

ACOMPANHAMENTO DO FISIOTERAPEUTA EM GESTANTES NA SALA DE PARTO

MARIELLE MEDEIROS CAMPANHA,
JOSÉ MOHAMUD VILAGRA
FAG- Faculdade Assiz Gurgacz. Cascavel, PR, Brasil
mariellecampanha@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Há muitos anos os obstetras buscam meios de diminuir a dor do parto. Mesmo com toda evolução do parto, de hospitais especializados, as mulheres não tem nenhum preparo para o nascimento de seus filhos. É importante que exista um cuidado abrangente do processo do parto pra que possa ser realizado um acompanhamento das gestantes no mesmo. Um fisioterapeuta especializado na área de obstetrícia pode realizar técnicas e exercícios com as gestantes nas salas de parto, fazendo com que o processo tenha uma melhor evolução com grandes benefícios.

A fisioterapia pode atuar através de exercícios respiratórios, esses exercícios são benéficos, pois fazem com que as gestantes tenham autocontrole, e maior oxigenação materna fetal. A deambulação acelera as contrações e diminui o tempo de trabalho de parto favorecendo a descida da apresentação fetal. A massagem alivia pontos de tensão e promove relaxamento, os exercícios com bola suíça trabalham a mobilidade pélvica e diminui o tempo de trabalho de parto. Ainda existem muitas outras técnicas entre elas as mudanças de decúbito, banhos de imersão, utilização da neuroestimulação transcutanea (TENS) e etc.

Procurou se através desse trabalho abordar a atuação do fisioterapeuta nas necessidades das gestantes na sala de parto. Apresentando as vantagens da intervenção profissional durante o trabalho de parto, onde a mulher passa a ser mais ativa e interage mais com seu corpo, confiando plenamente no seu potencial de parir.

HISTÓRIA DO PARTO

Na antiguidade o parto era realizado por parteiras ou até mesmo pela própria parturiente, geralmente realizado na posição de cócoras. A mãe seccionava o cordão umbilical com lascas de taquara e amarrava o cordão com cipó ou raiz. Logo a mãe e o recém nascido utilizavam o rio mais próximo para se banhar. Todo o processo do parto girava em torno de crenças e doutrinas não muito amigáveis para as mulheres. Nos séculos XVII e XVIII, o parto realizado através de cirurgia foi introduzido a medicina. O líder da escola obstétrica francesa, François Mauriceau introduziu o parto horizontal, que era realizado devido a grande quantidade de mortes materna e infantil devido as complicações das gestações que eram maiores antigamente. Atualmente apenas 20% das gestantes apresentam complicações, dos quais a maioria consegue controlar ou curar antes mesmo do nascimento. (CONCEIÇÃO; MACEDO; GRAZZIOLIN, 2009).

A igreja foi uma das responsáveis para transferir o poder das parteiras aos médicos para realização do parto, pois nesse período o corpo da mulher era associado ao pecado, era visto como defeituoso, por isso estava sujeito a intervenções cirúrgicas da medicina. (CONCEIÇÃO, MACEDO; GRAZZIOLIN, 2009).

Depois de implantado o parto na horizontal, a gestante participa do parto de forma menos ativa. Há três décadas profissionais especializados tentam implantar novamente a liberdade corporal da mulher durante o trabalho de parto, para favorecer o parto normal. No Brasil, desde 2000, a organização mundial da saúde através do programa da humanização do parto e nascimento, quer favorecer a participação mais ativa da gestante, buscando condutas através de estudos comprovados para incentivar o parto vaginal. (BARAVESCO et al, 2009).

ESTÁGIOS E DIAGNÓSTICO DO TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto (TP) é definido como contrações uterinas repetidas com frequência, intensidade e durações suficientes para causar a dilatação do colo uterino. (HOPKINS, 2006).

Os estágios e as fases do trabalho de parto são divididos em quatro períodos. O primeiro período é chamado de dilatação, que é o intervalo que inicia o TP até a dilatação completa. Esse período é dividido em fase latente e ativa. A fase latente é a dilatação lenta do colo uterino, dilata cerca de 1,0 cm/h e vai a até 3,0 cm, com contrações irregulares. Na fase ativa, ocorre a dilatação rápida, com contrações regulares e mais dolorosas. O segundo período é o de expulsão, se da entre a dilatação completa e o desprendimento do feto. Logo após ocorre a expulsão do feto e da placenta, sendo assim o terceiro período, o de dequitação. E por ultimo, o quarto período que é a primeira hora após o parto. (FREITAS et al, 2006).

Os mecanismos do trabalho de parto são sete e estão relacionados devido às mudanças da cabeça fetal durante a passagem do canal do parto até a apresentação cefálica. Os mecanismos são o encaixamento, a descida, a flexão, a rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. O encaixamento é o primeiro mecanismo e ocorre quando a cabeça do feto se encaixa na parte superior da pelve, ocorrem antes de iniciar o TP, as pacientes verificam mudanças no abdome e a respiração aliviada. A descida acontece quando cabeça fetal passa para o assoalho pélvico. Logo ocorre a flexão da cabeça fetal, permitindo que a mesma apareça na pelve materna. Em seguida ocorre a rotação interna onde o occipito fetal roda da sua posição original em direção a sínfise púbica. Na extensão a cabeça fetal passa da posição fletida para estendida, rodando em torno da sínfise púbica. Na rotação externa o feto reassume a posição da face para frente, tendo o occipito e a coluna vertebral no mesmo plano. O ultimo mecanismo é o de expulsão, onde ocorre o desprendimento do ombro debaixo da sínfise púbica, e o restante do corpo é expelido rapidamente (HOPKINS, 2006).

ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE NO PARTO

O acompanhamento da gestante na sala de pré- parto tem o objetivo de monitorar a progressão do TP, a vigilância da saúde materna e fetal. O TP é acompanhado de angustia e medo, as gestantes chegam a imaginar a morte e a destruição da genitália, por isso é importante que o acompanhante forneça para a gestante um suporte emocional.

Desde 1933 Read já falava dos fatores emocionais no TP, descrevendo um circulo vicioso iniciado pela tríade sugestão, iniciado pela falta de conhecimento e solidão, provocando medo, tensão e dor. Foi observado que o apoio dado pelos profissionais da saúde as gestantes diminui a necessidade de utilizar medicações analgésicas, diminui taxas de parto operatório, cesarianos e índices de apgar maior do que 7 no quinto minuto. (HODNETT, 2002).

ACOMPANHAMENTO DA FISIOTERAPIA NA SALA DE PARTO

O fisioterapeuta acompanha as gestantes na sala de parto, fazendo com que esse processo tenha uma melhor evolução com grandes benefícios. A fisioterapia irá atuar através de exercícios respiratórios, exercícios com bola suíça, estimular a deambulação, massagens, incentivar banhos de imersão, orientações sobre a posição do parto, utilização da neuroestimulação transcutanea (TENS) e outros. (MAZZALI; GONÇALVES,2008).

Algumas técnicas e procedimentos podem ser realizados na sala de parto entre elas as mudanças de decúbito. A posição vertical e a deambulação devem ser incentivadas pelo fisioterapeuta, onde estudos já comprovados mostram que gestantes que se mantêm nessa posição e se movimentam tem um parto mais rápido, pois facilita a dilatação já que nessa posição o ângulo do eixo cefálico e os diâmetros da pelve são melhorados. (BIO, 2007).

Em um estudo realizado com 145 parturientes na posição vertical e 224 em decúbito dorsal, as gestantes que se mantiveram na vertical conseguiram diminuir a fase ativa do

trabalho de parto em média de 2 horas. Também foi constatado em um estudo com 14 mulheres, onde 8 deambularam e 6 ficaram no leito utilizando ocitocina, esse estudo mostrou uma melhor evolução nas contrações uterinas na fase ativa nas gestantes que se mantiveram em movimento. A deambulação foi tão efetiva quanto ao uso da ocitocina. (BIO, 2007).

Johnson et al em 1991, realizou uma revisão de literatura e selecionou 8 posições que podem ser utilizadas durante o trabalho de parto. As posições selecionadas são: decúbito lateral, posição de trendelenburg, deambulação, posição sentada, posição ajoelhada, quatro apoios e cócoras. Os resultados revelaram que a contração uterina é freqüente e mais intensa na posição vertical do que na supina e na deambulação a descida da cabeça é favorecida principalmente pelo movimento da pelve. (BIO,2007)

Outro procedimento utilizado há décadas para exercícios físicos e pelos fisioterapeutas é o uso da bola suíça que atualmente pode ser utilizada também para auxiliar no parto. Estudos comprovam que o uso da bola tem papel importante para o parto, onde auxiliam na respiração da mulher, na mobilidade pélvica, dá possibilidade à gestante de se manter em posições mais favoráveis e ajuda no conforto da mesma. (SILVA, 2010).

Segundo Carrière (1999), a bola pode prevenir a tensão muscular, além de trazer outros benefícios como diminuir a sobrecarga sobre o corpo, melhorando a dor e o cansaço. Outro autor fala ainda que é possível realizar exercícios para auxiliar na progressão do trabalho de parto. Zwelling (2010) cita alguns exercícios para o parto, um deles é quando a paciente fica sobre a bola com tronco inclinado, em pé ao lado da cama durante as contrações uterinas. Essa posição é mais confortável e promove a posição vertical. Em outro exercício a parturiente senta sobre a bola, com os joelhos afastados realizando movimentos circulares com o quadril. O exercício realizado nessa postura facilita a ação da gravidade, as contrações ficam mais controladas e menos dolorosa, aumenta os diâmetros da pelve e favorece a descida e a rotação fetal. (SILVA, 2010).

O uso da bola deve ser utilizado no primeiro estágio do trabalho de parto. Essas técnicas acompanhadas de exercícios respiratórios levam ao relaxamento global da gestante, diminuindo assim a tensão (BAVARESCO et al, 2007).

Os exercícios em que a respiração é utilizada podem ser realizados durante o parto, porém os fisioterapeutas podem ensinar esses exercícios a partir do terceiro mês de gestação para que a mulher consiga realizar os exercícios no parto, melhorando assim a oxigenação sanguínea e o autocontrole da gestante. Não existem exercícios respiratórios específicos para o parto, porém alguns estudiosos defendem alguns padrões respiratórios para o parto. A respiração torácica ampla deve ser realizada durante as contrações, pois alivia a pressão do diafragma sobre o útero e mantém a oxigenação sanguínea. A respiração diafragmática deve ser realizada no intervalo das contrações por ser mais calma e profunda esse tipo de respiração causa maior relaxamento. No período de expulsão deve ser orientada uma respiração profunda, seguido de apnéia, para expulsar bebê (BAVARESCO et al, 2009; MAZZALI, GONÇALVES, 2008).

A massagem também é importante para relaxar a musculatura, o fisioterapeuta pode massagear a região lombar com técnicas de fricção, effeurage e toques leves. Já massagens com pressões mais firmes devem ser aplicadas nas pernas, região abdominal e lombar para alívio de dor. A região perineal pode ser massageada para relaxar as fibras e conseqüentemente a tensão, evitando lacerações que possam ocorrer na via de parto. (BARACHO, 2006).

Um estudo realizado em Taiwan mostrou que a massagem realizada nas parturientes foi eficaz na diminuição da ansiedade e da dor em relação às gestantes que não receberam a técnica. (BAVARESCO, 2009).

Outro método não farmacológico utilizado pela fisioterapia é o uso na neuroestimulação transcutânea (TENS). A Tens ativa os receptores sensoriais periféricos, aumenta a produção de endorfina e diminui a dor. Os eletrodos devem ser colocados na fase de dilatação, na região de

T1 a L1 e o outro par na região sacro ilíaca. Outros parâmetros devem ser adequados conforme a fase do parto e a sensibilidade da gestante. (BAVARESCO et al, 2009).

Em uma revisão disponível na biblioteca cochrane, com 19 ensaios incluídos com 1671 gestantes, demonstrou que as parturientes que utilizaram a TENS nos pontos de acupuntura obtiveram diminuição da dor comparado ao grupo controle. (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

O banho de imersão ou banho quente pode ser realizado durante o TP, sempre acompanhada pelo fisioterapeuta obstétrico. A água quente relaxa a musculatura, diminuindo a tensão e a dor. O banho pode ser realizado no chuveiro convencional ou em banheiras em locais que tenham melhor infra- estrutura. (POLDEN; MANTLE, 2000).

Em uma revisão realizada com 11 ensaios clínicos demonstrou que a imersão em água nas parturientes diminui o uso da analgesia, sem prejudicar o parto e o bem estar neonatal. (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Existem muitas outras técnicas pra realizar durante o trabalho de parto, porém essas descritas acima são as mais utilizadas. Todas elas têm o objetivo de melhorar as condições do parto, diminuindo o tempo, o medo, tensão e dor. E isso torna o parto um momento de prazer para a gestante. (HODNETT, 2002).

O papel da fisioterapia vai além das orientações no pré-natal. O acompanhamento dessa gestante deve ser realizado durante toda a gestação, parto e pós- parto, com intuito de corrigir posturas antálgicas, ensinar as posições durante o parto, aliviar tensões, incentivar o relaxamento da musculatura e oferecer conforto as gestantes. (CANESIN; AMARAL, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante observar que para ocorrer à intervenção da fisioterapia durante o trabalho de parto, o profissional deve entender as diferentes sensações da mulher durante esse processo. A atuação com as gestantes deve ser realizada com o consentimento da mulher, além de ter um ambiente apropriado para atender melhor as necessidades da gestante.

Embora não seja muito comum essa especialidade, é necessário conhecimento do processo para atuar nessa área pouco explorada na fisioterapia. Os recursos utilizados como mudanças de posturas, uso da bola suíça, exercícios respiratórios, massagens, uso da TENS, banho de imersão e banho quente, e os seus efeitos fisiológicos no período Peri natal são comprovados por estudos. Porém a intervenção da fisioterapia no período Peri natal tem maiores benefícios quando ocorre um acompanhamento das gestantes no pré natal, Peri natal e pós natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALASKAS, J. e GORDON, Y. **Avremo um bambino:** La nuova guida completa per la gravidanza, il parto i primi mesi. 4^o edição. Londres: editora red, 2003.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia:** aspectos de ginecologia e neonatologia. 3^o Ed. São Paulo: editora Medsi, 2002.

BAVARESCO, G et al. **O fisioterapeuta como profissional de suporte a parturiente.** Florianópolis- SC, 2009. Disponível em < [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/_int.php: id.>](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/_int.php?id.>). Acesso mai 2011.

BIO, E. R. **Intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto:** Faculdade de medicina, universidade de São Paulo 2007. Disponível em < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/.../ElianerodriguesBio.pdf> >, acesso mai. 2011.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-Infantil.** 2^a ed. Rio de Janeiro – RJ: Reichmann e Affonso editores, 2000.

CABRAL, A. C. V., AGUIAR, R. A. L. P., VITRAL, Z. N. R. **Manual de assistência ao parto.** São Paulo- Rio de Janeiro- Belo Horizonte: Atheneu, 2002.

CAMBIAGHI, A. S. **Manual da Gestante**. São Paulo – SP: MADRAS LTDA, 2001.

CANESIN, K. F; AMARAL, W. N. Atuação **fisioterapêutica para diminuição do tempo de trabalho de parto**: Revisão de literatura. Goiânia, GO. Femina. Ago 2010/ vol. 38/nº 8.

CAPARROZ, S. C. **O Resgate do Parto Normal**. Joinville – SC: UNIVILLE, 2003.

COLAÇO, V. S. **Parto vertical**. Florianópolis – SC: cidade futura, 2002.

CONCEIÇÃO, E; MACEDO, L.R; GRAZZIOLIN, M.C. **A preparação da gestante para o parto**. 2009. Disponível em < <http://www.scribd.com/doc/21611511/Artigo-Parto-Normal> >. Acesso mai 2011.

FREITAS, F et al. **Rotinas em obstetrícia** . 5º edição. Porto Alegre: artmed, 2006.

HODNETT, E. D. **Pain and women’s satisfaction with they, experience of childbirth: a systematic review**. American journal of obstetrics and gynecology, Saint Louis, v.186, 5. Suppl. Nature, p.160-172, mai. 2002

HOPKINS, J. **Manual de ginecologia e obstetrícia**. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MAGALHÃES, J. A. **Manejo das Complicações na Gestação e no Parto**. Porto Alegre- RS: Artmed, 2005.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. 12ª ed. Petrópolis- RJ: Vozes, 1985.

MAZZALI, L; GONÇALVES, R. **Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal**. Rev. Ensaio e Ciência: C. biológicas, agrárias e da saúde. Vol. XII, nº 1, ano 2008. Disponível em <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rencs/article/viewFile/280/279>. Acesso mai 2011.

MONTENEGRO, R. **Obstetrícia fundamental**. 9º ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2003.

NETTO, C. H. **Obstetrícia básica**. 1º edição, São Paulo: Atheneu, 2005.

ODENT, et al. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. 12ª ed. Petrópolis – RJ: Vozes. 1985.

POLDEN, M; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: editora Santos, 2000.

PRADO, A. A. **A medicalização do parto: O parto em outras épocas e localidades**. Rio de Janeiro – RJ: Amigas do parto, 2005. Disponível <<http://www.amigasdoparto.com.br/poutras3.html>> Acesso em 10 mar. 2006.

SILVA, L. M. **Utilização da bola suíça na assistência ao parto nos serviços públicos do município de São Paulo**. São Paulo, 2010. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-23062010-092554/publico/Lia_Mota.pdf> Acesso em Jun 2011.

ZIEGEL, E; CRANLEY, M. **Enfermagem obstétrica**. 7º edição. Rio de Janeiro: editora interamérica, 2004.

Marielle Medeiros Campanha
Endereço: Rua Alexandre de Gusmão, 366
Bairro: Jardim Maria Luiza. CEP 85819530
Cascavel, PR. Brasil.
Fone (45) 30388235/ (45) 99605119.
mariellecampanha@hotmail.com