

# **PARTO HUMANIZADO: INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

POGLITSCH, Fabiane Ap. Borges<sup>1</sup>

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

FAIT

SHUMAN, Soraya <sup>2</sup>

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

## **RESUMO**

A gestação ocorre a partir de oito semanas após o desenvolvimento, tendo início no sentido crânio – caudal. O parto normal é um método natural de nascimento, a gestante tem uma recuperação rápida. O parto cesárea é considerado uma operação, onde o nascimento do bebe, se realiza através de uma incisão na parede abdominal e do útero. Suas indicações são específicas somente em casos de risco a gestante a ao feto é indicado este método. O termo humanização, hoje conhecido como parto humanizado, tem o objetivo principal de desestimular o parto medicalizado.

**PALAVRA CHAVE:** Gestação, Humanização, Cesárea, Fisioterapeuta.

## **ABSTRACT**

Pregnancy occurs from eight weeks after the development, beginning in skull-flow. The natural childbirth is a natural method of birth, the pregnant woman has a quick recovery. The caesarean birth is considered an operation, where the birth of the baby, takes place through an incision in the abdominal wall and uterus. Its indications are specific only in cases of risk to the pregnant woman to the fetus is shown this method. The term humanisation, now known as humanized childbirth, has the aim to discourage the medicalized childbirth.

**Key words:** pregnancy, humanization, cesarean, physical therapist.

## 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. (DATASUS).

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 a fim de estimular as alterações para o preparo do parto, além de desenvolver e acomodar o bebê (COSTALONGA, 2008; LANDI; BERTOLINI; GUIMARÃES, 2004).

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, 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, 2010).

A equipe multidisciplinar que atua no parto humanizado é composta por profissionais: médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional (SANTANA, et al, 2009).

O fisioterapeuta tem função de preparar a gestante com orientações, sobre a função muscular do assoalho pélvico, posições para aliviar a dor, exercícios respiratórios. Todo esse auxílio tem a finalidade de preparar a gestante para o parto natural (MAZZALI, 2008).

O objetivo do presente estudo é expor a importância do projeto do parto humanizado e a atuação da equipe multidisciplinar, e nela a atuação do fisioterapeuta.

## **2. REFERENCIAL TEORICO**

### **2.1 Anatomia da pelve**

Esses ossos se encontram em total contato íntimo em quatro articulações que são compostas por: sínfise púbica, duas articulações sacrílicas e a articulação sacrococcígea. Os íliacos são formados pelo ílio, ísquio e púbis (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

- Os íliacos são ossos amplos, alargados e possuem um formato de concha e apresentam três partes principais que se formam pelo ílio, ísquio, e púbis.
- O ísquio é um osso considerado pesado que se encontra logo abaixo dos íliacos.
- O púbis, forma a parte da frente da pelve.
- O sacro e o cóccix formam a parte terminal da coluna vertebral, possui forma de cunha (ZIEGEL; CRANLEY, 2008).

### **2.2 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 ânus e coccígeos, assim sendo totalmente recoberto pela fáscia perineal. 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. Os músculos do assoalho pélvico são:

- Levantadores do ânus são compostos por dois músculos cada: um deles é o pubococcígeo que possui três divisões: pubovaginal, puborretal, pubococcígeo, iliococcígeo e o coccígeo.
- Pubococcígeo: é o músculo mais importante do assoalho pélvicos. 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 pubococcígeo, 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.

- Pubococcigeo 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 fáscia pélvica, que se encontra atrás do canal obturatório, se juntam com os músculos pubococcigeo e se inserem nas laterais do cóccix (OXORN, 1989).

### **2.3 Sistema genital feminino**

O sistema reprodutor feminino é composto por órgãos responsáveis pela reprodução no corpo da mulher. Sendo assim desempenham funções como produzir gametas, cópula, fecundação, de receber, alojar e manter em desenvolvimento o feto até sua expulsão (DANGELO, 2007).

Os órgãos femininos são distribuídos da seguinte forma:

- Gônadas: são os ovários que produzem os óvulos.
- Vias condutoras de gametas: são as tubas uterinas.
- Órgão que abriga o novo ser vivo: é o útero
- Órgão de copula: vagina
- Estruturas eréteis: clitóris e bulbo do vestíbulo
- Glândulas anexas: glândulas vestibulares maiores e menores
- Órgãos externos: vulva, monte do púbis, lábios maiores, lábios menores, clitóris, bulbo do vestíbulo e glândulas vestibulares.

#### **2.3.1 Ovários**

São os produtores dos óvulos, também produzem hormônios como o estrógeno e a progesterona eles tem a função de desenvolvimento sexual e desenvolvimento inicial do embrião (DANGELO, 2007).

#### **2.3.2 Tubas uterinas**

As tubas uterinas são responsáveis por realizarem o transporte dos óvulos, entre a superfície do ovário até a cavidade do útero. Também é existente a passagem dos espermatozoides, e fecundação (DANGELO, 2007).

### **2.3.3 Útero**

Se localiza na pelve, é um órgão muscular que apresenta 5 cm de largura, 8 cm de comprimento, 3 cm de espessura e é oco. Pode ter uma variação em seu tamanho, posição, forma e estrutura, dependendo da idade, estado de plenitude e do estado de gestação (DANGELO, 2007).

## **2.4 Mudanças 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. No primeiro trimestre: as mamas da gestante se tornam maiores e mais sensíveis, com aureolas de pigmentação mais escura, por consequência da futura produção de leite. No segundo trimestre: 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 frequência cardíaca aumentada e já no terceiro trimestre: apresenta 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).

## **2.5 Mudanças fisiológicas na gestante**

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).

### **2.5.1 Desenvolvimento da placenta**

Após a concepção, o embrião desenvolve uma placenta. Ela deriva do trofoblasto (uma camada externa de blastocisto. Sua formação propriamente dita tem início após o zigoto se implantar na mucosa uterina (PARKER, 2007).

### **2.5.2 Fisiologia da placenta**

A placenta tem forma oval, com 20x15 cm de tamanho e 1,5 de espessura, pesa aproximadamente 20% do peso do feto, calcula-se mais ou menos de 425 a 552g. Se implanta geralmente na porção superior do útero (OXORN. 1989)

## **2.6 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. 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).

A terceira semana, é considerada um período de desenvolvimentos rápido, onde a gestante apresentara a parada da menstruação (MONTENEGRO, 2008).

## **2.7 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. 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).

O método natural de nascimento apresenta a proteção das forças da natureza. A mãe tem uma recuperação imediata e logo após o nascimento, poderá levantar-se e atender seu bebê. É importante ressaltar que a infecção hospitalar é muito menos frequente nos partos normais (QUEIROZ, 2005).

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).

É existente a presença de contrações rítmicas, onde apresentam duas contrações em cada 10 minutos, com duração de 50 a 60 segundos. Ainda na fase de dilatação as contrações se encontram sendo dolorosas e só terá fim, após a dilatação final, chegando a 10 cm de dilatação (MONTENEGRO, 2008).

### **2.7.1 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).

O uso abusivo de cesáreas no Brasil tem total contribuição para a desumanização do parto normal e da assistência (MATEI, 1991).

### **2.7.2 PARTOS (ESTATÍSTICAS)**

O Brasil apresenta uma das maiores taxas, quando se diz a respeito de cesariana. De 1991 a 1995 a taxa foi de 22% para 27%. Este aumento significativo, não é só presenciado no Brasil, também é registrado em países latino-americanos. O país apresentou uma diminuição em relação aos clientes

do SUS, devido as políticas do Ministério da Saúde, que tem o objetivo de penalizar hospitais públicos que apresentam taxas altas e superiores a 30,0%, lembrando que 15,0% é a taxa mínima e a máxima ainda não foi definida, mas provavelmente deveria estar entre 20,0 a 25,0% (QUEIROZ, 2005).

No ano de 2009, o Brasil apresenta grande diferença nos dados relacionados ao parto normal e ao parto cesárea. Na região sudeste, no estado de São Paulo o parto vaginal apresenta 251.007 e o parto cesárea 346.962 partos registrados (DATASUS, 2009).

### **2.7.3 PARTO HUMANIZADO**

O parto humanizado foi criado pelo Ministério da saúde, em 1º de Junho de 2000, assinado pela portaria 569. Esta atitude visa garantir as gestantes um atendimento digno (MATEI, 2003).

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 redução da 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).

### **2.7.4 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 deve estar relacionada com a superação de medos, ansiedade e tensões (MACHADO et al, 2004).



A equipe multidisciplinar é composta por profissionais qualificados, que compõem os cargos de: médico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional (SANTANA, et al, 2009).

### **2.7.5 FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO**

O fisioterapeuta terá a função de preparar a gestante com orientações, sobre a função muscular do assoalho pélvico, das posições para alívio da dor, exercícios respiratórios que serão realizados no momento do parto. Todo esse auxílio para preparar a gestante psicologicamente para um parto natural (MAZZALI, 2008).

Sendo realizado um exercício apropriado, a gestante terá uma melhora das condições cardiorrespiratórias, proporcionando o fortalecimento de coração e pulmões. Apresentando um sistema cardiovascular saudável tem grande importância, devido ao fato em que o sangue deve ser eficientemente transportado para a placenta. Obtendo um nível de condicionamento bom, a gestante ganha ajuda para reduzir o cansaço. O acompanhamento fisioterapêutico é necessário a fim de passar informações para a gestante. Serão exercícios que promovem um preparo cardiorrespiratório e físico, para que a gestante tenha um parto tranquilo (LANDI, 2004).

## 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.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007, p. 189, 191, 192, 193.

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.64.

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

MATEI, E. M.; CARVALHO, G. M.; SILVA, M. B. H.; MERIGHI, M. A. B.: **Parto humanizado: um direito a ser respeitado**. São Paulo. 2003, p. 17, 19.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília- DF. 2001, p. 79.

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

MAZZALI, L.; GONÇALVES, R. N.; **Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor lombar durante o trabalho de parto normal**. Valinhos-SP, v. XII, N.1, 2008, p. 9

OXORN, H. **Trabalho de parto**. 5ª Ed. São Paulo: Roca, 1989. p. 7, 8, 9, 489.

PARKER, S. **O livro do corpo humano**. 1ª Ed. São Paulo: Ciranda Cultural, 2007. p. 208, 212.

QUEIROZ, M. V. C.; SILVA, N. S. J.; JORGE, M. S. B. ; MOREIRA, T. M. M. **Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará**. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. nov-dez. 2005, p. 688.

SANTANA, J C B; PAULA, K. F.; CAMPOS, A. C. V.; REZANDE, M. A. E.; BARBOSA, B. D. G.; DUTRA, B. S.; BALDESSARI, C. E. F.: **Cuidados**

**paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem.**  
**Centro Universitário São Camilo.** São Paulo, 2009, p. 78.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S.; **Enfermagem Obstétrica**; Ed. 8<sup>o</sup>.; Rio de janeiro : Guanabara Koogan, 2008, p. 13, 93, 120, 293.