (TIPO: _____) ☐ NÃO			DILATAÇÃO (cm):																					
DIFICULDADE PARA AMAMENTAR:		☐ SIM (TIPO: _____) ☐ NÃO			TRABALHO DEPARTO: TEMPO: _____ horas _____ minutos																					
AMAMENTOU ANTERIORMENTE?		☐ SIM (____ meses) ☐ NÃO (_____.)			SINAIS VITAIS																					
AUSCULTA PULMONAR:					<table border="1"> <tr> <td colspan="2">FR</td> <td colspan="2">FC</td> <td colspan="2">PA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SpO2</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					FR		FC		PA		SpO2										
FR		FC		PA																						
SpO2																										
					<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">MRC Total:</td> <td>MMSS</td> <td>P D</td> <td>PE</td> <td>C D</td> <td>CE</td> <td>OD</td> <td>OE</td> <td>Parcial I</td> </tr> <tr> <td>MMII</td> <td>T D</td> <td>TE</td> <td>JD</td> <td>JE</td> <td>QD</td> <td>QE</td> <td>Parcial I</td> </tr> </table>					MRC Total:	MMSS	P D	PE	C D	CE	OD	OE	Parcial I	MMII	T D	TE	JD	JE	QD	QE	Parcial I
MRC Total:	MMSS	P D	PE	C D	CE	OD	OE	Parcial I																		
	MMII	T D	TE	JD	JE	QD	QE	Parcial I																		
INTERCORRÊNCIAS (☐ Sim ☐ Não)																										
GESTÃO : ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Sensibilização de RH ☐ Cérvix Incompetente ☐ Amniorrexia Prévia ☐ Hemorragias ☐ Convulsões ☐ Anemia ☐ Infecções ☐ Placenta Prévia (Grau _____.) ☐ Doença Cardíaca ☐ Inadequado ganho ponderal					AVALIAÇÃO MUSCULAR E UTERINA																					
					DIÁSTASE ABDOMINAL: Supra-umbilical: ____ dedos (____ cm) Infra-umbilical: ____ dedos (____ cm)																					
					FORÇA ABDOMINAL: GRAU:																					

