

## Fisioterapia no parto

A Fisioterapia atua no parto há muito tempo em alguns países, juntamente com a parteira e o obstetra. Durante o trabalho de parto é feito toque vaginal para verificar a posição da sutura sagital do feto (deve entrar na pelve horizontal e sair vertical de frente para o chão). A musculatura do assoalho pélvico pode frear a evolução do parto, fazendo necessária a episiotomia, portanto é necessário trabalhar força e relaxamento dessa musculatura ao longo da gravidez. O parto pode ser realizado em diversas posições:

- decúbito dorsal (parto passivo);
- posições eretas (melhores por ser um parto ativo e contar com auxílio da gravidade, facilitando dilatação, além de alinhar o canal facilitando a descida fetal, melhora a respiração da mulher, permitindo uma boa perfusão do útero durante o parto, não gera queda de pressão arterial, facilita a prensa abdominal, melhora a contração uterina, diminui o tempo de parto e diminui lesão de períneo):
  - sentado com apoio;
  - genupeitoral;
  - de joelhos;
  - em pé;
  - de cócoras.

A movimentação e deambulação melhora o aproveitamento da força das contrações e o relaxamento nos intervalos das contrações e deve ser orientado durante o trabalho de parto. Durante o parto deve-se:

- manter a pelve vertical;
- manter o movimento de pelve, sacro e cóccix livre;
- manter as coxas em flexão e discreta abdução;
- manter a distância entre esterno e umbigo;
- manter apoio ou suspensão da metade superior do corpo;
- realizar pressão na planta dos pés sempre que possível;
- assumir uma posição mais relaxada entre as contrações.

As contrações uterinas são causadas por aumento de ocitocina, aumento de prostaglandinas, aumento de estrógeno, aumento de progesterona, noradrenalina (sistema nervoso parassimpático), reflexo de Ferguson e aumento da pressão intra-amniótica. A contração uterina pode ser dividida em:

- contração gravídica: a partir da 20<sup>a</sup> semana (até 3/hora) sendo:
  - preliminar: indolor;
  - contração de descida: promove a descida da cabeça fetal;
- contração de trabalho de parto: leva à dilatação (5-20/hora), cada contração dura 30-60 segundos (o ideal é que haja 2-3/10minutos, com um mínimo de 30 segundos de contração com pressão de 60mmHg), o início do trabalho de parto se dá quando as contrações chegam a 3/10minutos com 1 minuto de duração por mais de 30 minutos;
- contração pós-parto: faz o útero contrair no puerpério, principalmente pela ocitocina durante amamentação;
- prensa abdominal é a contração de todo o abdome com expiração forçada e aumenta o rendimento das contrações uterinas.

O parto é dividido em períodos:

- período de dilatação: das primeiras contrações até dilatar aproximadamente 10cm, em geral dilata 1cm por hora na primípara, levando a 10 horas de período de

dilatação, na múltipara isso diminui para 6 a 8 horas, o final desse período é muito desagradável e causa o rompimento da bolsa;

- período expulsivo: até o nascimento, quando a cabeça do feto chega ao assoalho pélvico ela desencadeia o reflexo de “necessidade de fazer pressão” e é preciso prensa abdominal. O obstetra retarda a saída da cabeça do feto para diminuir a lesão do períneo, essa fase dura de 20 minutos a 2 horas, mas não deve ultrapassar 1 hora;
- fase de expulsão da placenta: até expulsão da placenta com 300-400ml de sangue, ocitocina na amamentação aumenta a contração uterina e facilita a expulsão, essa fase dura 20-30 minutos.

A dor durante o trabalho de parto é normal e a maioria das mulheres descreve como sui generis:

- no período de dilatação, até 3-4cm de dilatação é descrita como “dilacerante”, depois é como cólica, cortante ou em pontada, inicia no baixo ventre e dorso e depois nos quadris e períneo;
- no período expulsivo a dilatação do canal vaginal gera dor no assoalho pélvico.

Durante o parto dese-se ter vigilância quanto a:

- exame externo: frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura, controle do esvaziamento da bexiga e do reto, ausculta do coração fetal, verificação da contração uterina;
- exame interno: dilatação colo em cm, consciência e comprimento do colo, condições d bolsa fetal, posição da sutura sagital, posição da fontanela, nível da cabeça do feto.

O parto pode ser encerrado cirurgicamente com:

- episiotomia mediana, médio-lateral ou lateral, quando há necessidade de um parto rápido;
- fórceps, que exige episiotomia médio-lateral e pode lesar a musculatura do esfíncter anal e o feto;
- extração a vácuo, que exige episiotomia médio-lateral e pode causar hematomas no feto;
- cesareana ou “parto abdominal”, que pode ser transversal “em biquíni” ou na linha alba.

O fisioterapeuta pode dar curso preparatório para parto. Os cursos podem ser abertos (gestantes de toas as idades gestacionais, gera pressão no professor porque precisa dar conta de necessidades e expectativas muito diferentes), fechados (os participantes iniciam o curso simultaneamente e terminam junto, logo antes do parto, garante que as participantes se conheçam e gera dinamismo), cursos para casais (muito bom por intensificar o relacionamento entre a gestante e o parceiro e entre o pai e o filho) ou exclusivo para mulheres (para mulheres que irão criar o filho sozinhas). O curso pode ser dividido em 4 fases (começar e aquecer, readquirir, assimilar novamente e transferência e encerramento) e deve conter:

- informações sobre gravidez:
  - orientações sobre sintomas e possíveis tratamentos;
  - alimentação da gestante;
  - esportes;
  - vida sexual;
  - atividade física;
  - correção da postura, estabilidade e mobilidade;
  - treinamento funcional do assoalho pélvico;
  - mobilidade da pelve;
  - esforço respiratório;

- mudanças esperadas no corpo;
- informações sobre o parto:
  - lidando com a dor;
  - comportamentos que facilitam o parto;
  - “empurrando” o feto durante o período expulsivo;
  - atividade do assoalho pélvico durante o parto;
  - ensaio geral;
  - equipamentos da sala de parto;
  - estudo das técnicas respiratórias, posições de parto e assistência por parte do parceiro;
  - uso de estimulantes;
  - higiene pessoal;
  - conteúdo da mala a ser levada para a maternidade;
  - sugere-se convidar uma parteira para tirar as dúvidas das gestantes;
  - troca de informações entre primíparas e mulheres que já deram à luz ajuda a diminuir o medo do parto;
- orientações sobre a involução e o puerpério:
  - mudanças esperadas no corpo;
  - preparo e orientação para aleitamento materno;
  - orientação sobre cuidados com o lactente;
  - leis de proteção à maternidade;
  - preparo para função materna/paterna;
  - é interessante realizar um curso de involução e puerpério após o parto, estreita os laços das participantes;
- troca de informações entre palestrantes e grávidas;
- OBS: orientações sobre complicações só deverão ser dadas em caso de necessidade específica, para não prejudicar a atitude positiva diante da gravidez e do parto.

### **Parto pré-termo:**

Conhecido como “parto prematuro”, a nomenclatura correta é “parto pré-termo” e é o que acontece a partir da viabilidade fetal (20 semanas) até antes de o feto atingir sua maturidade cronológica (37 semanas). Pelas diferenças clínicas, o parto pré-termo é dividido em:

1. Parto pré-termo em geral: 20 a 37 semanas incompletas de gestação;
2. Parto pré-termo moderado: 32 a 36 semanas;
3. Parto muito pré-termo: 28 a 32 semanas;
4. Parto prematuro extremo: 20 a 28 semanas.

O parto pré-termo é responsável por 70% da mortalidade perinatal e deve, portanto, ser evitado. A prevenção do parto pré-termo é difícil, pois sua fisiopatologia ainda é desconhecida. Com isso não existe uma propeidêutica simples, prática e confiável para diagnosticar o risco de parto pré-termo. No entanto, são conhecidos fatores de risco para parto pré-termo, que podem ser evitados como prevenção desse tipo de parto. Qual é exatamente o papel de cada um desses fatores ainda não é bem compreendido. Os fatores de risco mais importantes são:

- Condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis, comprometem uma boa evolução da gravidez e do desenvolvimento fetal, o que contribui para o parto pré-termo.
- Hábitos de vida como trabalho excessivo e cansativo, promiscuidade sexual, cuidados de higiene deficientes, tabagismo e alcoolismo.
- Antecedentes ginecológicos como alterações congênitas ou adquiridas no útero rem repercussão egativa no desenvolvimento da gravidez e do feto: hipoplasia, sinéquias, malformações, miomas, incompetência cervical, são causas de parto pré-termo.
- Antecedentes obstétricos, ou seja, quem já teve parto pré-termo corre o risco de ter

novamente.

- Doenças maternas como síndrome hipertensiva de gravidez, diabetes, isoimunização Rh, cardiopatias e infecções são razões para induzir o parto pré-termo, para prevenir problemas para o feto e para a mãe.
- Intercorrências gestacionais, alterações relacionadas ao feto ou a seus anexos podem afetar o parto: gravidez múltipla, malformação fetal, crescimento intra-uterino restrito, rotura prematura das membranas amnióticas, polidrâmnio, oligodrâmnio, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia.

O principal fator decisivo na predição de parto pré-termo é a alteração na evolução da gravidez, principalmente nas contrações uterinas e no canal cervical:

- Modificações nas contrações uterinas: nem toda contração uterina fora de hora é indício de parto pré-termo, durante toda a gravidez o útero se contrai periodicamente, são as contrações “Braxton-Hicks”. As contrações se modificam, ficando mais frequentes, mais fortes e mais duradouras, causando repercussões no canal cervical, o que é natural para qualquer parto. A identificação de quando essas alterações se iniciam é um bom preditivo de parto pré-termo, indicando a necessidade de medidas para preveni-lo.
- Alterações no canal cervical: secundárias às alterações de contração uterina, as alterações do canal cervical (apagamento, início de dilatação dos orifícios interno e externo do colo, repercussões nas membranas amnióticas, formação de bolsa das águas, penetração do pólo fetal na pelve materna) são dados que permitem predizer e quantificar o risco de parto pré-termo. Essas alterações são detectadas com ultrassom endovaginal seriado ou o exame pélvico seriado, sendo que ambos devem ser realizados sempre pelo mesmo examinador e este deve ser experiente.

Alterações em marcadores bioquímicos é o recurso mais confiável para prever o parto pré-termo. Os marcadores observados são: fibronectina fetal, citocinas, prolactina, estriol salivar, hormônios liberadores de corticotropinas e metabólitos de óxido nítrico.

Medidas terapêuticas para prevenir o parto pré-termo: as principais medidas a serem tomadas são o controle ou eliminação dos fatores de risco e o emprego de fármacos para reduzir a atividade uterina (os tocolíticos), o que deve ser feito exclusivamente pelo médico ginecologista ou obstetra. Os principais fatores de risco que podem ser controlados são os antecedentes ginecológicos (mioma e incompetência cervical), intercorrências gestacionais (polidrâmnio é controlado com retirada parcial de líquido amniótico e uso de antiinflamatórios par reduzir a produção de líquido amniótico) e infecções maternas (principalmente genitais e urinárias, que devem ser tratadas).

A segunda etapa da abordagem terapêutica do parto pré-termo é a inibição do parto, ou seja, o profissional procura atrasar o máximo possível o parto. Nem sempre é possível (e bom) inibir o trabalho de parto. As medidas só se justificam se é possível comprovar o trabalho de parto, quando esse trabalho de parto é inferior a 34 semanas de gestação ou até a 36ª semana e quando não há contra indicações a essa inibição (sofrimento fetal, malformação fetal, óbito fetal, quadros hemorrágicos da mãe, risco de vida à mãe, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, rotura das membranas amnióticas prematura, infecções intra-uterinas).

O risco do parto pré-termo é classificado em baixo risco (até 6 pontos, não se justificando inibição), iminente (6 a 10 pontos, justificando inibição) e trabalho de parto em evolução (acima de 10 pontos, contra-indicando inibição). Esses pontos são dados por diversos fatores avaliados na gestante (posição do colo, apagamento, dilatação, altura da apresentação, bolsa d'água e contrações uterinas).

Após a inibição do parto, a próxima etapa é a condução do parto pré-termo. Nesse momento a maior decisão é o parto normal ou a cesárea. Para essa decisão são levados em conta: idade gestacional, peso estimado do feto, apresentação fetal, condições do canal cervical, padrão das contrações uterinas, integridade das membranas amnióticas, possibilidade de monitorização das condições do feto. A via do parto não são responsáveis isoladamente pelos resultados bons ou maus do parto. Em casos de idade gestacional muito baixa, peso fetal muito baixo, colo imaturo, rotura prematura das membranas e

apresentações anômalas se dá preferência ao parto transabdominal (cesárea).

Resumo dos livros: "Fisioterapia em ginecologia", Ulla Hensher, Editora Santos, 2007;  
"Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia", Elza Baracho,  
Editora Guanabara Koogan, 4ª edição, 2007.