

A GESTAÇÃO NO SEGUNDO TRIMESTRE DE USUÁRIAS DA CLÍNICA DE SAÚDE DA MULHER E O PAPEL DA FISIOTERAPIA

The pregnancy in the second quarter of users of Women's Health Clinic and the role of physiotherapy

Andréia Valesqui Brum Ramos¹, Carla Skilhan De Almeida²

RESUMO

OBJETIVOS: verificar se a intervenção terapêutica poderá reduzir os desconfortos físicos característicos de um grupo de gestantes do segundo trimestre de gestação, em uma Clínica de Saúde da Mulher. **MÉTODOS:** trata-se de estudo do tipo quantitativo, experimental, prospectivo e longitudinal. A amostra foi composta por 16 gestantes, onde oito participaram do grupo interventivo (GI) e oito do grupo controle (GC). A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS versão 17.0 onde se utilizou o teste de Wilcoxon. **RESULTADOS:** A idade média geral foi de $28,1 \pm 6,7$ anos. O grupo controle (GC) apresentou um aumento significativo de desconforto na região dorsal inferior ($p=0,041$), enquanto que o grupo interventivo (GI) sofreu uma diminuição do desconforto nesta região, com uma tendência a significância estatística ($p=0,066$). O grupo interventivo apresentou redução significativa dos desconfortos gerais ($p=0,016$) e o grupo controle apresentou aumento significativo destes desconfortos ($p=0,042$). **CONCLUSÕES:** Os resultados sugerem que a fisioterapia influenciou na ocorrência dos desconfortos musculoesqueléticos gerais e as técnicas fisioterápicas aplicadas favoreceram a diminuição da intensidade e proporcionaram melhora na evolução dos sintomas.

Palavras-chave: Dor lombar. Gestante. Fisioterapia.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To determine if the therapeutic intervention can reduce the physical discomforts typical of a group of pregnant women on the second trimester of gestation in a Women's Health Clinic. **METHODS:** This is a quantitative, experimental, prospective and longitudinal study. The sample comprised 16 pregnant women, where eight participated in the intervention group (IG) and eight in the control group (CG). The statistical analysis was performed using SPSS version 17.0, where the Wilcoxon test was used. **RESULTS:** The overall average age was 28.1 ± 6.7 years. The control group (CG) showed a significant increase of discomfort in lower back ($p=0.041$), whereas the intervention group (IG) suffered a reduction of discomfort in this region, with a tendency toward statistical significance ($p=0.066$). The intervention group showed a significant reduction of general discomfort ($p=0.016$) and the control group showed a significant increase in this discomfort ($p=0.042$). **CONCLUSIONS:** The results suggest that physical therapy influenced the occurrence of general musculoskeletal discomforts and the applied physical therapy techniques favored the decrease in intensity and provided a better evolution of symptoms

Keywords: Back pain. Pregnant. Physical Therapy.

1- Graduada em Fisioterapia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo-RS, Brasil.

2 -Doutora. Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereços para correspondência:

Andréia Valesqui Brum Ramos

Rua Uruguaiana, 781

Bairro Mathias Velho, Canoas, RS

CEP: 92330-370

Telefone: 051-30326169 e-mail: valesquibrum@yahoo.com.br

Recebido: 10/2012

Aceito: 12/2012

INTRODUÇÃO

Para Rezende, considera-se gestação a presença do óvulo fecundado no organismo da mulher. A gestação dura em média 40 semanas, também classificada como gestação a termo. São 280 dias e pode ser dividida em três trimestres: o primeiro trimestre compreende do 1º ao 3º mês, o segundo do 4º ao 6º mês e, o terceiro, do 7º ao 9º mês⁽¹⁾.

O organismo vem se modificando a cada etapa da vida da mulher e ganha intensas mudanças durante a puberdade até a maturidade sexual, alcançando a etapa propícia para a fecundação⁽¹⁾. As alterações fisiológicas durante a vida da mulher são numerosas, ocorrendo em todos os sistemas do corpo, no entanto, durante o período gestacional, essas modificações tornam o organismo mais suscetível a riscos⁽²⁾. Dentre as alterações fisiológicas, a mudança postural é uma das causas da presença de lombalgia, além disso, a preparação do corpo para a gestação envolve ajustes dos mais variados sistemas, sendo que o sistema musculoesquelético sofre mudanças significativas⁽³⁾. O sistema osteomuscular sofre um aumento dos líquidos intra-articulares e nos músculos para que os espaços intrarticulares fiquem menos tenso e auxiliem na hora do parto.

Devido às alterações musculoesqueléticas, biomecânicas e à má distribuição do peso corporal sobre os pés, é comum ocorrer uma sobrecarga na região do calcâneo (provocando dores nos calcanhares) e na região lombar⁽⁴⁾. A dor lombar é uma das queixas mais constantes entre as gestantes. Ela é conceituada como toda condição de dor localizada na região inferior do dorso, em uma área situada entre o último arco costal e a prega glútea⁽⁵⁾. Sua prevalência é elevada, uma vez que 60% a 80% das pessoas tiveram, tem ou terão, algum dia, dor lombar⁽⁶⁾. A dor lombar também é considerada um distúrbio comum na população em geral e é um sintoma frequentemente relatado durante a gestação⁽⁷⁾. A lombalgia é considerada um dos cinco sintomas mais habituais durante a gravidez, principalmente a partir do 3º trimestre⁽⁸⁾.

De acordo com alguns estudos, aproximadamente 50% das mulheres já sentiram algum tipo de dor lombar e pélvica durante suas gestações^(6,9). Apesar desta alta incidência, escassos conhecimentos são relatados na literatura médica sobre a fisiopatologia e manifestações clínicas específicas da dor lombar durante a gravidez⁽¹⁰⁾. No Brasil, um estudo demonstra que o risco relativo das gestantes em apresentar dores nas costas é quase 14 vezes maior que o de mulheres não grávidas⁽⁶⁾.

Em outro estudo, realizado na cidade de Paulínia-SP⁽¹¹⁾, foi aplicado um questionário a 203 gestantes em uma Unidade Básica de Saúde, sobre a prevalência de algias na coluna vertebral durante a gravidez. Aproximadamente 80% relataram dores na coluna vertebral e pelve, sendo que os locais mais referidos foram as regiões lombar e/ou sacroilíaca, 51% das gestantes com idade gestacional entre 34 e 37 semanas apresentaram dor que interferia significativamente em suas habilidades físicas e qualidade de vida.

A atuação da fisioterapia na gestação está firmemente estabelecida em países como a Inglaterra, África do Sul, Austrália e Canadá^(2,9). Entretanto, no Brasil, essa é uma área de atuação muito recente, porém possível e necessária para uma melhor qualidade dos serviços de pré-natal. A fisioterapia deveria estar inserida nos programas de pré-natais para prevenir e/ou tratar as consequências das alterações musculoesqueléticas e

biomecânicas das dores das gestantes, orientar as posturas e as atividades de vida diária (AVDs)^(2,4,9).

Nesse sentido, é de interesse para os profissionais de saúde conhecer mais a fundo as queixas entre as gestantes, com a finalidade de propor e realizar novos estudos em que se possa verificar a efetividade dos diferentes tratamentos disponíveis e resolver os problemas que envolvem o bem-estar das gestantes. Portanto, são necessários mais estudos nesta área, envolvendo maiores amostras e com maior rigor metodológico, permitindo comparar os resultados, obtendo melhores comprovações e maior utilização dos recursos benéficos.

Este estudo teve como objetivo geral verificar se a Intervenção Terapêutica poderia reduzir os desconfortos físicos característicos de um grupo de gestantes do segundo trimestre de gestação, em uma Clínica de Saúde da Mulher da cidade de Sapucaia do Sul. A demais, foi preciso: avaliar quais são os desconfortos físicos mais frequentes; comparar a escala de desconforto antes e após a intervenção nos grupos controle e experimental; verificar se a intervenção proposta poderá prevenir os desconfortos peculiares deste período de gestação e determinar a importância da fisioterapeuta no período gestacional.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa do tipo quantitativa, experimental, prospectiva e longitudinal, aplicadas às condições reais das gestantes. Este estudo apresentou grupo controle e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, com o número CEP 09/161. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi formulado a partir da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A amostra foi constituída de 16 gestantes, conforme cálculo amostral, sendo estas moradoras da cidade de Sapucaia do Sul que estavam realizando pré-natal na Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), conforme orientação da Secretaria da Saúde de Sapucaia do Sul.

A seleção foi feita na sala de triagem da Clisam, onde as primeiras oito gestantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram selecionadas para o grupo interventivo. As próximas oito, no grupo controle. Todas as gestantes que participaram do presente estudo obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ⁽¹⁾ estar no segundo trimestre de gestação; ⁽²⁾ ter ausência de doença clínica ou obstétrica; ⁽³⁾ ter gestação única; ⁽⁴⁾ estar presente em pelo menos 50% dos encontros; e ⁽⁵⁾ assinar o Termo de Consentimento informado.

Os grupos foram avaliados no início e no fim de quatro semanas, as gestantes do grupo interventivo receberam orientações de um programa de fisioterapia para gestantes e receberam 10 atendimentos. O grupo controle não realizou atendimentos, recebendo as mesmas instruções somente ao final de quatro semanas. As orientações do programa foram divididas em três categorias: alongamentos, respiração e relaxamento. Essas técnicas associadas à correção de hábitos posturais e massagens levam a bons resultados no alívio da dor^(12,13).

O instrumento utilizado na coleta de dados para a pesquisa foi o Diagrama de Corlett⁽¹⁴⁾ (Figura 1).



Este diagrama divide o corpo humano em diversos segmentos, facilitando a localização de áreas dolorosas. Munido deste diagrama, o pesquisador entrevistou as gestantes pedindo para que elas apontassem as regiões onde sentiam dores. A seguir, pediu para que elas avaliassem subjetivamente o grau de desconforto que sentiam em cada um dos segmentos indicados no diagrama. O índice de desconforto é classificado em oito níveis, que varia do zero para “extremamente confortável” até o nível sete para “extremamente desconfortável”, marcadas linearmente da esquerda para a direita.

Os atendimentos foram realizados nas casas das gestantes, geralmente na sala e sobre um edredom ou um tapete. Cada atendimento teve a duração de aproximadamente 50 minutos, distribuídos em três momentos distintos. Inicialmente, destinava-se 10 minutos para as técnicas de alongamento do corpo, tais como: isquiotibiais, pescoço, abdutores, parte superior e inferior das costas, ombros, braços, quadril e panturrilha. Em seguida, os exercícios respiratórios eram realizados através da respiração diafragmática e torácica alta, durante 10 minutos. O terceiro e último momento durava trinta minutos, durante os quais se aplicava a técnica de relaxamento de Jacobson.

Os dados foram analisados através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 17.0. Optou-se por teste estatístico não paramétrico uma vez que, o pressuposto da normalidade não estava cumprido. Foi utilizado o teste dos postos com sinais de Wilcoxon. Este teste foi utilizado por que os dados obtidos foram assimétricos, não passando na prova de normalidade de Shapiro-Wilk.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 16 gestantes, sendo divididas em dois grupos, grupo interventivo (GI) e grupo controle (GC). Cada grupo foi composto de oito gestantes. A idade média geral foi de 28,1 ± 6,7 anos. Em relação à média de idade intragrupos, o grupo interventivo apresentou uma idade média de 32,5 ± 5,4 anos e o grupo controle uma idade média de 23,9 ± 5,4 anos.

Na tabela 1, ao compararmos os escores de desconforto por região corporal, antes e após em ambos os grupos, podemos observar que somente uma região sofreu alteração significativa. O grupo controle apresentou um aumento significativo de desconforto na região dorsal inferior (p= 0,041), enquanto que o grupo interventivo sofreu uma tendência à diminuição do desconforto nesta região (p= 0,066).

Tabela 1 – Comparação dos escores de desconforto pelo Diagrama de Corlett, por região corporal, antes e depois em ambos os grupos.

Diagrama de Corlett	Intervenção			Controle		
	Antes	Depois	p	Antes	Depois	p
Ombro	1,0 ± 0	1,0 ± 1	1,000	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000
Braço	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000
Antebraço	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000
Mão	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000
Pescoço	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000	1,6 ± 1,8	1,6 ± 1,8	1,000
Dorso Superior	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000	1,7 ± 2,1	1,0 ± 0	0,317
Dorso Médio	1,7 ± 2,1	1,5 ± 1,4	0,317	1,4 ± 1,1	1,6 ± 1,8	0,317
Dorso Inferior	3,5 ± 2,3	2,6 ± 1,8	0,066	1,7 ± 1,2	3,9 ± 2,4	0,041*
Quadril	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000
Coxa	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000
Perna	2,4 ± 1,9	1,9 ± 1,2	0,102	1,4 ± 1,1	1,5 ± 1,4	0,317
Pé	1,0 ± 0	1,0 ± 0	1,000	2,0 ± 1,8	2,0 ± 1,8	1,000

Resultados expressos por médias e desvios-padrões
 Teste dos Postos com Sinais de Wilcoxon
 *Resultados considerados significativos para um valor p ≤ 0,05.

Na tabela 2 que corresponde à avaliação final, o grupo interventivo apresentou redução significativa dos desconfortos gerais (p= 0,016) e o grupo controle apresentou aumento significativo destes desconfortos (p= 0,042).

Tabela 2 – Comparação do escore total de desconforto do Diagrama de Corlett, antes e após, em ambos os grupos.

Diagrama de Corlett	Intervenção			Controle		
	Antes	Depois	p	Antes	Depois	p
Escore Total de desconforto	16,6 ± 1,6	15,0 ± 1,6	0,016*	15,9 ± 1,4	17,6 ± 2,2	0,042*

Resultados expressos por médias e desvios-padrões
 Teste dos Postos com Sinais de Wilcoxon
 *Resultados considerados significativos para um valor p ≤ 0,05.

DISCUSSÃO

Os resultados observados neste trabalho indicaram que a intervenção proposta reduziu os desconfortos advindos do período gestacional. O grupo interventivo obteve uma redução significativa dos desconfortos gerais e o grupo controle, um aumento significativo destes desconfortos. Estes resultados indicaram efeitos benéficos para o grupo que realizou fisioterapia e validaram o tratamento proposto como recurso adjuvante e necessário ao atendimento pré-natal.

A literatura específica sobre desconfortos musculoesquelético na gravidez é escassa e não fornece referências para comparação dos resultados aqui observados. A dor mais referida pelas gestantes neste estudo foi na região dorsal inferior, considerada por outros estudos como região lombar^(6,15,16). Entretanto, há estudos mostrando que a região lombo-sacral é a mais acometida^(13,17).

A lombalgia é conceituada como toda condição de dor, dolorimento ou rigidez, localizada na região inferior do dorso, em uma área situada entre o último arco costal e a prega glútea⁽⁵⁾. Segundo alguns estudos^(18,19), a causa da lombalgia na gestação é multifatorial, pois o próprio quadro de mudanças no corpo que ocorre na gravidez contribui para o quadro doloroso da lombalgia.

Parece evidente que a etiologia da lombalgia na gestação é multifatorial e que a gestação por si só pode contribuir para agravar quadros dolorosos prévios ou para o desencadeamento dos casos que se iniciam nesse período, porém a escassez de estudos sobre outros determinantes perpetua a lombalgia como evento próprio da gestação, diminuindo as possibilidades de que sejam adotadas medidas eficazes de alívio⁽²⁰⁾.

Estudos realizados no Brasil indicam que a dor que mais

incomoda para gestantes é a dor lombar, onde existem taxas de 75% a 85%^(5,11). Em outro estudo prospectivo e retrospectivo, verificou-se uma prevalência de lombalgia na gestação varia de 49% a 71%⁽¹⁸⁾.

Outro estudo menciona que um terço das mulheres grávidas faz referência à lombalgia como um problema severo que interfere em suas atividades de vida diária e capacidade de trabalho, além de contribuir para insônia, por se manifestar durante a noite⁽²¹⁾. Além disso, outros autores também mencionam que a dor lombar em grávidas é uma das principais causas de incapacidade física na gestação, dificultando diversas atividades da vida diária, como trabalhos ocupacionais e atividades domésticas (sentar, levantar, deambular, curvar-se), podendo interferir no sono^(22, 23).

Baracho⁽⁴⁾ comenta que, na prática ambulatorial, as mudanças posturais que produzem a dor se tornam mais evidentes após a 20ª semana de gestação, quando se percebe o crescimento abdominal e das mamas, porém, algumas gestantes referem dor no início da gestação. De acordo com Polden e Mantle⁽⁹⁾, os episódios de lombalgia na gestante podem aparecer em qualquer etapa, mas concentra-se especificadamente entre o 4º e 7º mês. Esse período delicado da gestação é marcado constantemente por dores lombares e, esporadicamente, na região da sínfise púbica e toda a pelve.

Nas últimas décadas, o enfoque da assistência pré-natal, no parto e na maternidade em si tem sido bem diferenciado. Os programas multidisciplinares de preparação para o parto, caracterizados pelo desenvolvimento de métodos educativos, atenção psicológica e preparo físico específico, estão se tornando comuns e cada vez mais procurados pela maioria das gestantes⁽²⁴⁾. Dessa forma, se faz necessário determinar a importância da fisioterapia nesse processo.

O período gestacional gera muitas alterações no organismo materno, sendo necessária uma adaptação da mulher às novas condições físicas. A atuação da fisioterapia na saúde da mulher permite intervir sobre vários aspectos da função e do movimento humano, que sofrem mudanças e alterações durante as fases de vida da mulher, desde a adolescência até a fase adulta, passando inclusive sobre o período gestacional⁽²⁵⁾. Nesse sentido, o fisioterapeuta se apresenta como um profissional da área da saúde capaz de contribuir com a melhora da qualidade de vida da gestante, amenizando suas queixas, através de um programa educativo e terapêutico.

A atuação preventiva no período pré-natal deve ser enfatizada por uma equipe multidisciplinar, a fim de suprir a carência informativa das gestantes e favorecer a conscientização das futuras mães. Estudos demonstram que a fisioterapia no serviço de pré-natal se dá por meio de orientações posturais e exercícios terapêuticos específicos, podendo prevenir e/ou minimizar lombalgias associadas às alterações decorrentes do período gestacional^(13,26). Para Moreno⁽²⁷⁾, a cinesioterapia é o recurso fisioterapêutico mais indicado para gestantes, pois é um método que não possui contraindicação, além de ser de baixo custo e fácil aplicabilidade.

Sendo assim, através da abordagem de um programa de fisioterapia para gestantes, este estudo instaurou conhecimentos aos participantes e aos avaliadores referentes às interações que podem ser realizadas no contexto domiciliar. Objetivou-se verificar se a intervenção proposta poderia reduzir os desconfortos do período gestacional. Os resultados sugerem que, apesar de não influenciar na ocorrência dos desconfortos musculoesque-

léticos, as técnicas fisioterapêuticas aplicadas favoreceram a diminuição da intensidade e proporcionaram melhora na evolução dos sintomas. Os resultados deste trabalho contribuíram para validar a relação direta entre a atividade fisioterapêutica e o controle dos sintomas de desconfortos musculoesqueléticos na gestação. Portanto, essa prática se confirmou benéfica para assegurar a qualidade de vida materna na gestação.

Ressalta-se também a necessidade da realização de novas pesquisas científicas relacionadas aos desconfortos gestacionais, visto que a bibliografia é escassa.

REFERÊNCIAS

1. Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
2. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Manole; 2004.
3. Carvalho YBR, Caromano FA. Alterações morfológicas relacionadas com lombalgia gestacional. Arq Ciência da saúde Unipar. 2001; 267-72.
4. Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia. São Paulo: Medsi; 2002.
5. Ferreira CHJ, Nakano AMS. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001; 9(3): 95-100.
6. Cecin HA, Bichuetti JAN, Daguer MK, Pustrelo MN. Lombalgia e gravidez. Rev Bras Reumatol. 1992; 32: 45-50.
7. De Sousa MS, De Araújo CC, Castellen M, Sperandio FF. Afinal, toda gestante terá dor lombar? Rev Femina. 2003; 31(3): 273-7.
8. Stapleton DB, MacLennan AH, Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. Obstet Gynaecol. 2002; 42(5): 482-5.
9. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em obstetrícia e ginecologia. São Paulo: Santos; 2002.
10. Leboeuf-Y C. Body weight and low back pain: A systematic literature review of 56 journal articles reporting on 65 epidemiologic studies. Spine. 2000; 25(2): 226-31 apud Sperandio FF, Santos GM, De Souza MS, De Araújo CC, Nesi DA. Análise da marcha de gestantes: um estudo preliminar. Fisioterapia Brasil. 2003; 4(4): 259-64.
11. Martins RF, Silva JLP. Prevalência de dores nas costas na gestação. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(3): 144-7.
12. Ostgaard C, Zetherstrom G, Hansson E. Back pain in relation to pregnancy: a 6 – year follow-up. Spine. 1997; 79: 2945-50.

13. De Conti MH, Calderon IMP, Consonni EB, Prevedel TTS, Dalbem I, Rudge MVC. Efeitos de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25:1-12.

14. Ilda I. Ergonomia: projeto e produção. São Paulo: Edgard Blücher; 2005.

15. Galão A, Zardo E, Paula L. Lombalgia na gravidez. *Acta Med* 1995; 1: 347-53.

16. Melhado S, Solder Z. Lombalgia na gravidez: análise entre as gestantes no último trimestre de gestação. *Rev Femina.* 2004; 32: 647-52.

17. Forrester M. Low back in pregnancy. *Acupunc Med.* 2003; 21: 35-40.

18. Ostgaard HC. Assessment and treatment of low back pain in working pregnant women. *Semin Perinatol.* 1996; 20: 61-9.

19. Novaes FS, Shimo AKK, De Lopes MHB. Low back pain during gestation. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006; 620-24.

20. Ferreira CHJ. Lombalgia na gestação: paradoxo das limitações e das possibilidades de resolução do problema [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.

21. Macevilly M, Buggy D. Back pain and pregnancy: a review. *Pain.* 1996; 64: 405-14.

22. Martins RF. Algias posturais na gestação: prevalência e tratamento [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

23. Kristiansson P, Svardsudd K, Schoultz VB. Back pain during pregnancy: a prospective study. *Spine.* 1996; 21: 702-9.

24. Artal R, Wiswell RA, Drinkwater BL. O exercício na gravidez. São Paulo: Manole; 1999.

25. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 5ª Região-RS (CREFITO 5 RS). Fisioterapeuta e terapeuta ocupacional: o que estes profissionais podem fazer por você! In: Cartilha de apresentação da atuação do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional no Sistema Único de Saúde. Porto Alegre; 2005: 17-20.

26. Marques AA, Pinto e Silva JL. Fisioterapia Obstétrica. *Femina.* 1993; 248-58.

27. Moreno AL. Fisioterapia em uroginecologia. São Paulo: Manole; 2004.