

IMPORTÂNCIA DO PERFIL GESTACIONAL DE PUERPERAS, PARA APLICAÇÃO ADEQUADA DA FISIOTERAPIA EM OBSTETRÍCIA

KARINA OLIVEIRA MARTINHO, FERNANDA SILVA FRANCO, MEIRELE RODRIGUES GONÇALVES, ADELSON LUIZ ARAUJO TINÔCO, ANNA PAULA GUIMARÃES FARIA SOUZA.
Universidade Federal de Viçosa – Viçosa/MG – Brasil
karina.martinho@ufv.br

Introdução:

A gravidez é uma experiência nova que modifica todo o corpo humano para atender às múltiplas necessidades do crescimento e desenvolvimento do feto (DUARTE, 2002).

São profundas as adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que acometem a mulher no curto espaço de tempo da gravidez. As influências no sistema músculo-esquelético são as que envolvem os fisioterapeutas mais diretamente (DE CONTI, 2005). Primeiro, para tentar evitar distúrbios resultantes, depois, se os problemas surgirem, para tratá-los. Lima e Oliveira (2005) acrescentam que cerca de vinte e cinco por cento delas apresentam ao menos um sintoma temporário.

Por ser uma fase de grandes modificações, a mulher, de uma maneira geral, encontra-se receptiva às informações, ao aprendizado e à adoção de novos hábitos de vida que beneficiem a sua saúde e a do bebê, tornando a gravidez um período propício para a atuação fisioterapêutica (BARACHO, 2007).

Há pouco tempo, as gestantes eram proibidas de fazer exercícios físicos pelo potencial risco de complicações para a mãe e para o feto. Proibidas de realizarem uma atividade, as mulheres sedentárias apresentavam um considerável declínio do condicionamento físico durante a gravidez (DERTKIGIL, 2005). A falta de atividade física regular é um dos fatores associados a uma susceptibilidade maior a distúrbios durante e após a gestação (LIMA e OLIVEIRA, 2005). Ao levar em conta estes distúrbios, o fisioterapeuta implementa cuidadosamente um programa de exercícios terapêuticos que seja seguro para a mãe e o feto como relatam Duarte (2002).

Mesmo sendo a fisioterapia indicada como a primeira opção de tratamento, podendo esta visar a promoção, prevenção e reabilitação das gestantes ou puérperas percebe-se que esse atendimento não é comumente encontrado na rotina hospitalar da maioria das maternidades, nem em atendimento fisioterapêutico pré e pós-natal (ABRAMS, 2005).

Portanto, este estudo visou caracterizar o perfil gestacional de puérperas na cidade de Viçosa, para assim justificar a necessidade da Fisioterapia em Obstetria.

Metodologia

Este estudo é do tipo descritivo transversal. A amostra foi composta de cinquenta puérperas, primíparas, com idade média de vinte e dois anos que freqüentavam o Hospital São Sebastião, Posto de Saúde e Posto de Vacinação da cidade de Viçosa-MG; no período de setembro a dezembro de 2008. Foram incluídas mulheres no puerpério imediato ou tardio, primíparas com filho de até um ano de idade e que assinaram o Termo de Participação Consentida. Foram excluídas as mulheres grávidas, primíparas com filho de mais de um ano de idade, primíparas que tiveram aborto anteriormente, múltiparas, ou que não aceitaram participar da pesquisa.

Este estudo atendeu as normas para a realização de pesquisa em seres humanos, Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/1996 (BRASIL, 1996), sendo também submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UNIVIÇOSA.

A coleta de dados foi realizada com a aplicação dos questionários uma única vez para cada entrevistada. Foi aplicado três questionários: Topografia e Intensidade da Dor (MENDES & LEITE, 2008), Questionário de Atividade Física e Trabalho (TAKITO, BENÍCIO & LATORRE, 2005) e Questionário para Identificação dos Distúrbios Gestacionais. O primeiro questionário avaliou a presença de dor e sua localização por meio de um desenho esquemático do corpo humano em vista anterior e posterior. As puérperas foram orientadas a identificar no desenho, o local do seu sintoma e logo acima do mesmo, por meio de uma escala analógica visual, elas deram uma nota para a intensidade da dor que estava sentindo naquele local. Sendo considerado “0” (zero) a ausência de dor, e “10” (dez) dor extrema. O segundo questionário possui trinta e três questões abertas e fechadas divididas nos seguintes domínios: trabalho e atividade física, que avaliou se as mulheres no puerpério imediato ou tardio são sedentárias ou ativas e se trabalharam durante a gestação. O último questionário possui quatorze questões fechadas relacionadas com distúrbios gestacionais, tais como: algias, dispnéia, constipação intestinal, hemorroideia, edema, varizes, celulite, incontinência urinária, infecção urinária, insônia e dormência.

Resultado e discussão

Na figura 1 podemos observar a freqüência das características relatadas pelas puerperas

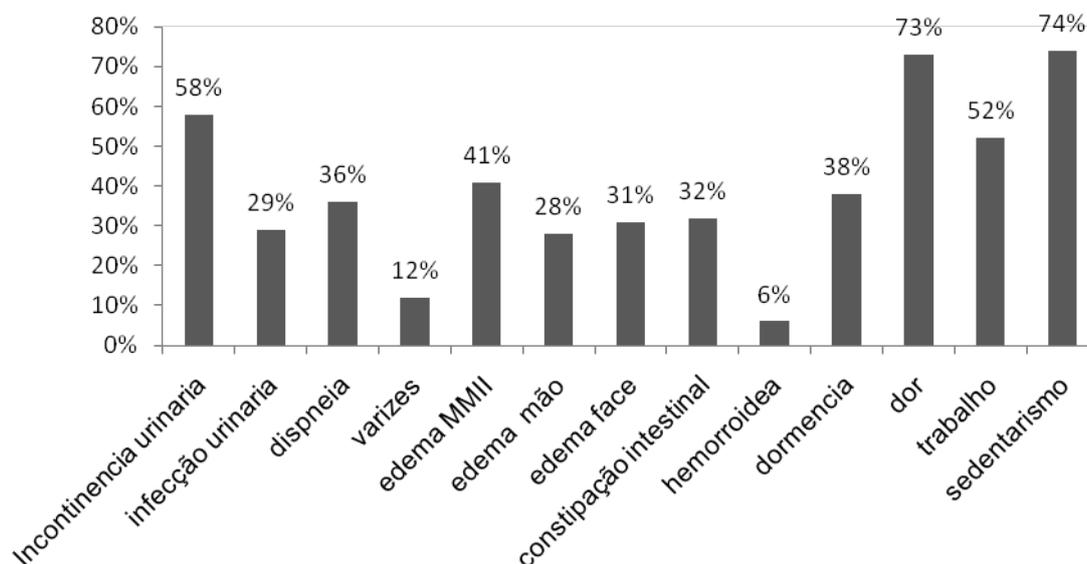


Figure 1- Freqüência das características apresentadas pelas puerperas (N=50), Viçosa-MG, 2008.

Verificou-se que 58% das puérperas apresentaram incontinência urinária. Este acometimento é similar aquele apresentado por Baracho (2007); que relata ocorrer um desejo miccional e incontinência urinária característica na gestação. Esta ocorre em consequência do desenvolvimento uterino gravídico pressionando a bexiga (JACOBIUNAS e PICOLI, 2007).

A pressão intra-abdominal provocada pela tosse e espirros, aumenta a probabilidade de incontinência urinária por estresse, na grávida com assoalho pélvico e músculos abdominais fracos (DUARTE, 2002).

A Fisioterapia com aplicação do fortalecimento do assoalho pélvico que visam aumentar a superfície muscular que sustenta a bexiga, vagina, útero e reto, prevenindo este quadro (DE CONTI, 2003).

Além disso, um assoalho pélvico forte e coordenado pode demonstrar um melhor controle e relaxamento durante o segundo estágio do parto e na recuperação pós-parto (BARACHO, 2007).

Verificou-se que 29% da amostra apresentaram infecção urinária. A infecção urinária que acometem as gestantes é provocada pelo aumento e alargamento uterino que fazem com que os ureteres penetram na bexiga em um ângulo perpendicular, o que resulta em refluxo da urina havendo assim, uma maior probabilidade de infecções no trato urinário na gravidez (JACOBIUNAS e PICOLI, 2007). Para evitar as complicações da infecção urinária, Duarte et al., (2002) sugere o acompanhamento médico, pois o sintoma de dor lombar presente no quadro agudo de infecção urinária pode ser confundido com lombalgia.

A dispnéia foi freqüente em 36% das puérperas. Este resultado corrobora com Batista (2003) que relatam que a dispnéia é um dos primeiros sinais da gravidez, devido às alterações hormonais, provocadas pelo aumento de quinze a vinte por cento no consumo de oxigênio e uma hiperventilação já nas primeiras semanas de gestação para facilitar o transporte de oxigênio para o feto. De Conti et al., (2003) acrescenta que a dispnéia aumenta conforme o crescimento uterino no qual empurra o diafragma para cima, gerando este desconforto. A Fisioterapia trabalha a respiração diminuindo este desconforto.

Observou-se a presença de varizes em 12% das puérperas, o que corrobora com Landi (2004) que relatam aparecimento destas após a segunda metade da gravidez, sendo influenciadas pela dificuldade do retorno venoso. Alterações como a vasodilatação periférica induzidas pelos hormônios gestacionais, ganho de peso exagerado, compressão do útero gravídico e genética, estão inter-relacionados.

O edema gestacional foi referido por 64% das puérperas. Vários são os fatores que levam ao edema gestacional como, o aumento da permeabilidade capilar, o aumento da pressão capilar e hipoproteinemia, bem como maior retenção de água (HALL e GUYTON, 2006).

Em relação ao local, podemos perceber que o edema ocorreu em 41% em membros inferiores, nas mãos 28% e de face 31%. O edema moderado de extremidades inferiores é uma condição normal da gravidez, que resulta da pressão do útero em expansão sobre a veia cava inferior (LIMA e OLIVEIRA, 2005).

A drenagem linfática é utilizada para auxiliar o retorno venoso, associando à cinesioterapia para prevenir ou tratar edema.

A constipação intestinal foi verificada em 32% e a hemorróideia 6%, condizendo com Hall e Guyton (2006) que relatam o crescimento uterino no período gestacional, onde os intestinos são deslocados o que gera indigestão e regurgitação freqüentes. Em consequência à constipação intestinal, pode haver o aparecimento da hemorróideia que surge em decorrência da vasodilatação periférica e do aumento da pressão nas veias retais por compressão da circulação de retorno. Associado a isso, uma redução do tônus e da motilidade gastrointestinal que resulta em um prolongamento do tempo do esvaziamento gástrico, causa uma lenta passagem do alimento pelo intestino grosso, com o aumento da absorção de água, fazendo com que as fezes fiquem secas, duras e difíceis para expelir. (BARACHO, 2007).

A dormência foi verificada em 38% das puérperas entrevistadas. Segundo Lima e Oliveira (2005) o sistema nervoso periférico pode ser acometido durante a gestação, principalmente na compressão ou tração do nervo mediano (Síndrome do Túnel do Carpo) e do nervo ciático (Neurite ciática). Em ambos os casos, a dormência aparece como sintoma. Entretanto, não foi avaliada neste estudo qual a afecção que provocava a dormência relatada.

Este estudo apresentou a algia como queixa de maior incidência, sendo relatada em 73% das puérperas. O tempo de dor relatado foi de um mês ou mais em 54% das puérperas entrevistadas. Em relação à intensidade, esta foi de moderada a forte em 74% das puérperas. Os locais mais acometidos foram a coluna lombar em primeiro lugar com 32%, seguido do baixo ventre com 25%, pernas com 19%, cabeça com 12%, pés com 7% e coluna torácica com 5%.

Em relação à incidência de lombalgia, este estudo corrobora com Takito (2005) que relatam que as modificações musculoesqueléticas têm aumentado a fragilidade da musculatura compensatória, provocando lombalgias, cervicalgia.

Segundo Baracho (2007) a postura da gestante está influenciada pela modificação no centro de gravidade com uma tendência para o deslocamento para frente, devido ao crescimento do útero e pelo aumento das mamas. Para compensar, o corpo aumenta a lordose cervical e lombar, a cifose torácica, o que provoca uma protusão de ombros com rotação interna dos mesmos. Nos membros inferiores, a pelve está anterovetida, os joelhos hiperestendem, os pés diminuem seu arco longitudinal e há uma ampliação da sua base de sustentação.

De acordo com este trabalho 52% das puérperas trabalharam durante o período gestacional. O trabalho durante a gestação deve ser estimulado, pois gestação não é doença. De acordo Dertkigil (2005) as mulheres sedentárias apresentam um considerável declínio do condicionamento físico durante a gravidez. Takito (2005) enfatiza a importância de um estilo de vida mais ativo como a prática da atividade física e do trabalho diário que implicaria melhores condições de saúde da gestante.

Em relação a pratica de atividade física, 74% das puérperas não realizaram nenhum tipo. Landi (2004) ressalta que a pratica regular de atividade física, favorece a um sistema cardiovascular saudável, o que é importante, pois o sangue deve ser eficientemente transportado para a placenta, o que fornece melhor oxigenação e nutrição para o feto.

A cinesioterapia bem orientada beneficia a gestante, pois melhora a resistência e flexibilidade muscular e, conseqüentemente, a gestante suporta melhor o aumento de peso, atenua as alterações posturais decorrentes desse período e conseqüentemente as algias relacionadas. Ainda há a melhora da percepção e controle da musculatura do assoalho pélvico prevenindo a incontinência urinária; prepara os membros superiores para as demandas aos cuidados com o bebê e aos aspectos emocionais (ABRAMS, 2005; JACOBIUNAS, 2007). Os autores acrescentam que o programa fisioterapeutico facilita a expulsão do feto, tornando seu parto mais rápido e menos doloroso com uma recuperação mais rápida no pós-parto; menor hospitalização; menor risco de parto prematuro; e menor tempo de evolução do trabalho de parto.

Conclusões

Verificou-se predominância da incontinência urinária, dispnéia, edema em membros inferiores, dormência, algia em coluna lombar e baixo ventre, sedentarismo e trabalho durante o período gestacional.

A Fisioterapia em Obstetrícia é capaz de minimizar ou prevenir esses distúrbios gestacionais, melhorando a qualidade de vida de grávidas e puerperas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, P.H.; et al. **Urinary incontinence – adult conservative management**. 3rd International consultation Committee of the International Continence Society, 2005.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BATISTA, D.C.; et al. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 2, p. 151-158, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

DE CONTI, M.H.S.; et al. Efeitos de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 25, n. 9, p. 647-654, 2003.

DERTKIGIL, M.S.J.; et al. Líquido amniótico, atividade física e imersão em água na gestação. **Revista brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 403-410, 2005.

DUARTE, G.; et al. Infecção Urinária na Gravidez: Análise dos Métodos para Diagnóstico e do Tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 7, p. 471-477, 2002.

HALL, J.; GUYTON, A. **Tratado de Fisiologia Médica**, 11 ed. São Paulo: Elsevier, 2006.

JACOCIUNAS, L.V.; PICOLI, S.U. Avaliação de Infecção Urinária em Gestantes no Primeiro Trimestre de Gravidez. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 39, n. 1, p. 55-57, 2007.

LANDI, A. S.; BERTOLINI, S. M. M. G.; GUIMARÃES, P. O. Protocolo de atividade física para gestantes: Estudo de Caso. **Iniciação Científica: CESUMAR**, v. 06, n. 01, p. 63-70, 2004.

LIMA, F. R.; OLIVEIRA, N. Gravidez e Exercício. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 45, n. 3, p. 188-190, 2005.

MENDES, R. A.; LEITE, N. **Ginástica Laboral: Princípios e aplicações práticas**. 2ª. edição. São Paulo: MANOLE, 216 p.2008.

TAKITO, M. Y.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O. Postura materna durante a gestação e sua influência sobre o peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 325-332, 2005.

Autora correspondente: Karina Oliveira Martinho
Rua José Antonio Rodrigues, 60/301 – centro
CEP: 36570-000
Viçosa/MG
e-mail: Karina.martinho@ufv.br