

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PARTURIENTES

POGLITSCH, Fabiane Ap. Borges¹

1 Discente do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrária de Itapeva –

FAIT

SHUMAN, Soraya ²

2 Docente da Faculdade de Ciências Sociais e Agrária de Itapeva –FAIT

RESUMO

O presente estudo irá relatar todas as fases da gestação, todas as modificações da parturiente e feto. Também será relatado sobre o parto humanizado, e sobre a equipe disciplinar. O principal objetivo deste estudo é destacar a função do fisioterapeuta dentro de uma equipe multidisciplinar, agindo sobre o parto humanizado.

PALAVRA-CHAVE: gestação, parturiente, fisioterapeuta, humanizado.

ABSTRACT

This study will report all stages of gestation, all modifications of the mother and fetus. Will also be reported on the humanized childbirth, and about the team discipline. The main objective of this study is to highlight the role of the physiotherapist within a team multidisciplinar, acting on the humanized childbirth.

1.0 INTRODUÇÃO

O índice de natalidade no ano de 2009, no município de Itapeva- SP foi de 1.395, sendo realizados 839 partos cesáreos e 556 partos naturais. (DANATUS).

A gestação é um período onde ocorrem grandes mudanças no corpo humano da mulher. As importantes alterações físicas e hormonais decorrentes da gestação alteram o sistema músculo-esquelético e cardiorrespiratório afim de estimular as alterações para o preparo do parto, além de desenvolver e acomodar o bebê (COSTALONGA et al, 2008; LANDI, A. S., BERTOLINI, S. M. M. G., GUIMARÃES, P. O., 2004).

O trabalho de parto a termo inicia-se ao final do período de gestação, entre a 38ª e 42ª semana de gestação (MARK, H. B, et al, 2008).

Os partos que ocorrem antes desse período são definidos como pré-termo, os que ocorrem após são chamados de pós-termo (MARK, H. B, et al, 2008).

Em 1980, destacou-se o início do movimento social pela humanização do parto onde buscou a organização de algumas associações não-governamentais. A humanização do parto tem como objetivo desestimular o parto medicalizado, assim tornar menos artificial e violento. Além de incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, adequadas à fisiologia do parto sendo menos agressivas e mais naturais (CANESIN et al, 2010).

É necessário garantir às mães um local adequado para que sejam acolhidas, ouvidas, orientadas, respeitadas, assim oferecer uma assistência de boa qualidade, além de cumprir os preceitos que regem os direitos universais do ser humano, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (CANESIN et al, 2010).

A humanização no parto e seus mecanismos permitem a redução da dor, porém quando associado aos métodos não-farmacológicos resultam na redução da ansiedade. Durante todo o trabalho de parto, a parturiente precisa ter mobilidade pélvica e usar a musculatura do abdômen, do períneo e do diafragma respiratório. (CANESIN et al, 2010).

A assistência ao parto fundamenta-se na atenção prestada por profissionais especializados, onde sua formação é voltada para o controle emocional e atendimento da mulher juntamente com o recém-nascido, não interferindo na fisiologia do parto, permitindo à mãe viver esse momento de forma prazerosa e segura. Essa assistência tem o objetivo de estabelecer o plano de assistência ao parto, juntamente com o profissional responsável. (MACHADO et al, 2004).

O fisioterapeuta possui o conhecimento sobre a biomecânica durante a contração e o relaxamento muscular realizado durante o pré-parto sendo assim, um profissional capacitado a contribuir no atendimento à parturiente (CANESIN et al, 2010).

O objetivo do presente estudo foi destacar a função do fisioterapeuta dentro da equipe multidisciplinar no parto humanizado.

2.0 ANATOMIA ASSOALHO PÉLVICO

O assoalho pélvico é uma espécie de diafragma muscular, ele separa a cavidade pélvica da cavidade perineal. É formado pelos músculos levantador do anus e coccigeos, assim sendo totalmente recoberto pela fascia perietal. O hiato urogenital é um espaço anterior, onde passam a uretra e a vagina. O hiato genital que se encontra posteriormente ao reto e ao canal anal passa por ele (OXORN, 1989).

2.1 MUSCULOS DO ASSOALHO PELVICO

Levantadores do ânus são compostos por dois músculos cada: um deles é o pubococcigeo que possui três divisões: pubovaginal, puborretal, pubococcigeo e o iliococcigeo. E o coccígeo (OXORN, 1989).

Pubococcigeo: é o musculo mais importante do assoalho pélvico. Ele se encontra na linha média e é perfurado pela uretra, vagina e reto. Normalmente ele é danificado pelo trabalho de parto.

Pubovaginal: é a porção medial do puboboccigeo, sua forma é comparada a forma de uma ferradura. Sua principal função é realizar a suspensão para a vagina.

Puborretal: é uma parte do pubococcígeo, apresenta a forma de uma alça, que se encontra em torno do canal anal e do reto. O músculo puboretal suspende o reto e desempenha um pequeno papel na sustentação das estruturas pélvicas. Sua função é a de controlar o descenso das fezes.

Pubococcígeo próprio: é o músculo que apresenta grande maioria de fibras laterais do cóccix. Quando ele entra em contração, o cóccix é tracionado para frente, conseqüentemente aumentando a junção anorretal.

Iliococcígeo: Estes músculos surgem na linha da fascia pélvica, que se encontra atrás do canal obturatório, se juntam com os músculos pubococcígeo e se inserem nas laterais do cóccix.

2.2 MODIFICAÇÕES ANATÔMICAS NA GESTANTE

A gravidez tem duração de 40 semanas, 38 semanas depois que ocorreu a fertilização. Sempre do primeiro dia do último período menstrual. É dividida em trimestres e cada um tem a duração de três meses. Durante este tempo o corpo da gestante passa por um processo de grandes mudanças, exatamente para poder suportar o crescimento e desenvolvimento do feto, juntamente, se preparando para o parto e amamentação (PARKER, 2007).

Primeiro trimestre: as mamas da gestante se tornam maiores e mais sensíveis, com aureolas de pigmentação mais escura, por conseqüência da futura produção de leite (PARKER, 2007).

Segundo trimestre: nesta fase além do crescimento das mamas, já pode ser observado um pequeno aumento no tamanho uterino. A gestante pode apresentar escurecimento da coloração da pele da face e ter sua freqüência cardíaca aumentada (PARKER, 2007).

Terceiro trimestre: nesta fase além de apresentar a pele do abdômen esticada, a gestante já pode vivenciar pequenas contrações uterinas, acompanhadas de fadiga, dor nas costas, azia e dispnéia leve (PARKER, 2007).

2.3 MUDANÇAS FISIOLÓGICAS

A gestante passa por uma fase de modificações em todos os órgãos e sistemas maternos, durante a gestação, após o parto tudo retorna ao normal. Nas Mudanças Cardiovasculares o débito cardíaco aumenta em 30% a 50%, com início. Durante o trabalho de parto o débito cardíaco da gestante aumenta mais de 30%, apresenta uma queda significativa na pressão arterial durante o segundo trimestre (MARK, 2008).

No sistema urinário, a gestante apresenta mudanças da função renal acompanhadas pelas mudanças cardíacas. Na fase do puerpério, o sistema urinário levar aproximadamente 12 semanas para retornar ao normal. Podemos lembrar que mudanças posturais alteram a função renal (MARK, 2008).

Mudanças Respiratórias ocorrem devido ao aumento da progesterona, como consequência do aumento uterino, que esta diretamente ligada com a expansão pulmonar (MARK, 2008).

Alterações gastrointestinais ocorrem devido ao aumento do útero, que pressiona o reto e porções do cólon. Existe uma diminuição da motilidade gastrointestinal por consequência dos níveis de progesterona, causando relaxamento de toda musculatura lisa. No sistema endócrino a gestante apresenta alterações na maioria de suas glândulas, por exemplo, a placenta que produz um hormônio estimulante da tireóide, que causa aumento da vascularização (MARK, 2008).

A pigmentação da pele da gestante sofre modificações, apresentando o melasma, a conhecida máscara de grávida, que é uma mancha de pigmento acastanhado, localizada na região T da face, a gestante apresenta um leve escurecimento de aréolas mamilares, nas axilas e nas genitálias (MARK, 2008).

3.0 GESTAÇÃO

A gestação ocorre a partir das oito primeiras semanas de desenvolvimento, que ocorrem no interior do útero, esta fase é chamada de período embrionário onde o óvulo fertilizado torna-se um ser humano (PARKER, 2007).

O desenvolvimento ocorre no sentido crânio-caudal, primeiramente encéfalo e cabeça precocemente tomam forma, logo em seguida o tronco, seguido de membros superiores que se apresentam como pequenos brotos e finalmente os membros inferiores. No final do período embrionário (oito semanas após a fertilização), as principais partes do corpo serão formadas, deste período em diante este pequeno embrião será chamado de feto (PARKER, 2007).

Nas três primeiras semanas, o tubo neural se forma, logo em seguida ele se tornará na medula espinal, com uma extremidade mais larga e alongada, o encéfalo. Um pequeno coração de simples aspecto pulsa. Este embrião apresenta apenas 2 a 3 mm de comprimento (PARKER, 2007).

Na quarta semana de desenvolvimento o coração do embrião apresenta quatro câmaras, batendo e bombeando sangue, através de pequenos vasos que se formam. Os órgãos intestinais, o fígado, o pâncreas, pulmões e pequenos brotos dos membros já podem ser visualizados. Já apresentando 4 a 5 mm de comprimento. A oitava semana de gestação é a fase em que a face, o pescoço se formam, os dedos dos pés e mãos podem ser diferenciados. Conseguindo se mover, agora apresentando 25 a 30 mm de comprimento (PARKER, 2007).

Após a oitava semana de gestação até o crescimento do bebê, ele passará a ser chamado de feto e a fase mais importante ocorreu que é a fase de desenvolvimento embrionário. No decorrer da fase fetal, o corpo cresce se torna mais forte (PARKER, 2007).

3.1 PARTO HUMANIZADO

A humanização proporciona assistência para as parturientes, nas suas varias definições, em si expressa uma mudança no parto como experiência humana, é uma mudança diante do sofrimento ocorrido (DINIZ, 2005).

A humanização do parto tem como objetivo desestimular o parto medicalizado, o método tecnológico que apresenta ser violento e artificial, assim incentivar as práticas biomecânicas no trabalho de parto, as quais são consideradas mais adequadas à fisiologia do parto e menos agressivas e mais naturais. Garantir às mães um local adequado para que sejam acolhidas, ouvidas, orientadas, respeitadas e se sintam livres para manifestarem seus sentimentos. Atualmente, é discutida a humanização no parto e os mecanismos para a reduzir a dor, com a adoção de métodos não-farmacológicos, a fim de reduzir a ansiedade. Durante o trabalho de parto, a parturiente exige mobilidade pélvica e o uso intensivo da musculatura do abdômen, do períneo e do diafragma respiratório (CANESIN et al, 2010).

O trabalho do fisioterapeuta é exatamente, auxiliar na contração e no relaxamento de toda a musculatura, é um dos profissionais capacitados a contribuir com qualidade no atendimento à parturiente. As técnicas ensinadas às gestantes são:

- 1) Respiração, que pode ser controlada voluntariamente , sem promover dispnéia durante o parto;
- 2) Técnicas de relaxamento, para promover relaxamento de toda musculatura tensa, assim relaxando e diminuindo a ansiedade;
- 3) Treino de expulsão, é importante para a parturiente ganhar segurança e confiança na hora do parto (CANESIN, et al, 2010).

3.2 PARTO NORMAL

No final da gestação, existem diversas mudanças no corpo da gestante, que indicam a aproximação do nascimento. A cabeça do feto começa a se insinuar no interior da pelve. A gestante tem uma sensação de perda de peso e apresentar contrações prematuras do útero (PARKER, 2007).

O colo do útero é constituído por uma espécie de feixe resistente de músculos, que se localiza na parte inferior do útero, nesta fase pré-parto o colo do útero amolece, conseqüentemente favorecendo o parto. Contrações uterinas conhecidas como contrações de Braxton-Hicks têm a função de ajudar a afinar o colo do útero. Essas contrações são normalmente indolores e

ocorrem durante boa parte da gestação, assim sendo somente observadas no terceiro trimestre de gestação (PARKER, 2007).

A dilatação cervical ocorre através de contrações regulares e dolorosas, que levam o colo uterino a se dilatar. Normalmente na primeira gestação o colo do útero dilata-se 1cm por hora, e a abertura do colo do útero deve chegar aos 10 cm de largura (PARKER, 2007).

Sinais do início do trabalho de parto: existe um tampão mucoso que tem a finalidade de proteger o útero de microorganismos. Com a dilatação este tampão se solta e cai. São existentes contrações musculares coordenadas, na parte superior do útero, ajudam na dilatação gradual do colo uterino. A bolsa amniótica se rompe o que permite a liberação do líquido amniótico incolor (PARKER, 2007).

A fase de expulsão do bebê se inicia quando o colo se encontra completamente dilatado, o bebê irá realizar um movimento em direção a coluna da mãe, de forma em que fique alinhado, a medida que o feto dobra seu queixo, ele começa a se mover para fora do útero em direção a vagina, que se alarga para receber e acomodar a cabeça do bebe. Na descida até o canal do parto, a parte superior do crânio aparece, este estágio é definido como coroamento, o bebe gira mais uma vez, agora em direção ao anus da mãe, livrando sua cabeça para encontrar uma melhor inclinação. A expulsão do bebe é realizada quando o bebe emerge sua cabeça do corpo materno, agora o obstetra verificará se cordão umbilical não está enrolado no pescoço do bebe. É retirado o muco do nariz e da boca do bebe, para certificar sua respiração, e mais uma vez o bebe roda, agora para facilitar a saída de seus ombros, um após o outro, rapidamente, em seguida o corpo todo (PARKER, 2007).

A expulsão da placenta ocorre devido a contrações leves após o nascimento do bebe, assim bloqueando qualquer vaso sanguíneo que ainda esteja em processo de sangramento. A placenta se desloca da mucosa uterina, assim sendo delicadamente liberada (PARKER, 2007).

3.3 PARTO CESAREA

Cesárea é conhecida como uma operação, onde o nascimento do bebê é realizado por uma incisão na parede abdominal e do útero. Suas indicações são absolutas. Somente em qualquer situação que torne o parto normal (parto vaginal) impossível, é indicado a cesárea. É realizada uma incisão na porção mediana longitudinal, essa incisão é feita com um bisturi, exatamente na parede anterior do útero e alargada para cima e para baixo, com tesouras sem ponta. É necessário ser realizado uma abertura mais ampla, pois o bebê nascerá em apresentação pélvica. O feto juntamente com a placenta é removido e o útero fechado em três camadas (OXORN, 1989).

A indicação correta de cesárea apresenta vantagens, já a sua indicação indiscriminada, sem motivos específicos, envolve riscos para mãe e recém-nascido. Pois a cesárea não deixa de ser uma cirurgia como qualquer outra, a mesma não está livre de complicações, podendo ser anestésicos, acidentes operatórios ou problemas relacionados ao sangue, ainda mais os problemas que podem ocorrer com os recém-nascidos, devido sua fragilidade (MORAES, 2001).

3.4 EQUIPE MULTIDICPLINAR

A assistência no parto é prestada por profissionais especializados, onde sua formação é voltada para o controle emocional e atendimento da mulher juntamente com o recém-nascido, não interferindo na fisiologia do parto, permitindo à mãe viver esse momento de forma prazerosa e segura. Essa assistência tem o objetivo de estabelecer o plano de assistência ao parto, juntamente com o profissional responsável (MACHADO et al, 2004).

Na assistência humanizada à mulher, que está vivendo o ciclo gravídico puerperal, os profissionais das áreas envolvidas devem desenvolver habilidades relacionadas ao contato com essa mulher, facilitando sua adequação emocional à gravidez e ao futuro parto (MACHADO et al, 2004).

Essa assistência deve estar relacionada com a superação de medos, ansiedade e tensões. No atendimento humanizado, a parturiente e seu acompanhante são recebidos pela equipe com empatia e respeito, sempre considerando suas opiniões, preferências e necessidades (MACHADO et al, 2004).

4.0 FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO

A presença de dor lombar na gestação é conhecida por muitas obstetras. Ela é vista como parte normal da gravidez, devido sua grande aparência. Com o grande avanço as próprias mulheres têm buscado alívio para seus incômodos. A atividade física tem sido um caminho tanto buscado quanto indicado para essas mulheres. A aplicação terapêutica do exercício nessa população ainda não é bem conhecida (RIBEIRO MACHADO, 2006).

No caso da gestante que apresenta lombalgia alguns exercícios são indicados, para que ocorra a diminuição da algia lombar. Na Posição ortostática: Bastão com rotação: a paciente em posição ortostática (em pé), pernas abduzidas, joelhos semifletidos, segura-se o bastão atrás das costas na altura da escápula. No momento da expiração realizasse a rotação de tronco para um dos lados, sem rotação de quadril. Voltando a posição inicial e rodar para outro lado (MOURA, 2007)

Na posição sentada: Borboleta: paciente sentada, com as pernas flexionadas, os pés apoiados no solo, segura-se um bastão nas costas na altura das escápulas. No momento expiratório abduzir as pernas ao máximo que puder. Em seguida voltar à posição inicial. Em decúbito dorsal será realizado o exercício, Duplo: realizando flexão de quadril + tríplice flexão: a paciente em decúbito dorsal, com uma das pernas flexionadas e apoiadas no solo, e a outra em extensão. No momento da expiração irá realizar a flexão de quadril, com o joelho estendido e o pé em dorsiflexão. Voltar à posição inicial, realizando em seguida, no outro membro. Os exercícios descritos aqui apresentam a função de alongamento e fortalecimento (MOURA, 2007).

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi relatado todas as fases e mudanças que ocorrem durante um período gestacional. Em evidencia discutido sobre o parto humanizado e a defesa do parto normal, que se encontra cada vez mais escasso nos dias atuais. A cesárea apresenta suas vantagens, e suas desvantagens que geralmente não são conhecidas como deveriam pelas parturientes, sendo assim um numero grande de cesáreas.

Sendo relatada a atuação de profissionais especializados, na assistência ao parto, que se diz respeito a toda a equipe multidisciplinar. De acordo com os conceitos aqui vistos, o parto humanizado tem seu objetivo, que é desestimular o uso excessivo e sem motivos concretos para ser realizada a cesárea. Acreditamos que o parto humanizado, é o melhor método em todos os sentidos, causando bem estar para gestante e recém-nascido.

Com o crescimento da fisioterapia na área ginecológica e obstétrica, as gestantes tem um auxílio com exercícios de fortalecimento e alongamento, para que diminua a tensão, ansiedade e algias relatadas normalmente logo após as mudanças anatômicas.

6.0 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CANESIN, K. F.; AMARAL, W. N. **Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura**; Goiânia- GO, v. 38, n.8, ago. 2010.

COSTALONGA, S. M. **Ossos, músculos e articulações saudáveis: um guia para se manter ativo por toda a vida**; Rio de Janeiro; Ed. Reader's Digest; 2008.

DINIZ, C. S. G.; **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**; São Paulo, 2005, p. 628.

LANDI, A. S.; BERTOLINI, S. M. M. G.; GUIMARÃES P. O.; **Protocolo de atividade física para gestantes: estudo de caso; Iniciação científica Cesumar**, Maringá- PR, jan/jun, 2004 v.06; n.01, p. 63-70.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. 2004.

MORAES, M. S.; GOLDENBERG P.: **Cesáreas: um perfil epidêmico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2001, p. 510.

MOURA, S. R. V.; CAMPOS, R. S.; MARIANI, S. H. V.; SIQUEIRA A. A. F.; ABREU, L. C.: **Dor lombar gestacional: impacto de um protocolo de fisioterapia**. São Paulo. 2007, p. 60.

MARK, H. B. et al. **Manual Merck: diagnóstico e tratamento**. 18ª ed. São Paulo: Roca, 2008, p.2377-2380.

OXORN, H. **Trabalho de parto**. 5ª Ed. São Paulo: Roca, 1989.

PARKER, S. **O livro do corpo humano**. 1ª Ed. São Paulo: Ciranda Cultural, 2007.

RIBEIRO MACHADO, C. A. N.: **Efeitos de uma abordagem fisioterapêutica baseada no método Pilates, para pacientes com diagnóstico de lombalgia, durante a gestação**. Goiânia - GO, 2006, p. 2.