

A CONTRIBUIÇÃO DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PARTO VAGINAL

INTERVENTION CONTRIBUTION PHYSIOTHERAPEUTIC IN CHILDBIRTH VAGINAL

RESUMO: Apesar da OMS determinar um limite máximo de 15% para parto cesáreo na rede pública brasileira, esse percentual chega a 40% subindo para 84% na saúde suplementar. Portanto, a Resolução Normativa 368/15, foi instituída com o propósito de incentivar o parto normal. A fisioterapia pode contribuir para os partos vaginais, ou normais. Neste contexto o objetivo deste estudo é mostrar as contribuições que a fisioterapia pode apresentar para parturientes e neonatos em partos vaginais. Para tanto foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica que reuniu 38 publicações realizadas entre 2005 e 2016 extraídas de banco de dados como: Pubmed, a Scielo, Google acadêmicos. Os dados coletados foram sistematizados em quatro categorias: 1) parto, períodos e tipologias; 2) resolução normativa 368/15; 3) Técnicas e procedimentos fisioterapêuticos e 4) Conhecimentos da área fisioterapêutica e sua contribuições para o parto. Conclui-se que através das diversas técnicas fisioterapêuticas é possível proporcionar diversos benefícios no momento do parto. Dentre os benefícios se pode mencionar: redução da ansiedade, da necessidade de analgesia peridural/raque, da média de tolerância a dor, do tempo de parto, do estresse emocional, bem como controle da respiração, melhora do fluxo circulatório local, do relaxamento, da experiência do parto, dentre outros.

PALAVRAS-CHAVE: *Fisioterapia. Trabalho de parto. Parto normal. Terapia de relaxamento.*

ABSTRACT: Recently, the Normative Resolution 368/15 was instituted in order to encourage normal delivery. This is because, despite the WHO recommendation to determine an upper limit of 15% for cesarean section in Brazilian public, this percentage reaches 40% rising to 84% in the health insurance. Physical therapy is an area of knowledge that can contribute to vaginal deliveries, or normal. In this context the aim of this study is to show the contribution that physical therapy can provide for mothers and newborns in vaginal deliveries. To achieve this goal it has developed a literature which brought together 38 publications made between 2005 and 2016 extracted from the database as: Pubmed, Scielo, academics Google. The data collected were organized into four categories: 1) birth, periods and typologies; 2) Normative Resolution 368/15; 3) Technical and physical therapy procedures and 4) Knowledge of the physical therapy area and its contributions to the delivery. It follows that through the various physical therapy techniques is possible to provide several benefits at the time of delivery. Among the benefits can be mentioned: reduction of anxiety, the need for epidural analgesia / rachis, the average pain tolerance, delivery time, emotional stress, as well as breath control, improve local circulatory flow, relaxation, the delivery experience, among others.

KEYWORDS: *Physiotherapy. Labor. Normal birth. Relaxation therapy.*

Nathalia Naves Macedo¹
Aline Góes Soares¹
Jane Paloma Silva Oliveira¹
Fabiane Alves Carvalho²
Daniella Alves Vento³

¹ Discente do Centro Universitário UniEvangélica, UniEvangélica, Anápolis - Go

² Professora Mestre do Centro Universitário UniEvangélica, Anápolis - Go

³ Professora Doutora Centro Universitário UniEvangélica, Anápolis - Go e da Universidade Estadual de Goiás.

E-mail: natthynaves@hotmail.com

Recebido em: 07/03/2016

Revisado em: 19/07/2016

Aceito em: 10/09/2016

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto é um processo fisiológico que indica o momento do nascimento do bebê. “Ele representa um marco na vida da mulher, repercutindo profundamente nos seus planos físico, emocional e social”¹. O momento do parto é um momento esperado, mas também marcado por preocupações e ansiedades, principalmente para aquelas mulheres que vão passar por essa experiência pela primeira vez¹.

O parto não é um evento neutro, antes tem força para gerar altos níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa¹. Por isso é importante uma preparação para o parto capaz de fornecer orientações e informações que possam ajudar a mãe a estar mais tranquila e confiante neste momento tão importante.

Neste contexto, se pode destacar o papel do fisioterapeuta em meio à equipe de assistência a gestante. Isto porque os conhecimentos da área fisioterápica podem ser aplicados para ajudar no momento do parto, seja para orientar a mãe a assumir posições mais confortáveis; favorecer um ambiente mais acolhedor; auxiliar na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos; orientar a mulher sobre os métodos para o alívio da dor; estimular a participação do companheiro e apoiar e orientar a mulher durante todo o período expulsivo².

Durante o trabalho de parto a mulher desencadeia mecanismos fisiológicos naturais e tem, em parte, controle voluntário das contrações expulsivas podendo com ajuda e treinamento intensificá-las ou suavizá-las³.

Ao iniciar o trabalho de parto, dores provenientes das contrações estão presentes e estas não devem ser subestimadas e sim respeitadas. Programas multidisciplinares com o objetivo de dar suporte a parturiente vêm sendo desenvolvidos com foco em propiciar equilíbrio físico, psíquico, sensação de bem-estar, redução dos sintomas de desconforto e dor, controle da ansiedade, diminuição do tempo de trabalho de parto e do índice de indicações de cesárea. Dentro da equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta é o profissional que mantém o foco na avaliação e monitoramento das alterações físicas enfocando a manutenção do bem-estar da parturiente e do bebê⁴.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é mostrar as contribuições que a fisioterapia pode apresentar para parturientes e neonatos em partos vaginais. A motivação por este trabalho veio de perceber os altos índices da indicação de partos cesarianos desnecessários e da ansiedade apresentada por parturientes ante ao parto vaginal. Tal situação indica uma área de atuação em que os serviços fisioterápicos apresentam relevante aplicação.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão bibliográfica, realizada a partir das bases de dados como a Pubmed, a Scielo, Google acadêmicos, e outros artigos e periódicos com publicação recente. Os descritores utilizados para a busca bibliográfica foram: fisioterapia, trabalho de parto, parto normal, terapia de relaxamento.

A partir da leitura dos resumos, os artigos foram selecionados tendo em vista critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos no

período de 2005 até 2015. Uma única exceção a esse período foi um dispositivo legal com publicação em 2001. Foram incluídos artigos que tratassem sobre a Resolução Normativa (RN) 368; parto normal; técnicas e procedimentos como: eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), hidroterapia, cinesioterapia, crioterapia, massoterapia, técnicas respiratórias e de relaxamento e deambulação. Foram excluídas publicações: que fugissem ao tema, que não estivesse publicada na íntegra ou que não fosse de cunho científico. Em coleta preliminar foram selecionados 89 estudos e após critérios de inclusão/exclusão foram selecionadas 38 publicações que compuseram este estudo.

A coleta dos dados captados foi dividida em quatro categorias. Estas, posteriormente, formaram as sessões do artigo. A primeira sessão apresentou o parto normal e seus períodos e tipos traçando uma conexão com os conhecimentos fisioterapêuticos que podem contribuir com tal procedimento. A segunda tratou sobre a RN 368, os riscos inerentes ao parto cesariano e o porquê da indicação do parto transvaginal. A terceira sistematizou algumas técnicas e procedimentos da área fisioterapêutica, que são mais usuais e que podem ser aplicados na ocasião do parto. E a quarta discutiu sobre a área fisioterapêutica e suas contribuições para o parto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Parto, períodos e tipologias

O parto pode ser definido como sendo o "ato de dar à luz a um ser vivente"⁵. Pois faz

referência ao momento no qual a mãe inicia o processo que culmina no nascimento de um bebê. Existem divisões funcionais para o trabalho de parto que compreende a três fases distintas, sendo: 1) Período preparatório: fase latente + dilatação lenta; 2) Período dilatatório: fase ativa e 3) Período pélvico: desaceleração + expulsão⁶.

Na literatura existem outras formas de classificação dos períodos do trabalho de parto, como a que preconiza que a primeira fase compreende "o intervalo entre o início do trabalho e dilatação cervical completa"⁷. Ele subdivide esta fase em três etapas, sendo: a etapa latente, ativa e de desaceleração⁷. A segunda fase compreende ao "intervalo entre a dilatação cervical completa e o parto", nesta fase a mãe participa empurrando ativamente o bebê⁷. E a terceira fase compreende ao "intervalo entre o parto da criança e a expulsão das membranas da placenta e do feto". Situações que fogem a normalidade do processo são passivas de acontecer em qualquer uma das etapas⁷.

Outra contribuição relacionada aos períodos do trabalho de parto classifica as fases em: "fase da dilatação, fase da expulsão e fase placentária"⁸. A fase da dilatação tem início com os primeiros sinais de trabalho de parto e perduram até a completa dilatação do colo uterino podendo durar em média entre 6 e 24 horas e se caracterizando por contrações rítmicas e fortes⁸. A fase da expulsão inicia-se com a completa dilatação uterina e termina com a saída do feto. Dura em média menos que uma hora e no final dessa etapa o cordão umbilical é grampeado e cortado⁸. Tem-se início, então a última fase, a placentária⁸. Nesta

fase a placenta descola-se da parede uterina por meio de contrações uterinas fortes, num tempo aproximado de 10 a 15 minutos após o parto. Normalmente menos que meio litro de

sangue é perdido durante o parto⁸. A ilustração a seguir apresenta os períodos comuns a um parto.

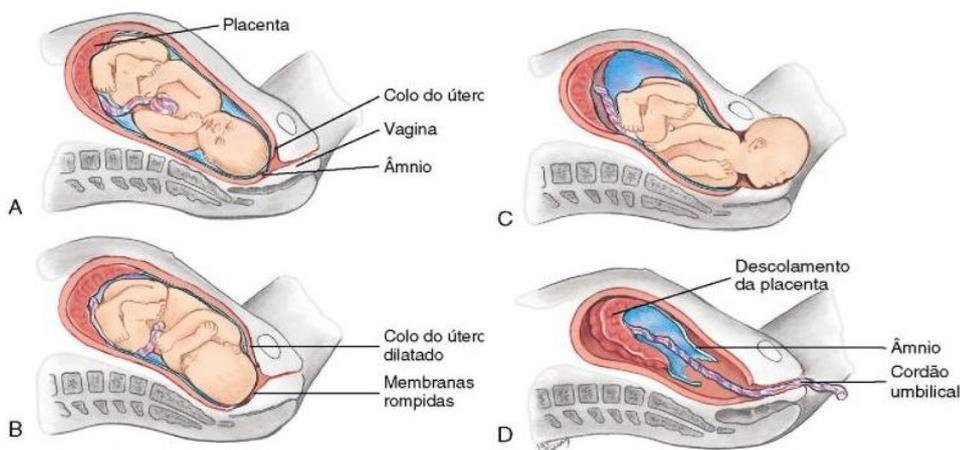


Figura 1 - Períodos do trabalho de parto

Legenda: A fase A representa momentos antes do trabalho de parto ter início. A fase B, representa a fase de dilatação. A fase C, indica a fase de expulsão e a fase D mostra a fase placentária.

O processo desencadeado pelo trabalho de parto está atrelado a complexa interconexão de três elementos: a força, o passageiro e a passagem⁷. O elemento força se refere as contrações geradas pelo útero que se caracteriza pela intensidade, frequência e duração das contrações; o passageiro é o elemento que representa o feto e seus aspectos estão voltados ao tamanho absoluto, posição, postura, apresentação, atitude e número e por fim a passagem refere-se à pélvis e a sua habilidade de expulsar o feto, seus limites ósseos são analisados por meio da pelvimetria clínica ou, em casos mais raros, pela radiografia e tomografia⁷.

A depender de suas características, os partos podem ser classificados em: parto normal (vaginal); parto a fórceps; parto Leboyer; parto

de cócoras; parto na água; parto natural; parto sem dor; parto humanizado e parto cesáreo⁹.

O parto normal, segundo definição fornecida pelo Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal é:

Parto de início espontâneo, que apresenta baixo risco no início e se mantém assim até o nascimento. A criança nasce espontaneamente em posição cefálica entre as semanas 37 e 42 completas. Depois de dar à luz, tanto a mãe quanto seu bebê se encontram em boas condições¹⁰.

O parto a fórceps era utilizado quando o parto ficava difícil e um par de colheres metálicas buscava a cabeça do bebê no canal para puxá-lo para fora, o que acabava lesionando o bebê⁹. Já o parto de Leboyer com a intenção do resgate familiar defendeu o nascimento com pouca luz, silêncio, sem violência, banho do bebê próximo a mãe e

amamentação precoce⁹. O parto de cócoras foi inspirado nas mulheres indígenas por ser rápido, cômodo para a mulher e saudável para o bebê⁹. O parto na água é feito em banheiras especiais ou improvisadas e alivia as dores no trabalho de parto⁹.

Para definir parto natural recorreu-se a definição apresentada pelo COREN – SP, que preconiza:

Entende-se por parto natural aquele realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós parto, e com o atendimento centrado na mulher. Também pode ser chamado de "parto humanizado", devido todo o respeito e ternura com que são tratados a mulher e o bebê neste período. No parto natural, a saída do bebê ocorre pelo canal vaginal, sem qualquer intervenção cirúrgica. Tudo transcorre da maneira mais natural possível e com o mínimo de procedimentos, de modo a evitar causar mais dor, complicações e risco de infecções à mãe e ao bebê¹¹.

O parto sem dor submete a parturiente a bloqueios regionais (peridural ou duplo-bloqueio) desde o início das contrações dolorosas sendo que, muitas comentam que, ao retirar as dores, observam dificuldades na realização adequada dos puxos durante o período expulsivo¹². No parto humanizado o atendimento é centrado na mulher, de forma individualizada, fundamentando-se em evidências médicas, mantendo o respeito à evolução fisiológica do parto e, portanto, as indicações para partos cesáreos, são criteriosas não ultrapassando a taxa de 15%, conforme recomendado pela World Health Organization (WHO)¹³.

A cesárea é um parto com intervenção cirúrgica. Originalmente instituído para mitigar o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto¹⁴. Apesar das diferentes tipologias apresentadas para o parto, este estudo, manterá o foco no parto vaginal, seja ele normal, natural ou humanizado.

Resolução Normativa 368/15

Em 06 de janeiro de 2015 a Agência Nacional de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, promulgou a Resolução Normativa RN 368/15, sendo esta publicada no Diário Oficial da União no dia 07 de janeiro, com o objetivo de incentivar o parto normal¹⁵.

Tal dispositivo legal tem causado dúvidas, receios e temor entre gestantes e médicos, em especial para os que optam por parto cesáreo, temendo que a partir de tal resolução o parto normal torne-se obrigatório¹⁶. Entretanto, é preciso esclarecer que a RN 368/15 não impõe um modelo de parto, nem mesmo regulamenta em quais situações o parto cesáreo deve ser realizado, mesmo porque tal opção deve ser resultado de debate conjunto entre médico, gestante e recomendações clínicas não sendo da alçada da ANS ou Planos de Saúde¹⁶. O objetivo da resolução é incentivar o parto normal, visto que, muitas vezes, mesmo inexistindo recomendações clínicas para o parto cesáreo, médicos e gestantes optam por tal método¹⁶.

O Brasil é o país recordista mundial em nascimentos por meio do parto cesáreo¹⁷. Na rede pública corresponde a 40% dos partos e na Saúde suplementar chega a 84%. Entretanto, a

Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o número máximo de nascimentos por meio de parto cesáreo tenha um limite máximo de 15% dos nascimentos¹⁷.

A par desta realidade brasileira, a RN 368/15 exige informações mais claras para a gestante sobre a evolução de sua gravidez, além dos percentuais de partos cesáreos e normais pagos pela operadora de saúde, através do cartão da Gestante¹⁶. Neste também deverá constar a “carta de informação à gestante” e o partograma – que é um gráfico com os registros/informações referentes à evolução do trabalho de parto¹⁶ – que justifique, se for o caso, a não utilização da opção pela cesárea¹⁶. A partir do vigor desta resolução a tendência é que o número de partos normais comece a aumentar enquanto que os partos cesáreos diminuam.

Essa nova realidade exige novas abordagens que atingem a área da fisioterapia que detém em seu corpo de conhecimentos contribuições que podem ser aplicadas à qualidade dos partos normais tanto para as parturientes quanto para os bebês. Tais contribuições serão abordadas no tópico a seguir.

Técnicas e procedimentos fisioterapêuticos e sua aplicação

Durante a elaboração deste estudo observou-se a importância de se compreender como ocorrem e como funcionam as técnicas e procedimentos aplicados pelos fisioterapeutas, visto serem constantemente mencionados nos estudos abrangidos por esta pesquisa e sendo importante para o melhor entendimento deste

trabalho. De forma que alguns conceitos serão apresentados antes de adentrar aos resultados obtidos por pesquisas durante este estudo.

Eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS):)

A Neuroeletroestimulação Transcutânea ou em língua inglesa Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS), é um método não-farmacológico utilizado por fisioterapeutas para alívio da dor¹⁸. Trata-se de uma corrente que produz impulsos elétricos com frequência entre zero e 200 Hz aplicado no tratamento de distúrbios musculoesqueléticos influenciando e modulando processos de neurocondução da dor¹⁹.

Tais correntes elétricas constituem-se um dos vários recursos utilizados na fisioterapia²⁰. Quando modulados por meio de parâmetros adequados podem atuar de forma a promover analgesia, contrações musculares, melhoria do fluxo circulatório local, drenagem de líquidos, tonificação ou relaxamento muscular, bem como incentivar a regeneração e a cicatrização de diversos tecidos corporais²⁰. Trata-se de modalidade terapêutica não invasiva, de uso simples, e sem presença de efeitos colaterais²⁰. Baseia-se na teoria das comportas medulares de Melzack e Wall que preconiza que a dor aguda ou crônica é transmitida por meio das fibras A-Delta e Tipo C e podem ser inibidas atividade de fibras aferentes periféricas do tipo A-Beta, de diâmetro largo, ou pela atividade de vias descendentes do cérebro relacionadas com a inibição da dor²⁰.

Por apresentar vantagens como fácil aplicação, redução de necessidade de

administração de fármacos e redução dos custos no tratamento, tem amplo uso na área fisioterápica para o tratamento das dores¹⁹.

Na literatura, porém, tal técnica encontra divergências sobre o seu poder analgésico, e estudos concluem que não há evidências que comprovem que a utilização da Estimulação elétrica transcutânea reduz o uso de analgesia complementar²¹.

Hidroterapia:

A hidroterapia é uma terapia corporal cujo principal agente de cura é a água²². Pode utilizar água em forma líquida, sólida ou vapor como uma forma de estímulo para melhorar os níveis de energia e resistência às doenças²². Embora seja realizada em movimentos suaves pode ser muito benéfica à saúde, estimular o sistema imunológico, melhorar a circulação e potencializar a desintoxicação²².

Na qualidade de recurso terapêutico de domínio técnico da fisioterapia para apoio a parturiente a hidroterapia tem sido utilizada nos banhos de emersão ou duchas, visto que a água quente alivia a sensação de desconforto das contrações²³.

Em estudo que abrangeu 12 ensaios clínicos envolvendo 3243 mulheres observou-se que a imersão em água durante o primeiro período do parto foi capaz de reduzir significativamente a necessidade de analgesia peridural/raque sem implicar em efeitos negativos a duração do parto, a taxa de parto cirúrgico ou o bem-estar neonatal²⁴. Quando a emersão se deu no segundo período do parto detectou-se a satisfação das parturientes com relação a experiência do parto²⁴. Apesar de

não se encontrarem evidências de que o parto com emersão na água ou parto aumentem os riscos de efeitos adversos para o feto/recém-nascido ou para a mulher maiores investigações são necessárias para outros desfechos²⁴.

Cinesioterapia:

A cinesioterapia é a terapia através de exercícios, sendo o exercício terapêutico considerado um elemento fundamental da assistência da fisioterapia, cujo objetivo é aprimorar a funcionalidade física e reduzir incapacidades²⁵. Esta técnica inclui diversas atividades de prevenção de encurtamentos, fraquezas musculares e deformidades osteoarticulares²⁵. Estes exercícios aprimoram e preservam a função física ou o estado de saúde dos indivíduos sadios e previnem ou minimizam as suas futuras deficiências, a perda funcional ou a incapacidade²⁵.

Com o objetivo de identificar o grau de desconforto e de dor durante a fase ativa diante da influência cinesioterapia foi desenvolvido um ensaio clínico no Instituto da Mulher Dona Lindu – IMDL em Manaus-AM²⁶. Foram delimitados dois grupos, sendo um de controle e outro de tratamento com 15 parturientes cada²⁶. Dentre as parturientes do grupo de tratamento a média de tolerância a dor foi de 80% enquanto que no grupo de controle foi de 23% e o tempo de duração da fase ativa do parto foi significativamente inferior no grupo tratado²⁶. O estudo concluiu que a cinesioterapia bem orientada é benéfica para as parturientes na fase ativa do parto, pois auxilia na tolerância a dor e ao desconforto mitigando o uso de analgésicos²⁶.

Crioterapia:

Crioterapia ou terapia pelo frio é uma técnica que se utiliza do resfriamento local ou geral para fins terapêuticos²⁷. Os principais métodos do resfriamento da pele incluem imersão de bolsa fria, toalhas de gelo, criomassagem e sprays de evaporação²⁷. O resfriamento corporal resulta em uma série de repostas termorregulatórias transferindo a energia para longe da região resfriada²⁷.

Na prática clínica da obstetrícia o emprego da crioterapia é utilizado para redução do edema, prevenção de hematomas e, em menor frequência, alívio da dor perineal após o parto vaginal²⁸. Objetivando descrever a temperatura perineal após a aplicação de bolsa de gelo por 10, 15 e 20 minutos, foi realizado ensaios clínicos em maternidade filantrópica em São Paulo entre 2008 e 2009²⁸. Três grupos com 38 parturientes cada recebeu aplicação perineal de bolsa de gelo entre 2 e 48h após o parto²⁸. Os tempos foram de 10, 15 e 20 minutos²⁸. Como resultado percebeu-se que com 10 minutos de aplicação a temperatura perineal ficou entre 13,3 e 15,3°C e as mulheres relataram frio e alívio, com 15 minutos 2,4°C e com 20 minutos 2,7°C e as mulheres relataram dormência e anestesia local²⁸. O estudo concluiu que 10 minutos de aplicação são suficientes para a redução da temperatura perineal aos níveis recomendados para analgesia que ficam entre 10 e 15°C²⁸. Observa-se que esta é uma técnica que também apresenta benefícios para o pós-parto vaginal.

Massoterapia:

A massoterapia ou massagem terapêutica "é um conjunto de manobras que, a partir do toque, desempenham a função de estimular no organismo humano eventos fisiológicos que influenciam os estados emocionais e a cognição do paciente"²⁹.

A massagem terapêutica é uma técnica de estimulação sensorial que ocorre por meio do toque sistêmico e manipulação dos tecidos³⁰. No momento do parto a massagem pode aliviar a dor, propiciar contato físico, trazer relaxamento, reduzir o estresse emocional, e melhora do fluxo sanguíneo além de oxigenação dos tecidos³⁰.

Um estudo com 60 parturientes mostrou o efeito das massagens durante as contrações uterinas nas três fases de dilatação cervical, sendo: 1) com dilatação entre 3 e 4 cm; 2) com dilatação entre 5 e 7 cm e 3) com dilatação entre 8 e 10 cm³¹. Foram instituídos dois grupos: um era um grupo de controle e outro um grupo de massagem³¹. O grupo de controle apenas recebeu uma conversa casual por 30 minutos e o grupo de massagem uma massagem³¹. A todos os grupos foi empregado o questionário de dor de McGill e a análise de seus resultados mostrou que a massagem reduz efetivamente a ansiedade e a intensidade da dor durante as duas primeiras fases da dilatação³¹. Não se apresentaram diferenças significativas entre os grupos no terceiro período³¹.

Técnicas respiratórias:

Os exercícios respiratórios são mais uma forma benéfica de atuação da fisioterapia, já que propiciam maior oxigenação materna fetal

e autocontrole às gestantes³². A técnica de respiração é outra forma utilizada para se combater as dores do parto além de desencadear equilíbrio e a hiper ventilação durante as contrações capaz de oxigenar o feto³². Evidentemente é uma técnica que exige cuidados de manejo sob pena de tornar-se um problema se for muito rápida e não superficial ou se o arquejar for muito prolongado³².

Visando avaliar o efeito de técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade na parturição, foi realizado um estudo que abrangeu 17 parturientes do grupo controle que apenas receberam assistência de rotina e 19 do grupo experimental que foram orientadas e estimuladas a realizar técnicas respiratórias e de relaxamento³³. Através da escala analógica visual e dos inventários de ansiedade-traço e estado percebeu-se que em ambos os grupos houve aumento na intensidade da dor³³. O nível de ansiedade na fase latente foi baixo para ambos os grupos, mas na fase ativa foi médio para o grupo de controle e baixo para o grupo experimental³³. O estudo pode concluir que as técnicas utilizadas não reduziram a intensidade de dor, mas promoveram ao grupo experimental (GE) a manutenção de nível baixo de ansiedade por maior tempo da parturição³³.

Técnicas de relaxamento:

As técnicas de relaxamento visam minimizar a ansiedade e a tensão muscular de forma a trazer tranquilidade³². Estudos indicam que quando a pessoa relaxa o nível de consumo de oxigênio reduz, bem como as frequências cardíacas e respiratórias³². No momento do parto, as técnicas de relaxamento distraem a parturiente, aumentam sua sensação de

controle e facilitam o descanso³². Entretanto, reconhece-se que nem todas as técnicas funcionam adequadamente para todas as gestantes e mesmo quando eficiente o alívio da fadiga estende-se por apenas 20 minutos. Outro fato é que embora consigam reduzir a angústia não há indícios que aliviem a dor apenas promovem distração que desvia o foco da dor³².

Deambulação:

Outra medida extremamente útil para a promoção do conforto no momento do parto é a deambulação e a mudança de posição³². Neste item há que se lembrar de que historicamente as mulheres já adotaram diferentes posições para realizarem o trabalho de parto e a posição de litotomia (decúbito dorsal com os membros inferiores apoiados nos estribos da maca), atualmente utilizada pelos médicos, não apresenta evidências científicas que comprovem sua adequação, mas facilita os trabalhos e procedimentos médicos³². Alterar a posição de forma frequente, hora sentada, hora ajoelhando-se, hora em pé, deitada ou de quatro ajuda a aliviar a dor e a acelerar o trabalho de parto, pois aproveita a força da gravidade e as movimentações pélvicas³². Ao acelerar as contrações a deambulação acaba por favorecer a descida do feto.

Estudos indicam uma associação entre a deambulação e a duração da fase ativa do trabalho de parto. Para tal comprovação desenvolveu um estudo analítico de com 80 parturientes primíparas, em trabalho de parto espontâneo em fase ativa³⁴. Após mensurar, por meio de um podômetro a distância percorrida

em metros pelas parturientes observou-se que a distância média foi de 1.624 metros, sendo 63,09% desta distância na fase ativa do trabalho de parto dentro de um tempo médio de 5 horas³⁴. Com isso, foi possível perceber que a quantidade deambulada durante as três primeiras horas da fase ativa está associada a um encurtamento no tempo de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos observou-se uma redução de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora³⁴.

Conhecimentos da área fisioterapêutica e contribuições para o parto

Diversos estudos demonstram que mesmo antes do parto, ainda no período de gestação a intervenção do fisioterapeuta é de grande valia para a futura mãe³⁵. Uma das principais queixas é a lombalgia gestacional, responsável por repercussões negativas na qualidade de vida da gestante^{35, 36}. Apesar de sua etiologia não estar totalmente elucidadas as possíveis causas estão relacionadas ao ganho de peso uterino e consequente sobrecarga que se amplia sobre os músculos e ligamentos da coluna vertebral, aumento da lordose, alteração do centro de gravidade, frouxidão da musculatura e mudanças hormonais, mecânicas e vasculares. Outras possíveis causas seriam as alterações posturais, insuficiência pélvica e pressão direta do feto e a gravidade uterina sobre as raízes nervosas da coluna lombossacral^{35, 36}. É comum que a lombalgia acompanhe a gestação e se estenda até o parto³⁶. Devido a alta ocorrência de lombalgia é relevante o emprego de medidas educativas,

preventivas e reabilitadoras sendo a inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família com atuação em grupos de gestantes é fundamental para melhora das práticas assistenciais³⁶.

Durante este estudo foi possível conhecer diversas técnicas de intervenção que o fisioterapeuta pode utilizar para propiciar maior qualidade de vida às parturiente, estas podem ser utilizadas individual ou cumulativamente.

Em estudo realizado com o objetivo de avaliar os efeitos da abordagem fisioterapêutica no pré-parto foi proposto, um protocolo de intervenção, baseado na Escala Visual Analógica (EVA) de dor⁴.

Na ocasião a amostra contemplou 10 parturientes com idades entre 18 e 30 anos que estavam internadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) no setor de ginecologia⁴. Para participarem do estudo as parturientes precisavam estar na primeira fase do trabalho de parto, apresentarem dor e não estarem sob efeito de analgésico⁴. A avaliação da dor foi mensurada pelo EVA antes da intervenção fisioterapêutica, posteriormente ocorreu a intervenção fisioterapêutica com duração de no máximo 50 minutos, sendo realizada uma única vez em cada voluntária, e nova intervenção foi feita após a intervenção também por meio da EVA⁴.

A intervenção dos fisioterapêuticos selecionou as seguintes técnicas: cinesioterapia, massoterapia, técnicas respiratórias e relaxamento, TENS⁴. Apesar dos resultados estatísticos realizados por meio do teste t pareado não apresentar grande diferença

estatística, os resultados obtidos por meio da análise quantitativa de dor demonstraram que não houve aumento da mesma até uma hora após a intervenção⁴. Esse resultado foi considerado positivo, uma vez que em função da crescente dilatação é esperado um aumento da dor⁴. O protocolo fisioterapêutico proposto mostrou ser de fácil aplicabilidade, podendo auxiliar o fisioterapeuta na escolha da conduta mais adequada à realidade da sala de pré-parto⁴. A abordagem fisioterapêutica no pré-parto parece interferir positivamente sobre a dor e o desconforto materno no grupo estudado⁴. Outro estudo que também merece ser mencionado e apresenta importantes resultados bibliográficos, mostrou que o suporte fisioterapêutico à parturiente pode abranger banhos, crioterapia, massagens, técnicas respiratórias, deambulação, posições verticais e a neuro eletroestimulação transcutânea (TENS)¹⁸. Por meio de todas essas técnicas é possível redução da percepção dolorosa e a diminuição do tempo de parto¹⁸.

Uma técnica utilizada na fisioterapia que apresenta bons resultados de acordo com pesquisa bibliográfica e que reuniu 10 publicações no período de 2005 e 2014 foi a utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado³⁷. Neste estudo tem-se que a bola suíça é um instrumento que aplicado corretamente ao parto propicia conforto, movimento, descida fetal, alívio da dor, diminuição da ansiedade e relaxamento. Não se observou, porém, correlação com o tempo do trabalho de parto³⁷.

O estudo sobre a eficácia da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto também apresentou importantes

resultados³⁸. Neste estudo delimitou-se uma amostra com 100 parturientes divididas em dois grupos, com 50 cada: o grupo de controle e o grupo de tratamento³⁸. A pesquisa ocorreu no Centro Obstétrico do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP)³⁸. O grupo de tratamento recebeu acompanhamento do fisioterapeuta durante toda a fase ativa e foram orientadas a ficarem em posição vertical e em movimento³⁸. Já o grupo de controle teve acompanhamento obstétrico, porém, sem a presença do fisioterapeuta³⁸. No grupo de tratamento a duração da fase ativa foi de 5:16 em média e a do grupo de controle foi de 8:28 em média. Concluiu-se que o suporte do fisioterapeuta da orientação a mobilidade corporal com movimentos específicos para o trabalho de parto contribuem para a redução do tempo do parto³⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente, o momento do parto é um marco na vida de uma mulher e apesar de ser um momento esperado e feliz também gera preocupações e ansiedades. Levando em consideração os novos objetivos de incentivo ao parto normal, preconizados pela RN 368/15, e também as vantagens desta modalidade de parto, este estudo apresentou as intervenções fisioterapêuticas e os estudos da área que podem contribuir para otimizar o parto.

Através das técnicas e procedimentos fisioterapêuticos é possível a minimização da ansiedade, controle da respiração, redução de necessidade de analgesia peridural/raque ou de uso de produtos farmacológicos, melhoria do fluxo circulatório local, traz relaxamento,

melhora a experiência do parto e a média de tolerância a dor, encurtamento no tempo de parto, oxigenação dos tecidos, redução do estresse emocional, orientação, dentre outros.

REFERÊNCIAS

1. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol. Reflex. Crit.* 2005; 18 (2): 247-54.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Santos, TC; Anjos, MS. Atuação do fisioterapeuta na sala de parto normal. *Fisioter. Bras* 2006; 7 (3). 229-34.
4. Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo, 2012; 19 (3) 210-14.
5. Schimidt AS. Pequena enciclopédia bíblica de temas femininos. São Paulo: Arte Editorial, 2007.
6. Filho BJA. Obstetrícia de plantão: da sala de admissão ao pós-parto. Porto Alegre: Edipucrs, 2012.
7. Fanaroff AA. Klaus & Fanaroff: alto risco em neonatologia. 6 edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
8. Applegate EJ. Anatomia e fisiologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
9. Souza, JB. Parabéns você está grávida: Orientações para uma gravidez perfeita, São Paulo: Alaúde, 2015.
10. Ministério da Saúde e Política Social. Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal. Vitória-Gasteiz, 2010. Disponível em: <http://docplayer.com.br/278684-Guia-de-pratica-clinica-sobre-cuidados-com-o-parto-normal.html>. Acesso em: 11 abr 2016.
11. Conselho Nacional De Enfermagem (COREN-SP). Parto Normal. mar. 2010. Disponível em: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf Acesso em: 12 ago. de 15.
12. Ruano R, Prohaska C, Tavares AL, Zugaib M. Dor do parto: sofrimento ou necessidade? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 2007; 53 (5) 384.
13. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2011; 11(4): 415-425.
14. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública* 2011; 2015; 45 (1): 185-194.
15. Resolução normativa (BR) - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à

- gestante no âmbito da saúde suplementar. André Longo Araújo de Melo.
16. Guassú, R. O que muda após a RN 368/15 com relação à cesárea e ao parto normal. 2015. [citado em 13 Ago]. Disponível em: <http://www.lbs.adv.br/o-que-muda-apos-a-rn-36815-com-relacao-a-cesarea-e-ao-parto-normal/>
17. Agência Nacional de Saúde. ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar. 06 jan 2015. [citado em 10 Ago de 2015]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar#sthash.0RePhtl6.dpuf>
18. Bavaresco GZ, Souza RSO, Almeida B, Sabatino JH, Dias M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(7): 3259-66.
19. Schulz AP, Chang CB, Gazola F, Pereira GD, Nakanishi MK, Kunz RI et al Ação da estimulação elétrica nervosa transcutânea sobre o limiar de dor induzido por pressão. *Rev. dor, São Paulo*. 2011; 12(3): 231-34.
20. Melo PG, Molinero PVR, Dias RO, Mattei K. Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no pós-operatório de cesariana. *Rev. bras. fisioter*. 2006; 10 (2): 219-24.
21. Mello LFD, Nóbrega LF, Lemos A. Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. *Rev. bras. fisioter*. 2011; 15 (3): 175-84.
22. Balch J; Stengler, M. *Tratamentos naturais: um guia completo para tratar problemas de saúde com terapias naturais*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
23. BIO E. *O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento*. São Paulo: Summus, 2015.
24. Cluett ER, Burns E. Imersão em água no trabalho de parto e parto. Disponível em: <http://www.cochrane.org/pt/CD000111/imersa-o-em-agua-no-trabalho-de-parto-e-parto> In: Cluett ER, Burns E. *Immersion in water in labour and birth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 2.
25. Silva APP, Maynard K, Cruz MR. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Rev. bras. ter. intensiva*. 2010; 22 (1): 85-91.
26. Santos ERS, Oliveira, C. Influência da cinesioterapia na fase ativa do trabalho de parto no centro de pré-parto, parto e pós-parto do Instituto da Mulher Dona Lindu. 2012 [citado 07 Nov. 2015], Disponível em: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/35/10_-_Infl._da_cinesio_na_fase_ativa_do_trab._de_parto_no_centro_de_prY-parto_parto_e_pYs-parto_do_Inst._Mulher_Dona_Lindu.pdf.
27. Robertson, V. *Eletroterapia Explicada: Princípios e Prática: Princípios e Prática*. 4. Ed. São Paulo: Elsevier Brasil, 2011.

28. Francisco AA, Oliveira SMJV, Leventhal LC, Bosco CS. Crioterapia no pós-parto: tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013; 47 (3): 555-61.
29. Braunstein, MVG, Braz, MM, Pivetta, HMF. A fisiologia da massagem terapêutica. Centro Universitário Franciscano – UNIFRA – Santa Maria – RS, 2011.
30. Gallo, RBS, Santana, LS, Marcolin, AC, Ferreira, CHJ, Duarte, G, Quintana, SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina.* 2011; 39 (1) 41-8.
31. Chang, MY; Chen, CH; Huang KF. A comparasion os massage effects on labor pain using the McGill pain questionnaire. *J Nurs Resear.* 2006, 14 (3) 191-6.
32. Silva, DAO; Ramos, MG; Jordão, VRV; Silva, RAR; Carvalho, JBL; Costa, MMN. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE, Recife,* 2013 (7) 4161-70.
33. Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005; 13 (1): 52-58.
34. Mamede Fabiana Villela. O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006; 28 (6): 374-374.
35. Gil VFB, Osis MJD, Faúndes A. Lombalgia durante a gestação: eficácia do tratamento com Reeducação Postural Global (RPG). *Fisioter. Pesqui.* 2011; 18 (2): 164-70.
36. Gomes MRA, Araújo RC, Lima AS, Pitangui ACR. Lombalgia gestacional: prevalência e características clínicas em um grupo de gestantes. *Rev. dor.* 2013; 14(2): 114-17.
37. Oliveira, LMN, Cruz, AGC. A utilização da bola Suíça na Promoção do Parto humanizado. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2014, 18 (2) 175-80.
38. Bio, E; Bittar, RE; Zugaib, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2006; 28 (11): 671-679.