ISSN: 2316-607X

# A importância da Fisioterapia em gestantes parafacilitar o parto vaginal e reduzir o número de cesáreas.

**Maria Eduarda Ribeiro de Souza**[1]
**Maria Isabela Ramos Haddad**[2]
**Fábio Henrique Silva Garcia**[3]
**Ghisele Alves Ferreira**[4]
**Maiara Borges Vieira**[5]
**Rafael Carvalho de Freitas**[6]

**RESUMO:** Ao longo da vida a mulher passa por diferentes fases, repletas de mudanças físicas, hormonais e psicológicas, além do descobrimento do corpo, desenvolvimento sexual e gravidez, que é um processo fisiológico no qual ocorrem muitas mudanças. Para isso, as gestantes têm buscado cada vez mais se preparar para um parto via vaginal, respeitando o processo fisiológico e emocional da parturiente, além de dar à mulher mais autonomia sobre seu corpo, tornando esse momento mais leve e emocionante. Dessa forma, este é um período muito importante, pois requer atenção especial para preservar a saúde e o bem-estar da gestante.

**Palavras-chave:** Pregnant women, Vaginal Birth, Cesarean sections.

**ABSTRACT:** A long time in life, a woman goes through different phases, full of physical, hormonal and psychological changes, in addition to body discovery, sexual development and pregnancy, which is a physiological process that does not occur many changes. For this reason, as pregnant women it is increasingly sought after to prepare for a vaginal birth, respecting the physiological and emotional process of the parturient, in addition to giving the woman more autonomy over her body, making that moment lighter and more exciting. In this way, this is a very important period, because it requires special attention to preserve the health and well-being of the pregnant woman.

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo da vida a mulher passa por diferentes fases, repletas de mudanças físicas, hormonais e psicológicas, além do descobrimento do corpo, desenvolvimento sexual e gravidez, que é um processo fisiológico no qual ocorrem muitas mudanças. Para isso, as gestantes têm buscado cada vez mais se preparar para um parto via vaginal, respeitando o processo fisiológico e emocional da parturiente, além de dar à mulher mais autonomia sobre seu corpo, tornando esse momento mais leve e emocionante. Dessa forma, este é um

[1] Acadêmica do curso de Fisioterapia da Faculdade UNIFAMA – Guarantã do Norte.
[2] Mestrado em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil (2017). E-mail: Mariaisabelahaddad@gmail.com.
[3] Pós-Graduação em Docência pela UNYLEyA.
[4] Mestrado em Promoção à Saúde pela Universidade de Franca (2003).
[5] Pós-Graduação em Ergonomia do Trabalho pela Faculdade de Saúde de São Paulo (FASSP 2016).
[6] Mestre, bolsista da CAPES, do programa de pós-graduação em Patologia Experimental da UEL (2014).

período muito importante, pois requer atenção especial para preservar a saúde e o bem-estar da gestante. Durante essa fase ocorre uma sobrecarga na musculatura do assoalho pélvico (MAP), onde há a sustentação dos órgãos pélvicos, do conjunto de estruturas acessórios do corpo do embrião e do bebê, o que ocasiona a diminuição da força muscular, que se dá devido às alterações biomecânicas e hormonais da gestação, em um conjunto com outros fatores, podem acarretar em disfunções na gravidez. (NAGAMINE etal., 2021).

A parte anatômica da pelve feminina é dividida em quatro partes, sendo elas, parede abdominal, região vulvoperineal, órgãos genitais internos e bacia obstétrica. A pelve é estabilizada pela parede abdominal, onde não há uma proteção óssea, sendo eminentemente muscular, se adaptando a alterações durante a gestação. A região do períneo é uma região losângica localizada entre a sínfise púbica e o cóccix. Constituída pelos órgãos genitais externos e pelo assoalho pélvico e se divide em um trígono urogenital, anteriormente; e um trígono anal, posteriormente. Os órgãos genitais externos são também denominados, vulva. Esses órgãos incluem o monte púbico, os grandes e pequenos lábios, o vestíbulo da vagina, o clitóris e o hímen. O assoalho pélvico é composto pelo diafragma pélvico, que está localizado superiormente ao diafragma urogenital e é constituído pelos músculos levantador do ânus e isquiococcígeo, com suas respectivas fáscias, ele não fecha totalmente a pelve, pois em sua porção medial há um espaço ovalado, denominado hiato, pelo qual passam a uretra, a vagina e o reto. E o Diafragma urogenital que encontra- se abaixo do diafragma pélvico, na região inferior ao hiato urogenital, sendo formado pelo músculo transverso superficial do períneo e por suas fáscias superior e inferior e pelos músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso e esfíncter externo do ânus. A pelve é dividida em pelve maior e pelve menor, sendo constituída por 4 ossos em formato anelar, onde o peso do corpo é distribuído para os membros inferiores. O sacro, localizado na região posterior; o cóccix, que com o sacro forma a parte inferior da coluna vertebral; e os dois ossos ilíacos laterais. Sendo compostos por três articulações (sínfises púbicas, sacroilíaca e sacrococcígea). A pelve é dividida em bacia maior e menor, sendo necessário apenas o conhecimento das dimensões da bacia menor.

A bacia maior é limitada lateralmente pelas fossas ilíacas internas e posteriormente pela coluna vertebral. O limite anterior se faz com os músculos da parede anterior do abdome. A bacia menor é também denominada escava, escavação ou bacia obstétrica. Didaticamente, ela é dividida nos estreitos superior, médio e inferior. Existem quatro tipos

de bacia, classificados com base na forma do estreito superior:, sendo elas ginecóide, antropóide, andróide e platipelóide. (Anatomia da Pelve Feminina, PAGANOTI, 2007)

De acordo com o Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal, 287.166 partos realizados através de planos de saúde privados em 2019, sendo 84,76% cesáreas, 56,71% antes do início do trabalho de parto, o que segundo resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) uma cesariana antes do trabalho de parto deveria ocorrer apenas após as 39 semanas de gestação. O maior percentual ocorreu entre 37 e 38 semanas, o que de acordo com a ANS o bebê só está pronto para nascer com 40 a 42 semanas, e que abaixo de 39 pode apresentar, incapacidade de manutenção da temperatura corporal, imaturidade pulmonar e maior dificuldade de sucção do leite materno. (Rodrigues, Agência Brasil, 2021)

Através de um estudo publicado pela revista científica Lancet, em 2018, ao comparar as taxas de parto cesáreas de diferentes países, o Brasil ficou atrás somente da República Dominicana. (Rodrigues, Agência Brasil, 2021)

Por dados da pesquisa Nascer Saudável realizada pela Fiocruz [Fundação Oswaldo Cruz], é visto que grande parte das gestantes iniciam o pré-natal optando pelo parto vaginal e ao longo do mesmo mudam a opção por parto cesariana, sendo um dos maiores motivos o fato da forma de organização da rede hospitalar não favorecer o parto vaginal, como, o modelo de remuneração baseado na realização de procedimentos, a preponderância de uma cultura médica intervencionista e as características psicológicas e culturais das pacientes, dentre outras razões. (Projeto Nascer saudável, 2018, Fiocruz)

O mais indicado quando a paciente está bem assistida, sem contraindicação e gravidez de baixo risco, é que seja realizado o parto vaginal. A cesária é uma cirurgia de médio porte, que deveria ser indicada somente em caso de riscos para a parturiente e o bebê, por ser muito criteriosa. Com os avanços e inovações na obstetrícia, o parto hospitalar se tornou seguro, mas às vezes dentro do âmbito hospitalar as gestantes acabam sendo levadas a realizarem procedimentos desnecessários, como a cesaria e até mesmo a episiotomia. Diminuindo o ato natural e extraordinário de se dar a luz. (PENTEADO, Veja Saúde, 2021)

Uma a cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência obstétrica, como, procedimentos desnecessários, omissão de informações, maus tratos e abuso de poder,

desrespeito às escolhas da parturiente, entre outras. (PENTEADO, Veja Saúde, 2021)

Sendo assim, para seguir com o parto natural a gestante precisa ter um pré-natal adequado, ser informada sobre risco e benefícios do parto. A mãe precisa se sentir segura, ouvida e compreendida, para que então possa viver esse momento mágico, que é dar a luz. (PENTEADO, Veja Saúde, 2021)

No trabalho de parto vaginal, a fisioterapia tem papel importante no alívio do mal-estar da parturiente, orientando-a e sensibilizando-a, tornando-a mais segura e confiante. Assim, é necessário que o profissional entenda a biomecânica da gestante para auxiliar a postura da parturiente a fim de facilitar a passagem do nenê na pelve. (MAIA, 2022)

No pré-parto o papel do fisioterapeuta visa promover a prevenção de complicações, distúrbios do sistema músculo-esquelético e uroginecológico, alívio da dor, orientação postural e consciência corporal, preparação para o parto, exercícios físicos e respiratórios, orientação para amamentação e melhora da qualidade de vida. (COIMBRA, 2014)

No puerpério, que é a fase pós parto, com média de duração de 6 a 8 semanas, a fisioterapia é dividida em três fases, pós-parto imediato (1º ao 10º dia após), pós-parto tardio (11º ao 45º dia) e pós-parto remoto (além de 45 dias). O corpo passa a retornar aos poucos para as suas funções anteriores, assim passa a auxiliar no alongamento e fortalecimento do assoalho pélvico. Estes músculos necessitam de força para tolerar bem o alongamento, diminuindo o risco de lesões e mantendo suas funções íntegras. (SOUZA, 1999; REZENDE, 2002)

## 2.0 JUSTIFICATIVA

As práticas do parto por muito tempo foram problemáticas e ainda dramáticas. Dessa forma, o parto era visto como a principal causa de mortalidade das mulheres, e o primeiro e principal fator de sua fraca esperança de vida. (PERROT, p. 73 2003).

Com o passar dos anos, após comprovação da eficácia do mesmo, o parto normal retornou a ser o mais convencional pelo fato de que a mulher entra em trabalho de parto de forma espontânea, ocorrendo entre a 37° e a 42° semana de gestação, o bebê nasce sem nenhuma interferência médica e a mãe se recupera rapidamente. Sendo considerado o mais seguro tanto para a mãe quanto ao bebê. Durante o parto conta-se com uma equipe multidisciplinar, sendo um dos profissionais fisioterapeuta, que tem um papel importante

amenizando desconfortos, orientando, condicionando, trazendo uma segurança maior para a mamãe.

Dessa forma o projeto tem como objetivo descrever de que forma o fisioterapeuta atua facilitando o parto normal, sua importância, quais os benefícios, com o intuito de reduzir a taxa da realização do parto cesária, e orientar as parturientes ao parto vaginal.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 3.0 HISTÓRIA DO PARTO NO BRASIL

Por muito tempo, os bebês nasciam em casa onde os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras. Elas auxiliavam presencialmente as mulheres durante a gestação, parto, puerpério e também nos cuidados com o bebê, eram consultadas sobre como cuidar do corpo, doenças sexualmente transmissíveis, prática de aborto ou mesmo infanticídio. Sendo pelo instinto que a mulher agia e reagia no momento do parto.

As práticas do parto por muito tempo foram problemáticas e ainda dramáticas. Dessa forma, o parto era visto como a principal causa de mortalidade das mulheres. (PERROT, p. 73 2003)

No século XIX as gestantes foram levadas aos hospitais, com o intuito de realizar a cesariana em partos considerados de risco. Sendo assim, as mulheres passaram a ter duas alternativas, um parto normal cheio de intervenções desnecessárias ou a cirurgia cesariana, da qual retira o bebê muitas vezes antes do momento em que o bebê realmente esteja “pronto” para o nascimento. Porém, mesmo havendo uma indicação, salvar vidas, sendo uma substituição ao parto normal quando há uma situação adversa, no Brasil, os índices são maiores do recomendado sendo, 56,7% dos bebês nascem por meio de cesárea e, nos hospitais particulares, a taxa é de 80%, onde há uma estimativa pela OMS de que a cirurgia seja necessária apenas para 15% dos nascimentos. (CHAUVET, 2013)

Na década de 80, a prática hospitalar era quase que completamente realizada pelos médicos e se tornava cada vez mais institucionalizada, dando importância para eficiência nos casos, e não para as escolhas da mulher, sobre o tipo de parto.

Assim, começou a surgir o conhecimento sobre humanização do parto, como a comprovação de que a mulher precisava de tempo com o bebê para criar uma relação de proximidade com o filho logo após o parto. A partir dessas mudanças, realizadas a fim de permitir às mulheres uma ligação próxima com seu filho, as cesarianas passaram a ser realizadas com anestesia local, porque a geral impossibilitava essa aproximação do filho com a mãe. Então, estabelece-se uma nova forma de pensar sobre o parto, que prioriza acima de tudo as escolhas da mulher, como por exemplo, a possibilidade de a gestante aguardar o momento do parto, em uma sala de estar, e não mais na enfermaria, o que ajuda para a aproximação de toda a família. (FORNA, 1999).

## 3.1 ANATOMIA PÉLVICA FEMININA

### 3.1.1 Parede abdominal.

Diferente de outros segmentos do corpo, não tem proteção óssea, sendo a coluna lombar a única parte do esqueleto situada nesta região. As porções posteriores e ântero-laterais são eminentemente musculares e se adaptam às alterações impostas pela gravidez.

### 3.1.2 Reto abdominal.

Importante para a formação da parede abdominal e apresenta vários ventres musculares separados por intersecções tendíneas, que tem como função promover força muscular.

### 3.1.3 Região vulvoperineal.

Chamada de períneo, é uma região Losângica situada entre a sínfise púbica e o cóccix. Ela é constituída pelos órgãos genitais externos e pelo assoalho pélvico.

### 3.1.4 Assoalho pélvico.

Composto pelo diafragma pélvico, que está localizado ao urogenital e é

constituído pelos músculos levantador do ânus e isquiococcígeo, e urogenital, que se encontra baixo do diafragma pélvico, formado pelo músculo transverso superficial do períneo, por suas fáscias superior e inferior e pelos músculos bulboesponjoso, isquiocavernoso e esfíncter externo do ânus.

3.1.5 Ovários

.

São dois órgãos de forma oval que medem de 3 a 4 cm de comprimento. Eles são responsáveis pela produção dos hormônios sexuais da mulher, a progesterona e o estrogênio. Nos ovários também são armazenadas as células sexuais femininas, os óvulos. Assim, durante a fase fértil da mulher, aproximadamente uma vez por mês, um dos ovários lança um óvulo na tuba uterina: é a chamada ovulação.

3.1.6 Tubas uterinas.

São dois tubos, com aproximadamente 10 cm de comprimento, que unem os ovários ao útero. A partir disso, o óvulo amadurecido sai do ovário e penetra na tuba.

3.1.7 Útero.

Órgão muscular oco de grande elasticidade, do tamanho e forma semelhante a uma pêra. Sua principal função é acomodar o feto até o nascimento do bebê.

3.1.8 Vagina.

Órgão sexual feminino e atua como o canal que faz a comunicação do útero com o meio excretor. Ela possui aproximadamente 8 cm de comprimento e 2,5 cm de diâmetro. Suas paredes são franjadas e com glândulas secretoras de muco. Suas funções estão relacionadas à passagem do sangue durante a menstruação, a penetração do pênis durante a relação sexual e o principal canal da parte, sendo este local por onde sai o bebê.

3.1.9 Bacia maior.

É limitada lateralmente pelas fossas ilíacas internas e posteriormente pela coluna vertebral. O limite anterior se faz com os músculos da parede anterior do abdome. No estudo da bacia maior, consideram- se os diâmetros transverso e ântero-posterior.

3.1.10 Bacia menor.

Também denominada escava, escavação ou bacia obstétrica. Didaticamente, ela é dividida nos estreitos superior, médio e inferior e consideram-se seus respectivos diâmetros. (Zugaib, Marcelo, et al. "Zugaib Obstetrícia" (2020).

## **3.2** FISIOTERAPIA PRÉ-PARTO

A atuação do fisioterapeuta no período gestacional promove a prevenção de complicações, desconfortos e disfunções musculoesqueléticas e uroginecológicas; alívio das dores; orientação postural e percepção corporal, preparação para o parto, realização de exercícios físicos e respiratórios, orientações para amamentação, atividades de vida diária (AVDs) e promoção de qualidade de vida (COIMBRA, 2014).

Apresentando diversos métodos a partir do primeiro trimestre que atuam na prevenção de complicações, como a massagem perineal que gera alívio para a dor e o desconforto, reduzindo a ansiedade e o estresse, promovendo relaxamento da musculatura, e diminuição da fadiga muscular, aumentando a consciência corporal (VALENCIANO, 2016; BAVARESCO,2011).

É recomendado o atendimento fisioterapêutico desde o primeiro trimestre, para preparação para o parto pela conscientização da musculatura do assoalho pélvico, associado à respiração, destacando e incentivando a importância da naturalidade do parto. Tendo como função avaliar e monitorar as alterações físicas, focando na manutenção do bem-estar da mamãe e do bebê, na primeira e na segunda fase do trabalho de parto. No desempenho dos cuidados com as parturientes, é recomendada a adoção de tecnologias não farmacológicas e não invasivas para o alívio da dor, dentre elas podemos citar a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), a hidroterapia, a cinesioterapia, a crioterapia, a massoterapia, as técnicas respiratórias e de relaxamento. E para evitar as dores articulares que mais acometem as gestantes como, a lombar e sacro ilíaca, fazer exercícios (abdômen, glúteos, quadríceps, região torácica) e alongamentos (região lombar, parte posterior das pernas, peitorais). (SOUZA, 2010)

## **3.3** PÓS PARTO

A fase pós parto conhecida como puerpério, é o período com duração de em torno 6 a

8 semanas em que as modificações ocorridas no corpo materno durante a gestação irão retornar ao estado de antes da gravidez. Sendo dividido em três inicia-se o pós-parto imediato (1º. ao 10º. dia após a parturição), pós-parto tardio (11º. ao 45º. dia) e pós-parto remoto (depois de 45 dias). No pós-parto imediato predomina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas durante a gravidez. Ocorrem as mais dramáticas alterações fisiológicas, assim como o surgimento de complicações. Já o pós-parto tardio é o período em que todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação. E no pós-parto remoto é um período com duração incerta, já que nas mulheres que não amamentam ele é breve. Diversas modificações ocorrem no corpo da mulher, que tem como objetivo restaurar e retornar os sistemas ao estado muito próximo ao que era antes da gestação. O sistema urogenital, cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético, dentre outros, retornam gradativamente às suas funções e potencialidades anteriores. A fisioterapia pode auxiliar no fortalecimento e alongamento dos músculos do assoalho pélvico. O bebê ao nascer, vai passar pelo canal de parto, que está circundado pelos músculos do assoalho pélvico. Estes músculos necessitam de força para alongar, diminuir o risco de lesões e manter as suas funções. (SOUZA, 1999; REZENDE, 2002).

## **3.4** RECURSOS DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PRÉ PARTO

3.4.1 Cinesioterapia: realizada através de exercícios com bola e bastão, exercícios de retroversão e anteversão pélvica, exercícios ativos de membros superiores e inferiores, deambulação associada a exercícios de membros superiores e respiratórios;

3.4.2 Massoterapia: realizada com técnicas de deslizamentos superficiais e suaves, com cremes ou óleos, com a gestante posicionada sentada ou deitada em decúbito lateral esquerdo;

3.4.3 Técnicas respiratórias e relaxamento: realizadas com incursões inspiratórias e expiratórias prolongadas, propriocepção diafragmática, incluindo comandos verbais e orientações para preparação ao parto;

3.4.4 TENS: utilizada a técnica tetrapolar cruzada na região lombar, com os parâmetros para dor aguda, ou seja, frequência elevada (150 Hz) e duração de pulso moderada (75 µs), com tempo de aplicação de 30 minutos. Os eletrodos foram posicionados na região dos dermátomos de T10 e L1, que correspondem à inervação do

útero e cérvix, respectivamente. (DA COSTA SILVA, Cleudimar; COSTA, Virginia Leyla Santos; SILVA, André Pontes. Saúde em Revista, 2012)

3.4.5 Pilates: é a forma mais indicada de exercícios que traz mais conforto durante a gravidez e no parto, dando foco na estabilidade da musculatura postural e do assoalho pélvico (MAP) e no fortalecimento e alongamento suave dos músculos. Ele melhora a concentração e permite desenvolver um excelente relacionamento com o corpo ao realizar o exercício, o que é importante durante o período gestacional. O método ajuda a desenvolver uma boa postura, contribui na prevenção de dores lombares, ombros caídos e tensões no pescoço, também melhora no equilíbrio, coordenação motora e qualidade dos movimentos, sem sobrecarregar as articulações. (ENDACOTT, 2007)

Tal método permite a ativação dos músculos transverso do abdome, grande dorsal e assoalho pélvico. Ocorre uma melhora no padrão respiratório, na consciência corporal, na postura e no bem estar geral. (FABRIN et al.,2010).

## **3.5** RECURSOS DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PÓS PARTO

O papel da fisioterapia no pós - parto consiste no tratamento, recuperação e prevenção nos diversos sistemas minimizando os efeitos negativos das alterações fisiológicas. Tais como:

### 3.5.1 Alterações musculoesqueléticas

Ocorrem diversas modificações e adaptações durante o período gestacional e isso ocorre por causa do crescimento e desenvolvimento do bebê. Em alguns casos essas modificações podem causar limitações e dores durante as atividades comuns do dia a dia.

Método que pode ser utilizado é o pilates, que aumenta a flexibilidade, reestrutura o corpo, aumenta o condicionamento mental e físico, aumenta o equilíbrio, alivia dores musculares, melhora da capacidade respiratória, correção postural, previne lesões e aumento da coordenação.

### 3.5.2 Incontinência Urinária

Através da fisioterapia pode se conseguir fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico através de contrações ativas e assim fazendo inibição reflexa da contração do detrusor e aumentando o suporte uretral. Sendo essenciais para a melhora na realização das atividades diárias e qualidade de vida e consiste na prática deexercícios de fortalecimento

da musculatura do assoalho pélvico. (MELO; FERREIRA,2014).

3.5.3 Assoalho Pélvico

Para diminuir e evitar alguns problemas de intestino e bexiga é preciso fortalecer os músculos do assoalho pélvico, os exercícios recomendados são em função da força desenvolvida pelo músculo e da velocidade em que se executam os movimentos (SIMÃO, 2001).

Através da prática de exercícios terapêuticos próprios para o assoalho pélvico ganha-se força muscular, sendo que as repetições de movimentos aumentam a força muscular e proporciona efeitos positivos como: manutenção e restauração da força, melhora do desenvolvimento, aumento da resistência, do relaxamento, da flexibilidade, da coordenação, das habilidades e da mobilidade (HILBERATH, 2006; RUBINSTEIN, 2001).

## 4. OBJETIVOS

- Descrever os principais benefícios e métodos da Fisioterapia na saúde da mulher durante o período de pré e pós parto, assim reduzindo o número de cesáreas.

4. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever sobre a necessidade da fisioterapia nesse período gestacional;
- Abordar os métodos que são utilizados para facilitar o parto normal.

.

## 5.0 REFERÊNCIA

Marinho, Mariana Macedo Ribeiro, and Gabriela Melo de Andrade. "Importância da Fisioterapia pélvica na preparação para o parto natural: Uma Revisão Integrativa."Diálogos em Saúde 5.1 (2022).

do Nascimento Maia, Maria Eduarda, and Fabiana Góes Barbosa de Freitas.

"ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO TRABALHO DE PARTO VAGINAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA." Diálogos em Saúde 5.1 (2022).

Freitas, Andressa, et al. "Atuação da Fisioterapia no parto humanizado." DêCiência em Foco 1.1 (2017).

Paganoti, Cristiane de Freitas, et al. "Anatomia da pelve feminina." ZugaibObstetrícia [4. ed.]. Manole, 2020.

Nagamine, Bruna Pereira, Rildo da Silva Dantas, and Karla Camila Correia da Silva. "A importância do fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico na saúde da mulher." Research, Society and Development 10.2 (2021): e56710212894-e56710212894.

Rodrigues, Ingrid Silva, and Tairo Vieira Ferreira. "A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO PÓS-PARTO." Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação 7.10 (2021): 2571-2583.

da Costa Silva, Cleudimar, Virginia Leyla Santos Costa, and André Pontes Silva. "Benefícios da intervenção fisioterapêutica no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico após o parto normal." Saúde em Revista 20.52: 109-117.

Castro, Amanda de Souza, Ana Carolina de Castro, and Adriana Clemente Mendonça. "Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor." Fisioterapia e Pesquisa 19 (2012).