

Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura

Physiotherapeutic performance for decreasing the time of labor: a literature review

Kariny Fleury Canesin¹
Waldemar Naves do Amaral²

Palavras-chave

Saúde da mulher
Trabalho de parto
Exercício

Keywords

Women's health
Labor, obstetric
Exercise

Resumo

A humanização do parto busca desestimular o parto “medicalizado”, visto como tecnicista e artificial, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto como deambulação, agachamento, massagem, banhos quentes, consideradas mais adequadas à fisiologia do parto e, portanto, menos agressivas e mais naturais. Sugere-se que a atuação fisioterápica durante o trabalho de parto o favoreça, no entanto, há estudos que mostraram não haver diferenças entre eles. Sendo assim, não há como definir técnicas específicas para que se possa favorecer o trabalho de parto, mas o desafio dos profissionais da área da saúde ainda é reduzir a lacuna de expectativas das parturientes.

Abstract

The childbirth humanization searches to discourage the technological and artificial medicalized approach to childbirth, and to stimulate the practical and biomechanical interventions during the labor as deambulation, exercise, massage, hot baths, considered more adjusted to the physiology of the childbirth, and, therefore, less aggressive and more natural. We suggested that the physical therapy performance during the obstetric labor can favor it, even though studies had shown no differences between them. Thus, we cannot define specific techniques that can favor the obstetric labor, but the challenge of the health professionals is still to reduce the expectations gap of the parturient.

¹ Fisioterapeuta; Mestranda em Ciência da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG); Pós-graduada em Fisioterapia na Saúde da Mulher – Goiânia (GO), Brasil.

² Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela UFG; Médico Ginecologista Obstetra – Goiânia (GO), Brasil.
Endereço para correspondência: Rua C231, quadra 507, lote 02, n 264 - Jardim America - Goiânia (GO)

Introdução

Desde o final dos anos 1980 há um movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, década marcante do ponto de vista da organização de algumas associações não-governamentais e redes de movimentos centralmente identificadas com a crítica do modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento¹.

A humanização do parto busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologicado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas mais adequadas à fisiologia do parto e, portanto, menos agressivas e mais naturais².

O desafio dos profissionais da área da saúde é reduzir a lacuna de expectativas das parturientes e a real resolução do parto. É necessário garantir às mães um local adequado para que sejam acolhidas, ouvidas, orientadas, respeitadas e se sintam livres para manifestarem seus sentimentos, além de oferecer uma assistência de boa qualidade e acesso à tecnologia, caso necessário, cumprindo, assim, os preceitos que regem os direitos universais do ser humano, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ao apoiar e defender o³.

Atualmente, discute-se a humanização no parto e os mecanismos para a redução de sua dor, com a adoção de métodos não-farmacológicos, a fim de reduzir a ansiedade⁴.

Durante o trabalho de parto, a parturiente requer mobilidade pélvica e o uso intensivo da musculatura do abdômen, do períneo e do diafragma respiratório. O fisioterapeuta, exatamente por estudar todos os movimentos das articulações do corpo humano e o funcionamento muscular, auxiliando na contração e no relaxamento, é um dos profissionais capacitados a contribuir qualitativamente no atendimento à parturiente, pois trabalha otimizando a fisiologia humana^{5,6}.

As técnicas ensinadas às gestantes são: 1) a respiração, que pode ser controlada voluntariamente de modo a fornecer à mãe e ao feto a oxigenação necessária, sem ocorrência de fadiga durante o trabalho de parto; 2) o uso das técnicas de relaxamento, defendido como um meio de quebrar esse ciclo vicioso da dor-temor-tensão; 3) treino da expulsão, que se faz necessário para a gestante adquirir segurança e confiança para o momento do parto⁷.

O trabalho de parto a termo inicia-se ao final do período de gestação, normalmente entre a 38^a e 42^a semana de gestação. Os partos que ocorrem antes desse período são definidos como pré-termo, os que ocorrem após são chamados de pós-termo⁸.

O parto natural é dividido em três estágios. O primeiro consiste na contração uterina com a dilatação progressiva do colo, importante para a saída do feto da cavidade uterina; o segundo é o período de expulsão do bebê e o terceiro estágio é a da expulsão da placenta e da bolsa de líquido amniótico vazia, por meio de contrações menos intensas. Sendo assim, o controle e a coordenação dos músculos do assoalho pélvico são exigidos, observando também a importância da cinesioterapia no trabalho pré-parto, para a mulher saber a maneira correta de relaxar e expulsar o bebê⁹.

A dor durante o trabalho de parto é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados principalmente pela contração uterina. As outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse (níveis aumentados de glicocorticoides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina, fadiga e doença)¹⁰.

As farmacológicas têm como elemento central a analgesia do trabalho de parto, especialmente praticada por bloqueio peridural com anestesia. Como medida não-farmacológica utiliza-se a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), comprovadamente segura, não-invasiva, facilmente aplicável e de baixo custo. Outra técnica de analgesia é a massagem local, que diminui a dor, o estresse emocional e aumenta o efeito do relaxamento com o toque⁹.

A massagem na região lombar durante os momentos de contração uterina produz os efeitos fisiológicos a partir da estimulação mecânica nos tecidos, por meio de pressão e estiramento ritmicamente aplicados, que irão produzir efeitos mecânicos, fisiológicos e psicológicos¹¹.

O TENS é um recurso não-farmacológico para o alívio da dor aguda e crônica, baseado na Teoria das Comportas¹², que consiste na aplicação de eletrodos percutâneos que emitem uma corrente elétrica com forma de onda tipicamente bifásica, simétrica ou assimétrica com o objetivo de excitar as fibras nervosas, com mínimos efeitos adversos para o paciente¹³.

O TENS apresenta, como principal efeito, a analgesia. Apesar de não estar completamente elucidado seu mecanismo fisiológico de ação, é postulado que o estímulo elétrico através da pele inibe as transmissões dos impulsos dolorosos através da medula espinhal, bem como a liberação de opiáceos endógenos, como endorfinas, pelo cérebro ou medula espinhal¹³.

Sendo assim, os benefícios atribuídos pela fisioterapia são: diminuição dos sintomas de desconfortos da gravidez, controle da ansiedade e depressão, menor tempo de evolução do trabalho de parto e menor índice de indicação de parto cesárea¹⁴.

A fisioterapia tem como objetivo diminuir o uso de medicamentos e como meios dispendiosos aos serviços saúde, e estreitar o tempo de trabalho de parto.

Métodos

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas *National Library of Medicine* (Medline), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Devido ao número limitado de publicações, a busca por artigos publicados foi realizada no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2009. As palavras-chave utilizadas foram: “trabalho de parto”, “cinesioterapia”, “exercícios”, e os termos correspondentes em inglês “*childbirth work*”, “*during labor*”, “*exercise*”, “*kinesiotherapy*”. A pesquisa foi limitada aos idiomas português e inglês e aos estudos realizados com seres humanos. Foram encontrados no PubMed 2.145 artigos.

Os seguintes critérios de inclusão, definidos para a seleção dos artigos, foram previamente estabelecidos com o objetivo de definir claramente a adequação da literatura encontrada para este estudo de revisão: a) atuação da fisioterapia no trabalho de parto; b) tempo de trabalho de parto; c) pesquisa realizada com seres humanos; d) artigos publicados em inglês ou português; e) parto normal ou natural; f) idade igual ou maior que 18 anos. Os critérios de exclusão para esta revisão foram: a) parto cesáreo b) complicações gestacionais; c) artigos mal escritos à análise dos autores; d) estudos de caso ou com a amostra menor que cinco mulheres.

Os estudos foram pré-selecionados por meio dos títulos e da leitura dos resumos, com base nos seguintes critérios de inclusão: artigos com intervenção da fisioterapia. Foram excluídos estudos de revisão da literatura, estudos com abordagens invasivas e medicamentosas e aqueles que abordavam somente a aplicação de instrumentos de avaliação. Quando título e resumo não forneceram informações suficientes, os autores realizaram a leitura do artigo na íntegra e definiram sua inclusão ou não neste estudo.

Discussão

Segundo estudo realizado, as técnicas fisioterapêuticas do Programa Multidisciplinar de Preparo para o Parto e Maternidade se relacionaram à diminuição da intensidade, frequência e duração dos desconfortos musculoesqueléticos na gestação¹⁴(B).

A mobilidade adequada da parturiente influencia de maneira positiva o trabalho de parto, aumenta a tolerância à dor, evitando

o uso de fármacos, e melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa do trabalho de parto¹⁵(A).

Em estudo realizado, o grupo experimental (n=50) adotou posturas verticais (de pé, andando, sentada), movimentos articulares gerais, mobilidade pélvica, relaxamento do períneo, coordenação do diafragma e estímulo da propriocepção e no Grupo Controle (n=50) não ocorreu a atuação do fisioterapeuta, mostrando que apresentou diminuição do tempo, 5 horas e 16 minutos, grupo tratamento e 8 horas e 28 minutos para o Grupo Controle¹⁵(A).

Ao utilizar técnicas de relaxamento e respiração durante o processo de parturição, em 19 indivíduos, o atendimento convencional em 17 indivíduos, obteve diminuição do tempo sendo o grupo experimental com 7 horas e 25 minutos e o grupo controle 5 horas e 39 minutos¹⁰(B).

Em ensaio clínico controlado prospectivo randomizado, dividiu-se a amostra em Grupo Experimental (n=54), cujas pacientes foram encorajadas a adotar a postura ereta; e Grupo Controle (n=53) em que nenhuma orientação foi informada, concluindo que não houve diminuição da duração do trabalho de parto¹⁶(A).

Em estudo de campo, experimental, observou-se um Grupo Controle (n=100) em que foram mantidas na posição supina durante todo o trabalho de parto e o Grupo Experimental (n=100), cujas pacientes realizaram agachamento durante a segunda fase do trabalho de parto, resultando em diminuição do tempo de trabalho de parto no Grupo Experimental¹⁷(B).

Em estudo analítico de intervenção do tipo quase-experimental, com 80 mulheres, foi realizada deambulação durante o trabalho de parto. Concluiu-se que uma distância média de 1.624 metros, 63,09% obteve o tempo médio de 5 horas. Verificou-se que a quantidade deambulada durante as três primeiras horas da fase ativa estava associada a um encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora¹⁸(B). Em análise clínica experimental, controlada e randomizada, tendo um Grupo Controle (n=54) em que nenhum procedimento complementar foi realizado e o Grupo Experimental (n=54) que as gestantes foram submetidas a banho de imersão por 40 a 60 minutos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com duração do trabalho de parto de 260,4 minutos, no Grupo Controle; e 250,6 minutos, no Experimental¹⁹(A).

No ensaio clínico, randomizado, Grupo Controle (n=11) sem uso da estimulação elétrica transcutânea e Grupo Experimental (n=11), estimulação elétrica transcutânea antes da instalação da anestesia combinada (raquianestesia+anestesia peridural),

concluiu-se que há diferença entre a duração do trabalho de parto entre os dois grupos, sendo 256 minutos no Grupo Experimental e 220 minutos no Grupo Controle²⁰(A).

A fisioterapia também é importante na preparação do assoalho pélvico durante a gravidez e da sua reeducação no pós-parto. No atendimento à gestante, a fisioterapia tem como ação a preparação para um parto tranquilo e a prevenção de complicações, proporcionando uma melhor qualidade de vida à mulher e, também, um nascimento mais participativo e humanizado. As gestantes que são orientadas e preparadas se sentem gratificadas por cooperarem durante o processo de parto, mudando completamente sua visão a respeito do parto, antes muito temido²¹(B).

A posição de decúbito dorsal, por tempo prolongado, parece diminuir o ritmo das contrações uterinas, alterar o retorno venoso e interferir na saturação do oxigênio fetal pela compressão de veias importantes, como a veia cava inferior, pelo útero gravídico⁹.

A utilização de recursos alternativos para a condução do trabalho de parto como as bolas de fisioterapia, massagens, banhos de chuveiro ou banheira e mesmo a adoção de posições como a de cócoras durante o trabalho de parto, foram inicialmente ditas como pouco científicas e inapropriadas. Também a assistência ao parto em posições verticalizadas, diferentes das usualmente utilizadas, foi motivo de controvérsia entre os profissionais²²(B).

Com uso mais comum de posições horizontais para o parto, conhecidas como posição supina, de litotomia ou decúbito dorsal, ainda há evidências de que as posições verticais trazem mais vantagens tanto para a mãe quanto para o bebê²³(D).

O papel do fisioterapeuta durante o parto vai além das orientações oferecidas no pré-natal. O acompanhamento da paciente durante toda a gravidez e pós-parto deve ser feito na tentativa de corrigir posturas antiálgicas, aliviar tensões, direcionar o posicionamento durante o parto, incentivar o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico e oferecer maior conforto à parturiente⁹.

A crença na ciência, característica da modernidade, a expansão das tecnociências e da farmacologia, têm imprimido a assistência ao parto um caráter cada vez menos natural, gerando a suspeita de incompetência da mulher para enfrentar o parto com os próprios recursos²⁴.

Desde os anos 1970 estudos demonstravam que deambulação, o ato de sentar, ortostatismo e cócoras são movimentos realizados durante o trabalho de parto em que se mobiliza pelve, acelera a atividade uterina e reduz o período da fase ativa do trabalho de parto^{25,26}.

Baseados nos resultados, observou-se que orientar a postura e a mobilidade adequada à parturiente influencia de maneira positiva a fase ativa do trabalho de parto: aumenta a tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de fármacos durante o trabalho de parto e melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa¹⁵(A). No entanto, alguns estudos não mostram resultados satisfatórios em relação ao tempo do trabalho de parto¹⁶(A).

Conclusão

Percebeu-se o quanto o uso da cinesioterapia durante as diferentes fases do trabalho de parto ainda é relativamente polêmico. As divergências quanto à efetividade na aplicação de um protocolo para diminuir o tempo de trabalho de parto ainda não está estabelecido. A difícil determinação quanto a sua efetividade dá-se, também, pela não-especificação das técnicas utilizadas, dentre elas, a intensidade e a obtenção de resultados positivos com relação aos exercícios utilizados.

Muitos autores sugerem que a atuação fisioterápica durante o trabalho de parto pode favorecer o tempo do trabalho de parto; ainda assim, há estudos que mostraram não haver diferenças entre eles. Por isso, não tem como definir técnicas para que se possa favorecer o trabalho de parto.

Leituras suplementares

1. Rede Pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) Carta de Campinas. Disponível em: <http://rhttp://www.amigasdoparto.org.br/2007/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=397>. 1993. Acesso em: 28 jul 2008.
2. Tornquist CS. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Estud Fem*. 2002;10(2):483-92 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 fev. 2009.
3. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. [Internet]. *Rev Eletr Enf*. 2008;10(2):337-46. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHHAH. 2001. Disponível em <www.humaniza.org.br>. acessado em: 30 jun. de 2008.
5. Zamataro VO. O papel da fisioterapia no preparo para o parto de cócoras. *Fisioter mov*. 1996;8(2):48-53.
6. Nakano AMS, Beleza AC, Gomes FA, Mamede FV. O cuidado no resguardo: as vivências de crenças e tabus por um grupo de puérperas. *Rev Bras Enf*. 2003;56(3):242-7.
7. Polden M, Matntle J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia*. 2 ed. Macule: São Paulo; 1997.
8. Berghammer K, Ahner R, Husslein P. *Parir e nascer*. . Tradução Daphne Rattner. Áustria. Edição: Digivideo. Distribuição: JICA e REHUNA; 2002. 1 videocassete (42 min), VHS, son., color.
9. Baracho E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos da mastologia*. 4. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
10. Almeida, N.A.M.; Sousa, J.T.de; Bachion, M.M., Silveira, N de A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latino-Am Enfermagem [on-line]*. 2005;13(1):52-58.

11. De Domenico D, Wood EC. Técnicas de massagem de Beard. 4.ed. São Paulo: Manole; 1998. p. 48-52.
12. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;150(699):971-9.
13. Ferreira CHJ, Beleza ACS. Abordagem fisioterapêutica na dor pós-operatória: a eletroestimulação nervosa transcutânea (ENT). *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(2):127.
14. De Conti MHS, et al. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [on-line]. 2003;25(9):647-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032003000900005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2008.
15. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [on-line]. 2006;28(11):671-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032006001100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2008.
16. Miquelutti MA, Cecatti JG, Morais SS, Makuch MY. The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [Internet]. 2009;9(4):393-8. [cited 2010 Apr 19]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292009000400002&script=sci_arttext
17. Allahbadia GN, Vaidya PR. Why deliver in the supine position? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1992;32(2):104-6.
18. Mamede FV. Efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto. [tese]. Revista da USP. Riberão Preto: EERP- USP, SP; 2005.
19. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):57-63. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a07v40n1.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2009.
20. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma Maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *RBGO*. 2003;25(1):45-52.
21. Baracho E. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. 4. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
22. Baracho E. Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/elzabaracho/gineco/index.htm>>. Acessado em: 29 jul. de 2008.
23. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênsaúde Col*. 2006;10(3):669-705.
24. Balaskas J. Parto ativo: guia prático para o parto normal. São Paulo: Ground; 1993.
25. Rosiska DO. Reengenharia do tempo. Rio de Janeiro: Rocco; 2005.
26. Lui YC. Effects of an upright during labor. *Am j Nurs*. 1974;12:2203-5. Méndez-Bauer C, Arroyo J, García Ramos, C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med*. 1975;3(2):89-100.