

ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NA SALA DE PARTO

Alessandra Figueiredo Lacerda¹

Andréia Caldas da Silva¹

Cíntia Neves Urquiza¹

João Leite Pereira Júnior¹

Telma Regina Chiarapa²

Resumo

As alterações gestacionais no organismo materno no que diz respeito principalmente à adaptação física são agravadas no término da gestação. Tais alterações na primeira fase do trabalho de parto compreendem algia cervico-tóraco-lombar, hiperventilação, edema e ansiedade. Este artigo tem por finalidade demonstrar o protocolo de assistência fisioterapêutica aplicado na sala de parto da A.A.M.I. - Maternidade Cândido Mariano na primeira fase do trabalho de parto normal desde 1996. Observa-se que reduzido número de maternidades inclui em seus quadros de serviços, a assistência do fisioterapeuta no momento do trabalho de parto.

Palavras-chave: 1. parturição; 2. propriocepção; 3. estímulo papilar.

Abstract

Alterations during pregnancy on the maternal organism, especially in relation to physical adaptation, are seen to be noticeably aggravated by the end of pregnancy. Such alterations in the first phase of labour, include cervical-thoracic-lumbar neuralgia, hyperventilation, oedema and anxiety. This article aims to show the assistance of physiotherapy carried out at the A.A.M.I. -Candido Mariano Maternity labour room, during the first stage of labour (normal delivery) since 1996. It is observed that as yet a reduced number of Maternity Hospitals include professional physiotherapists on their staff at the time of labour.

Key-words: 1. parturition; 2. proprioception; 3. papillary stimulus.

¹ Acadêmica(o) do Curso de Fisioterapia da UCDB.

² Professora do Curso de Fisioterapia da UCDB.

Introdução

Desde o século XVII observa-se uma notória evolução na área da obstetrícia e, concomitantemente, nota-se a necessidade da atuação de novos profissionais para interagir com a classe médica, no sentido de proporcionar um atendimento “humanizado” à parturiente (SABATINO et al., 2000). Neste contexto, já no século XIX, o fisioterapeuta assumiu papel imprescindível nesta área de atuação (POLDEN e MANTLE, 1997).

A fisioterapia obstétrica, como é atualmente configurada, tem o intuito de proporcionar à gestante maior conforto e bem-estar ao longo da gestação e no pós-parto, bem como promover condições que levem a aceleração das contrações uterinas levando a um trabalho de parto mais rápido e menos doloroso.

Apesar da bem sucedida atuação clínica do fisioterapeuta no trabalho de parto, salienta-se seu papel na prevenção primária, campo fortemente discutido, em palestras e dinâmicas de grupo que visam solucionar ou desmistificar certos conceitos errôneos que ainda perduram.

Na Maternidade Cândido Mariano (A.A.M.I.) em Campo Grande-MS, a assistência fisioterapêutica tem valor indiscutível, vista a melhora significativa do quadro algico, ansiedade e tensão muscular, relatados pelas parturientes submetidas ao protocolo de atendimento.

O protocolo consiste na aplicação de um grupo de métodos e técnicas visando os benefícios anteriormente citados. Os recursos fisioterapêuticos durante o trabalho de parto compreendem técnicas de posicionamento, relaxamento, massoterapia, caminhada, respiração, bola terapêutica, estimulação papilar e eletroestimulação nervosa transcutânea. No pós-parto imediato, utiliza-se ainda de drenagem linfática manual, devido aos transtornos circulatórios apresentados.

Seguem-se descrições sucintas das técnicas, relacionando-as às alterações fisiológicas durante o trabalho de parto normal.

Técnicas utilizadas

Este artigo é uma análise resultante da aplicação do Protocolo de Fisioterapia, durante o trabalho de parto na Associação de Amparo à Maternidade e à Infância - Maternidade Cândido Mariano, tendo

a característica de ser um protocolo aberto, constituído de dados de identificação, história clínica e obstétrica da situação atual da parturiente, além dos objetivos, conduta e evolução fisioterapêutica.

O referido protocolo, assim como as técnicas de estímulo papilar e de propriocepção no Physioroll, foram propostos e implantados desde 1996, cujos recursos são:

1. Massoterapia

A massoterapia é uma terapia milenar que utiliza técnicas manuais executadas pelo terapeuta que manipula os tecidos promovendo a liberação de opiáceos endógenos. A massoterapia atua sobre as vias nervosas, órgãos internos, vasos, músculos, inclusive na dor, proporcionando relaxamento e bem estar psíquico (POLDEN e MANTLE, 1997). Essa técnica preconiza que, através do toque se promova a liberação de substâncias como a endorfina que visa bloquear a dor sensorial, auxiliando também, quando aplicada na região lombar, diminuir a queixa de dor durante o trabalho de parto. Isso se deve ao fato de que, ao se manipular determinada região do corpo esta estaria estimulando mecanicamente os tecidos e, conseqüentemente, os receptores nervosos (POLDEN, 1997 *apud* CHIARAPA, 2000).

A massagem promove o aumento do fluxo sanguíneo local, sendo responsável pelo aumento de estruturas musculares, tornando-as mais firmes e elásticas. A dilatação dos vasos depende muito da pressão utilizada durante sua aplicação. Quando lenta, causa uma dilatação quase que instantânea; quanto mais intensa for, mais duradoura será a vasodilatação. Chiarapa (2000) destaca alguns efeitos que a massoterapia promove:

1. Na pele: devido ao aumento da temperatura local em 1 a 3°C há a renovação da camada epitelial e, conseqüentemente, a desobstrução dos poros;
2. Na circulação sanguínea: ocorre a melhora na circulação cutânea decorrente do aumento da corrente sanguínea nos vasos capilares;
3. Na circulação linfática e venosa: melhora o retorno venoso e linfático devido a contração reflexa das fibras musculares lisas das paredes dos vasos, mantendo a tonicidade normal;
4. No tecido adiposo: através da sudorese e diurese remove depósitos metabólicos, aumentando o metabolismo corporal;

5. Nos músculos normais: por ativar a circulação e nutrição dos mesmos, melhora a qualidade das fibras;
6. Nos músculos denervados: retarda o aparecimento de aderências, contraturas e atrofas;
7. Na dor: pela hiperativação do metabolismo causará uma diminuição da tensão local levando a um relaxamento, diminuindo a dor e
8. No sistema nervoso: pode estimular ou inibir a função nervosa.

Segundo Polden e Mantle (1997) o protocolo de atendimento fisioterapêutico durante a primeira fase do trabalho de parto normal inclui a massagem estacionária; sobre as articulações sacroilíacas; entre as cristas ilíacas; percussão longitudinal; sacrococcígeo às cristas ilíacas; sendo que, no serviço da Maternidade Cândido Mariano, a massagem nas cristas ilíacas é realizada apenas superficialmente.

2. Técnica proprioceptiva

A propriocepção é descrita como um mecanismo de *feedback* sensorial aferente que engloba a sensação de movimento articular (cinestesia) e a de senso de posição articular; o comprometimento do mecanismo de propriocepção resulta no comprometimento da estabilização articular neuromuscular reflexa normal. (LEPHART et al. apud CARRIÈRE, 1999).

Carrière (1999) afirma que a bola suíça tem se tornado um instrumento utilizado para motivar os pacientes, facilitar o tempo de exercício para eles e para os fisioterapeutas, além de aliviar as tensões da coluna do próprio terapeuta. Ela raramente é usada como forma exclusiva de tratamento; é também um grande instrumento para indivíduos saudáveis que desejam alongar-se, mobilizar-se e mover o corpo após terem ficado sentados o dia inteiro no trabalho e para pessoas que passam o dia em pé ou fazendo algum movimento em posturas não-ideais.

A autora ainda relata que a paciente passa por três estágios de aprendizado sobre a bola: a) o cognitivo, quando a paciente comete alguns erros e, geralmente, a aprendiz requer uma ajuda externa para corrigir uma atividade que está sendo feita incorretamente; b) o associativo, em que o desempenho varia; a parturiente comete menos erros e é capaz da autocorreção de alguns, sabendo identificar o que

está errado; c) o autônomo, em que a pessoa corrige automaticamente os erros, sem mesmo pensar no que está fazendo.

Para tanto utiliza-se a Physioroll, que consiste em uma bola dupla que rola somente em duas direções, e cabe ao terapeuta a preocupação primária de zelar pela segurança da parturiente, estando ciente das condições físicas que a mesma está apresentando.

O uso da técnica torna-se restrito quando ocorre a exacerbação da dor, ou mesmo quando há diminuição no equilíbrio e imagem corporal.

A posição adotada pela parturiente geralmente é aquela como a da equitação, sentando com a coluna ereta sobre a bola, com as pernas flexionadas a 90° nos tornozelos, joelhos e quadris. É uma posição de cadeia fechada sem co-contracção (CARRIÈRE, 1999).

Durante o trabalho de parto, visando causar um relaxamento global na parturiente, a paciente é colocada sobre a Physioroll sob uma ducha quente, que estará causando um efeito relaxante, por promover vasodilatação, relaxamento e diminuição do quadro algico. Juntamente são indicados alguns exercícios de balanceio, ocasionando co-contracção da região lombar. O simples fato da mãe se movimentar nas mais variadas direções auxiliará na descida do bebê, quando da aproximação da hora do parto (CHIARAPA, 2000).

3. Efeito de caminhar no trabalho de parto

Durante o primeiro estágio do trabalho de parto a paciente usualmente prefere se mover em seu quarto e, freqüentemente, se sente mais confortável assumindo a posição semi-sentada. É conveniente salientar que a Instituição Maternidade Cândido Mariano (A.A.M.I.) oferece atendimento à população carente, sendo suas instalações restritas. A deambulação é, portanto, realizada nos corredores da entidade, incluindo a própria sala de parto. Durante este período a paciente não deve ser estimulada a deitar e, sim, adotar a posição semi-inclinada. Essa opinião deu origem ao conceito de que a posição semi-inclinada deve ser a norma durante o trabalho de parto, sendo então recomendada por muitos profissionais de obstetrícia (WILLIAMS *apud* BLOOM et al., 1998). Ainda segundo este mesmo autor, os possíveis benefícios de andar no primeiro estágio do trabalho de parto e parto incluem:

- 1- O trabalho de parto foi reduzindo pela atitude de a paciente andar nesse período. Esse fato se deve ao estímulo das contrações uterinas pela posição supina;
- 2- A atitude da caminhada não se mostrou prejudicial ao feto;
- 3- Diminuição da necessidade do uso de analgesia e a menor necessidade de parto vaginal com instrumentação.

Existe um grande interesse na posição materna durante a primeira fase do trabalho de parto atualmente, porém poucos trabalhos estudam esse fato, para que as opiniões expressadas sobre o assunto sejam validadas.

Não há contra-indicação no andar durante o trabalho de parto em fase inicial, mas é razoável que se deixem as mulheres elegerem sua posição favorita.

4. *Respiração*

O ato respiratório normalmente é involuntário, quando controlado e manipulado de modo consciente torna-se uma atividade voluntária.

Noble (1981) *apud* Pereira (2000) acreditava que a ventilação alveolar, o volume do fluxo, o rendimento cardíaco e volume de sangue numa gestante estariam aumentados, isso se deve ao fato que o sistema cardiorespiratório da mulher encontra-se adaptado devido à nova condição.

A literatura atual aponta que a gestante seja hiperventilada por ocorrer um aumento na produção de CO_2 , enquanto que a reserva de O_2 esta diminuída em contraste com o volume corrente aumentado. Esse fator acaba por levar a um aumento do pH da gestante ocasionando uma alcalose respiratória. Assim, percebe-se que a respiração profunda e lenta é a mais benéfica tanto para a gestante quanto para o bebê durante o trabalho de parto. Nesse caso, orienta-se para que a paciente respire lenta e profundamente, evitando esforços expulsivos. Esse tipo de respiração acarretará em relaxamento, induzindo assim, a uma dilatação mais rápida do colo uterino (OXORN, 1989). Este autor ainda afirma que na segunda fase do trabalho de parto, orienta-se a parturiente a fazer o inverso. Pede-se para que a mesma realize a Manobra de Valsalva durante a contração e descanse entre elas, pois assim tornará esse período mais curto.

5. *Posição no parto e 1º estágio do parto*

Observa-se ainda, um número reduzido de maternidades que incluem em seu quadro de serviços a assistência do fisioterapeuta no momento do trabalho de parto.

O fisioterapeuta deverá ser capaz de orientar a gestante durante o pré-natal quanto às posturas que poderá assumir, a fim de não apenas minimizar tensões musculares freqüentes nesta fase, mas também proporcionar posições que favoreçam o trabalho de parto.

Pesquisas têm sido realizadas com o intuito de determinar as vantagens no parto e durante o primeiro estágio deste, em posições verticais como sentada, em pé ou semi-inclinada. O primeiro estágio se mostra mais curto, tendo relação com o fato da parturiente estar em pé e andar (MITRE, 1974; BAUER, et al., 1975 *apud* POLDEN e MANTLE, 1997).

As contrações da mulher parturiente são mais fortes na posição em pé. A mudança de posição tem um efeito positivo na eficiência das contrações uterinas levando a um trabalho de parto mais curto e menos doloroso.

De acordo com os autores acima citados constata-se maior satisfação e conforto materno quando as mulheres diversificam suas posições. Além disso, o quadro algico é significativamente reduzido naquelas que andam.

Com um bom controle da dor e conseqüente alívio de pensamentos de agonia e medo na fase latente do primeiro estágio, há um maior encorajamento para um parto mais curto e eficaz (POLDEN e MANTLE, 1997).

Durante os intervalos das contrações, o fisioterapeuta auxilia e orienta a parturiente a realizar caminhadas que lhes proporciona menos tempo para alcançar a dilatação completa; além de haver menor necessidade do uso de analgesia e, ainda, menor necessidade de parto vaginal com instrumentação (BLOOM, et al., 1998).

Devido a anteversão do útero durante as contrações da primeira etapa, a parturiente é orientada a se inclinar para frente em algum tipo de apoio com os membros inferiores abduzidos. Quando estiver na posição em pé, é orientada a agachar; ficando de cócoras, sem, entretanto, encostar os joelhos no chão. Essas posturas lhe permitem maior relaxamento dos músculos dorsais e do assoalho pélvico (SOUZA, 1999). Não havendo possibilidade de deambulação, a mulher é orien-

tada a adotar a postura em decúbito lateral esquerdo. Tal postura é benéfica, pois há melhora do equilíbrio ácido-base materno-fetal e a sua função pulmonar (GALLO, 2000, *apud* SABATINO et al., 2000); assim como uma notável descompressão da veia cava inferior, possibilitando maior aporte sanguíneo e oxigênio para a mãe e o feto.

6. *Estímulo elétrico nervoso transcutâneo (TENS)*

A eletroestimulação age nos tratos espinotalâmicos, onde são liberadas substâncias analgésicas, as endorfinas, que bloquearão a sensação de dor causada pelas substâncias químicas desencadeadas pelos estímulos nociceptivos, tais como as bradicininas, prostaglandinas, serotoninas, histaminas e excesso de íons de potássio (LUCENA, 1990).

POLDEN e MANTLE (1997) relataram que o TENS é responsável pela transmissão de energia elétrica através da pele para o sistema nervoso. Os seus efeitos analgésicos parecem ser devido a um mecanismo de “fechamento de entrada” nas colunas dorsais da medula espinhal e à liberação de opiáceos endógenos. O seu modo não-invasivo e a ausência de efeitos colaterais são muito atraentes para a mulher que espera enfrentar o parto confiando em seus próprios recursos. Na gestante por possuir uma maior curva lombar, aliada ao aumento gradual de peso, pode haver articulações facetadas excedentes e com isso traumatizam as cápsulas da articulação ou resultem em anomalias estruturais tornando-se incômodas. O peso e a fadiga em geral produzem uma má postura. Um elemento de instabilidade da articulação pode surgir da soma de peso extra, lassidão do tecido mole e maior esforço de torção, reforçada então, a indicação desse recurso durante a parturição.

Por proporcionar analgesia adicional junto com as demais técnicas descritas, pode ser considerado um complemento da terapia no serviço ora descrito, assim, acredita-se que a terapia pode auxiliar a parturiente a enfrentar a fase latente da primeira etapa do parto. Nesta primeira etapa do parto, os eletrodos devem ser posicionados nas costas da parturiente, no sentido paravertebral, sobre os dermatomas T10-L1, inervação do útero e cérvix. Para a segunda etapa, são postos em uso eletrodos adicionais sobre os dermatomas S2-S4, inervação do canal de nascimento e assoalho pélvico.

7. *Estímulo útero mamário*

Ao final da gestação, ou próximo ao termo, o útero torna-se progressivamente mais excitável. O mecanismo exato pelo qual tal característica culmina com a expulsão do recém-nascido ainda não foi totalmente elucidado; sabe-se, porém, que fatores hormonais, como a ação do hormônio ocitocina, exercem papel fundamental na “hipercontratilidade” uterina durante o trabalho de parto (GUYTON e HALL, 1997).

Ainda segundo os autores supra citados, a ocitocina é um hormônio secretado pela neuro-hipófise, principalmente durante o trabalho de parto. Dentre as razões pelas quais o útero tem uma resposta exacerbada a este hormônio está o aumento no número de seus receptores de ocitocina e, portanto, levando ao aumento de sua capacidade de resposta a uma dada dose deste hormônio durante os últimos meses de gravidez. Deve-se salientar que a glândula hipófise do feto também secreta quantidades crescentes de ocitocina.

Quando a criança é amamentada pela primeira vez, a sucção desencadeia impulsos sensoriais que são transmitidos através de nervos somáticos para a medula espinhal e, depois para o hipotálamo, provocando a secreção de ocitocina e prolactina. Por via sanguínea, ou hemática, a ocitocina estimula as células mioepiteliais que circundam as paredes externas dos alvéolos, fazendo com que estas se contraíam, ocasionando a ejeção do leite (GUYTON e HALL, 1997).

Como secreção e circulação da ocitocina ocasionada por estímulos mamilares gerados pelo recém-nascido são um fenômeno sistêmico, acredita-se que estímulos táteis na região mamilar provocados pelo próprio fisioterapeuta e pela parturiente, também produzam esse efeito. Neste serviço, acredita-se que uma vez no sangue, a ocitocina, via circulação uterina, atingiria este órgão ocasionando contrações, acelerando o trabalho de parto.

8. *Drenagem linfática manual (DLM)*

A DML é uma técnica especial de massagem cujo objetivo se concentra em ativar a circulação linfática, sobre a pele ocasionando o automatismo tanto dos vasos como dos gânglios linfáticos, melhorando assim a eliminação do líquido intersticial e da linfa (LACOMBA e GALÁN, 1999).

A leve hipotonia vascular, a pressão para baixo do útero dilatado, aumento do peso, pressão intra-abdominal aumentada e mudanças mediadas pelo progesterona e relaxina no colágeno irão propiciar o aparecimento de edema gestacional (PEREIRA, 2000).

A DLM utilizada na Maternidade no pós-parto imediato, aumenta a velocidade de escoamento da linfa, reduzindo o edema, e levando a:

- 1 - Redução da dor;
- 2 - Renovação do líquido intercelular;
- 3 - Reabsorção de detritos ácidos do metabolismo;
- 4 - Melhoramento da nutrição e oxigenação celular;
- 5 - Relaxamento corporal e
- 6 - Efeito cicatrizante.

As manobras utilizadas no serviço da A.A.M.I. compreendem o deslizamento superficial e profundo, prega, deslizamento longitudinal para cima, deslizamento diagonal de dentro para fora e de fora para dentro em direção à região inguinal e o bracelete.

Dentre suas indicações destacam-se: edemas linfáticos de membros superiores e inferiores; edemas pós-cirúrgicos; edemas traumáticos ou devido à lesão de nervos periféricos; doenças do aparelho digestivo; desequilíbrios neurovegetativos; prevenção da saúde e estética.

Bibliografia

BLOOM, S. L. et al. *Ausência de efeito de caminhar no trabalho de parto e parto*. Rev. GO Atual, Rio de Janeiro: Publicações Científicas, ano 7, n. 10, out. 1998.

CARRIÈRE, B. *Bola suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica*. São Paulo: Manole, 1999.

CHIARAPA, T. R. *Eficácia da massoterapia na lombossacralgia durante a primeira fase do trabalho de parto normal*. Multitemas - Periódico das comunidades departamentais da UCDB. Campo Grande: UCDB, outubro de 2000.

GUYTON, A.C. e HALL, J. E. *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LUCENA, C. *Eletroterapia*. Curitiba: Lovise, 1990.

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

LACOMBA, M. T. e GALÁN, I. M. *El drenaje linfático manual*. Asociación Española de Fisioterapeutas. Vol 21, nº2. Barcelona - Espanha: Garsi, 1999.

PEREIRA, J. C. *A fisioterapia e o parto normal*. Campo Grande: UCDB, 2000.

POLDEN, M. e MANTLE, J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia*. 2.ed. São Paulo: Santos, 1997.

SABATINO, H; DUNN, P. M. et.al. *Parto humanizado: formas alternativas*. São Paulo: UNICAMP, 2000.

SOUZA, E. et al. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia: uma visão multidisciplinar*. 2.ed. Belo Horizonte: Health, 1999.