

FISIOTERAPIA APLICADA À GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Cintia Raquel Bim¹
Alline Lilian Perego¹
Bacharelado em Fisioterapia

Hugo Pires-Jr.²
Centro Universitário de Maringá

RESUMO: Este artigo tem por objetivo caracterizar o trabalho realizado pela fisioterapia na área de ginecologia e obstetrícia e a importância da atuação do profissional nesta especialidade. São abordadas as alterações anatômicas, fisiológicas e mecânicas pelas quais a gestante passa, patologias induzidas pela gestação, o papel dos exercícios aeróbicos e ginástica no pré e pós-parto e atuação fisioterápica em cirurgias ginecológicas. Mesmo através de uma bibliografia restrita, concluímos que o fisioterapeuta que trabalha com gestantes e pacientes ginecológicas proporciona benefícios à mãe e ao bebê, previne e/ou minimiza complicações e diminui o período de permanência hospitalar, dentre outros. Vimos também que a fisioterapia nessa especialidade merece ser melhor divulgada junto aos médicos e à população em geral, já que se mostra benéfica e eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia, ginecologia e obstetrícia, gestantes.

PHISYIOTHERAPY IN GENECELOGY AND OBSTETRIC

ABSTRACT: *Este artigo tem por objetivo caracterizar o trabalho realizado pela fisioterapia na área de ginecologia e obstetrícia e a importância da atuação do profissional nesta especialidade. São abordadas as alterações anatômicas, fisiológicas e mecânicas pelas quais a gestante passa, patologias induzidas pela gestação, o papel dos exercícios aeróbicos e ginástica no pré e pós-parto e atuação fisioterápica em cirurgias ginecológicas. Mesmo através de uma bibliografia restrita, concluímos quem o fisioterapeuta que trabalha com gestantes e pacientes ginecológicas proporciona benefícios à mãe e ao bebê, previne e/ou minimiza complicações e diminui o período de permanência hospitalar, dentre outros. Vimos também que a fisioterapia nessa especialidade merece ser melhor divulgada junto aos médicos e à população em geral, já que se mostra benéfica e eficaz.*

KEY WORDS: *fisioterapia, ginecologia e obstetrícia, gestantes.*

Introdução

Este artigo busca apresentar uma visão geral sobre o trabalho do fisioterapeuta na área de ginecologia e obstetrícia, objetivando ampliar o conhecimento a respeito do papel do fisioterapeuta nesta área, e das vantagens oferecidas por ele. São abordados temas como as alterações anatômicas, fisiológicas e mecânicas pelas quais a gestante passa, patologias induzidas pela gestação, o papel dos

exercícios aeróbicos e ginástica no pré e pós-parto e atuação fisioterápica em cirurgias ginecológicas.

Mesmo através de uma bibliografia restrita, pois esta é uma especialidade fisioterapêutica que ainda está em expansão, buscamos enfatizar claramente os potenciais fisioterápicos para com as gestantes.

Para POLDEN & MANTLE (1997), a ginecologia é o estudo das doenças típicas da mulher. É uma especialidade que exige do fisioterapeuta uma mistura de atributos

¹ Discentes do Bacharelado de Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá - Cesumar. Turma 1999

² Docente do bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá, responsável pela disciplina Metodologia e Técnica de Pesquisa – MTP e orientador do projeto.

especialmente amadurecida que, quando preciso, permita à paciente revelar com confiança alguns dos detalhes mais íntimos e pessoais de sua vida. Além de um bom conhecimento teórico e um alto grau de competência clínica, o fisioterapeuta deve sempre conceder tempo para ouvir, ser facilmente abordável, imperturbável e não ser crítico.

O fisioterapeuta que trabalha nos campos da obstetrícia, ginecologia e urologia deve estar preparado para clientes que queiram debater as suas dificuldades sexuais. O fisioterapeuta deve respeitar o desejo dessas pessoas de confiarem ou não nele, ouvir sem senso crítico e, se incapaz de ajudar diretamente, deve conhecer fontes de aconselhamento psicossocial na área.

Na área de ginecologia e obstetrícia o papel do fisioterapeuta é o de ajudar a mulher a ajustar-se às mudanças físicas do começo ao fim da gravidez e do puerpério de modo que o estresse possa ser minimizado. Ele avaliará e tratará de quaisquer problemas, por exemplo, esqueléticos e musculares, como dor nas costas. Ele é um professor experiente de relaxamento afetivo, respiração atenta e posicionamento, e ainda, ajuda a preparar a mulher para o parto. No período pós-parto ele dará conselhos sobre a atividade física, ensinará exercícios pós-parto e, quando necessário, dará tratamento especializado.

O fisioterapeuta tem muito a oferecer nesse campo, particularmente em termos de adaptação, enfrentamento do estresse, tratamento sensato das costas e o estímulo da continência.

A função do fisioterapeuta obstetra é não apenas tratar quando for preciso, mas também ser membro da equipe obstétrica que procura entender o problema, que tem todas as informações relativas às causas e tratamento de dor nas costas, e leva a equipe a visar antes de tudo à prevenção e, quando essa falha, a conter e diminuir o problema.

Uma vez diagnosticada e estabelecida a gravidez, a fisioterapia deve idealmente ser uma continuação e um reforço do tratamento pré-conceptivo e do desenvolvimento. Quando uma introdução precoce de intervenção fisioterápica não for possível, esta deve ser adaptada para a fase gestacional em que a mulher se encontra.

Alterações anatômicas e fisiológicas na gravidez

Segundo KISNER & COLBY (1998), alterações significativas ocorrem no organismo das gestantes e atingem diversos sistemas.

No sistema urinário, os ureteres penetram na bexiga em um ângulo perpendicular devido ao alargamento uterino. Isso pode resultar em refluxo de urina para fora da bexiga e de volta para o ureter, havendo assim uma maior probabilidade de desenvolvimento de infecções no trato urinário durante a gravidez.

No sistema pulmonar ocorrem edemas; congestão tissular e hipersecreção, devido a alterações hormonais; a profundidade da respiração aumenta sem interferir na frequência; o volume corrente e a ventilação por minuto aumentam, mas a capacidade pulmonar total permanece inalterada ou é levemente diminuída; ocorre um aumento de 15 a 20% no consumo de oxigênio; há hiperventilação em decorrência do aumento da demanda de oxigênio na gravidez, responsável pela dispnéia observada em exercícios leves já nas primeiras 20 semanas de gestação.

Quanto ao sistema cardiovascular, o volume sanguíneo aumenta progressivamente 35 a 50% ao longo da gestação, e retornam ao normal cerca de 6 a 8 semanas após o parto. A estimulação hormonal elevará o volume plasmático provocando a chamada "anemia fisiológica", que não é uma anemia verdadeira. A pressão venosa nos membros inferiores aumenta quando se fica em pé, como resultado no aumento do tamanho do útero e aumento na distensibilidade venosa. O tamanho do coração aumenta, e o coração é elevado devido ao movimento do diafragma. Distúrbios no ritmo cardíaco são comuns no período gestacional. A pressão arterial sofre quedas ao longo da gestação, mas tende a voltar ao normal 6 semanas após o parto.

Destacam-se ainda as alterações no sistema musculoesquelético, alterações essas de fundamental importância para o fisioterapeuta. Os músculos abdominais são alongados até o ponto de seu limite elástico no final da gravidez. A influência hormonal nos ligamentos é profunda, produzindo uma diminuição sistêmica na força de tensão ligamentar e um aumento na mobilidade das estruturas suportadas pelos ligamentos. Ocorre hiper mobilidade articular como resultado da frouxidão ligamentar e essa pode predispor a paciente à lesão articular e ligamentar, especialmente nas articulações que sustentam peso na coluna, pelve e membros inferiores. Os músculos do assoalho pélvico precisam suportar o peso do útero; o assoalho pélvico desce até 2,5 cm. O assoalho pélvico pode ser distendido, rompido, ou ambos, durante o processo do nascimento.

Mudanças mecânicas na gravidez

As mudanças mecânicas ocorridas nas gestantes também merecem ser evidenciadas.

O centro de gravidade desvia-se para cima e para frente devido ao alargamento do útero e das mamas, o que requer compensações posturais para equilíbrio e estabilidade. A mulher geralmente caminhará com uma base de suporte mais larga e algumas atividades como andar, abaixar-se, subir escadas, levantar e alcançar objetos se tornarão mais difíceis.

Os ombros ficam arredondados com proteção escapular e rotação interna dos membros superiores devido ao crescimento das mamas e posicionamento para cuidado do bebê após o parto.

A lordose cervical aumenta na coluna cervical superior, e desenvolve-se um posicionamento anteriorizado da cabeça para compensar o alinhamento do ombro. A lordose lombar aumenta para compensar a mudança no centro de gravidade e os joelhos se hiperestendem, provavelmente devido à mudança na linha de gravidade.

O peso transfere-se para os calcanhares para trazer o centro de gravidade para uma posição mais posterior. As alterações na postura geralmente não se corrigem espontaneamente após o nascimento, e a postura de grávida pode ser mantida como uma postura adquirida. O ato de carregar o bebê no colo pode também perpetuar a má postura.

De acordo com OTTO (1984), no aparelho locomotor um dos pontos mais importantes a ser trabalhado durante a gestação é a estática. Uma boa postura evita problemas no aparelho locomotor e órgãos internos. Uma atitude defeituosa causa relaxamento ao nível das articulações vertebrais e seus ligamentos, cujas conseqüências podem perdurar para sempre.

O processo da gestação provoca uma diminuição da rigidez do aparelho ligamentar, uma menor tonicidade muscular, o que vai exigir um esforço maior da musculatura e como acrescentar a compensação da coluna para trás, causada pelo peso do ventre, o que pode forçar a mulher desavisada a tomar uma atitude errada de estática.

A gestante deve evitar o aumento da lordose com uma boa compensação de carga, puxando para frente.

Patologias induzidas pela gestação

Algumas patologias podem ser causadas pela gestação e as principais serão mencionadas a seguir.

A *diástase dos retos*, ou a separação dos músculos retos abdominais na linha Alba, com separação maior que 2cm é considerada significativa e merece atenção do fisioterapeuta.

Possivelmente ocorre como resultado de efeitos hormonais sobre o tecido conectivo e as alterações biomecânicas da gravidez. Esta condição pode produzir queixas musculoesqueléticas e em casos mais graves, progredir para herniação das vísceras abdominais através da separação na parte abdominal.

As *dores lombares e pélvicas* podem ser divididas em lombalgia postural, dor lombar sacro ilíaca e dor lombar pós-natal.

A lombalgia postural se dá devido a alterações posturais da gestação, aumento da frouxidão ligamentar e diminuição

da função abdominal. Os sintomas de dor lombar geralmente pioram com a fadiga muscular e amenizam com repouso ou mudança de posição. Mulheres com bom preparo físico comumente têm menos dor lombar durante a gestação.

A dor lombar sacro-ilíaca possui incidência considerável em grávidas, e é causada pela frouxidão ligamentar acoplada com alterações posturais. A dor geralmente localiza-se na pelve posterior e é descrita como uma dor cortante profundamente nas nádegas distal e lateralmente a 5ª vértebra lombar/ 1ª vértebra sacral. A dor pode irradiar-se para a coxa posterior ou joelho, mas não para o pé.

A dor lombar pós-natal é uma queixa muito freqüente no puerpério e não está limitada às mulheres que sentiram dor nas costas durante a gravidez. Ela pode ser coccígea, lombar, sacroilíaca, torácica e, às vezes, cervical em sua origem, e pode interferir gravemente na qualidade de vida da nova mãe, nessa época tão importante. Os analgésicos e repouso não influirão nos fatores causadores – e toda mulher que se queixa de dor nas costas pós-natal tem o direito de receber um exame completo e, quando indicado, um tratamento ativo de um fisioterapeuta, que esteja a par de sua situação tão especial, na visão de POLDEN & MANTLE (1997).

Dentro das *disfunções do assoalho pélvico* incluem-se frouxidão dos músculos e tecidos moles, rupturas do assoalho e hipertonicidade (aumento na tensão muscular ou retratação facial do assoalho pélvico significativa o suficiente para prejudicar as funções sexuais e eliminações normais).

A frouxidão articular predispõe todas as estruturas articulares a lesões durante a gravidez e período pós-parto imediato. A qualidade tênsil do suporte ligamentar fica diminuída, e desse modo, podem ocorrer lesões em mulheres que não tenham sido orientadas com respeito à proteção articular.

Em resumo, os problemas potenciais que uma gestante pode vir a apresentar são: (a) o desenvolvimento de má postura; (b) sobrecarga nos membros superiores causada pelas alterações físicas da gravidez e requerimentos musculares da assistência ao bebê; (c) mudança na imagem corporal; (d) circulação alterada, veias varicosas, edema de membros inferiores; (e) sobrecarga ou trauma no assoalho pélvico; (f) estiramento e trauma dos músculos abdominais, e diástase dos retos; (g) diminuição na resistência cardiovascular devido à falta de conhecimento sobre formas adequadas e seguras de exercícios; (h) falta de conhecimento das alterações físicas na gravidez e parto, possivelmente aumentando a possibilidade de comportamentos que induzem lesões; (i) habilidades inadequadas de relaxamento, necessárias para o trabalho de parto e expulsão; (10) mecânica corporal incorreta; (11) desenvolvimento de patologias musculoesqueléticas; (12)

falta de preparo físico necessário para o trabalho de parto e expulsão, (13) progressão insegura nos exercícios pós-parto.

Exercícios aeróbicos e ginásticas durante a gestação e puerpério

O exercício aeróbico praticado por gestantes tem diversas repercussões benéficas sobre o organismo.

Fluxo sanguíneo: O exercício aeróbico não reduz o fluxo sanguíneo para o cérebro e o coração. Mas, contudo, provoca uma redistribuição no fluxo sanguíneo, que é diminuído nos órgãos internos e possivelmente no útero e aumenta nos músculos que estão em trabalho.

Frequência respiratória: A respiração materna parece adaptar-se ao exercício leve, mas não aumenta proporcionalmente com o exercício moderado e intenso quando comparada com o estado não gestacional. A mulher grávida atinge uma capacidade máxima de exercício em um nível de trabalho mais baixo que uma mulher não grávida devido ao aumento da necessidade de oxigênio do exercício.

Nível do hematócrito: Seu nível durante a gestação é reduzido, mas aumenta 10% nos primeiros cinco minutos de exercício vigoroso; isso continua por 4 semanas pós-parto. Como resultado a reserva cardíaca diminuída durante o exercício.

Necessidades energéticas: A hiperglicemia ocorre mais prontamente durante a gestação, desse modo é importante a ingestão adequada de carboidratos pela mulher grávida que se exercita.

Temperatura central: Durante a gestação a temperatura central de mulheres fisicamente preparadas diminui durante o exercício.

Contrações uterinas: Os níveis de norepinefrina e epinefrina aumentam com o exercício.

A norepinefrina aumenta força e frequência das contrações uterinas. Isso pode ser um problema para a mulher com risco de desenvolver parto prematuro.

Resposta da mulher saudável: Exercícios, incluindo apoio de peso pode ser feito no meio e no final da gravidez, sem risco de parto prematuro ou rompimento prematuro das membranas.

Resposta fetal ao exercício aeróbico materno: Nenhuma pesquisa humana conclusiva provou uma resposta fetal prejudicial ao exercício materno leve, moderado ou até mesmo vigoroso que antigamente era temido. É necessária uma redução de 50% ou mais no fluxo sanguíneo uterino antes que o bem estar do feto seja afetado; nenhum estudo documentou tais reduções na mulher grávida em exercício, mesmo que vigoroso.

Dentro das contra-indicações absolutas para os exercícios, o fisioterapeuta deve estar atento às ceres

incompetente, ou seja, dilatação precoce da cérvix antes que a gestação tenha sido completada; sangramento vaginal de qualquer intensidade; placenta prévia, ou seja, placenta localizada no útero em uma posição onde pode se soltar antes que o bebê tenha nascido; ruptura das membranas, ou seja, perda de líquido amniótico antes do início de trabalho de parto; parto prematuro, trabalho de parto iniciando antes de 37^o semana de gestação; doença cardíaca materna; diabetes ou hipertensão materna; retardo no crescimento intra-uterino.

Cabe ainda considerar a gravidez de alto risco. Considera-se uma gravidez de alto risco aquela que é complicada por doenças ou problemas que colocam em risco de enfermidade ou de morte a mãe ou o feto. As condições podem ser preexistentes, induzidas pela gravidez ou ser uma reação fisiológica anormal durante a gravidez. A essas pacientes a atuação fisioterápica também pode ser aplicada, desde que com maiores cuidados e algumas restrições.

Toda gestante necessita de exercícios que adaptem seu organismo às modificações causadas pela gravidez. A ginástica trabalhará as transformações estéticas, a hiperdistensão dos músculos abdominais, os transtornos metabólicos e evitará dores lombares e dorsais e outros males que a falta de exercícios pode causar.

A ginástica deve ser executada só depois do terceiro ou quarto mês de gestação e pode prolongar-se até à hora do parto, desde que a gestante se sinta bem, de acordo com OTTO (1984).

O desenvolvimento da criança durante a gestação aumenta o volume e o peso do ventre materno, produzindo a mudança da estética do corpo. A ginástica proporciona uma melhor adaptação às diferentes posturas e movimentos do corpo, trabalha a elasticidade dos músculos e das articulações, provocando ainda uma melhor coordenação nervosa reflexa. A ginástica auxilia na solução de distúrbios durante a gravidez, assim como num processo de parto mais tranquilo e fácil.

No período pós-parto, o exercício pode ser indicado logo após o parto uma vez que a mulher se sinta capaz de realizá-lo. Todos os exercícios pré-natais podem ser feitos com segurança no período pós-parto. Alguns exercícios devem ser iniciados o mais cedo possível, em especial os exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico após os partos vaginais, porque eles podem aumentar a circulação e auxiliar a cicatrização. Exercícios de correção de diástase dos retos devem iniciar aproximadamente três dias após o parto e continuar até que se obtenha uma correção de dois cm.

Exercícios aeróbicos e de fortalecimento devem ser realizados logo que a mulher se sentir capaz, e podem ser reiniciados em um programa progressivo. Sugere-se um

exame físico antes do início de exercícios vigorosos.

A ginástica no período pós-parto tem como finalidades: estimular a respiração, o metabolismo e a circulação; evitar o surgimento de ferrete e trombose; auxiliar o processo de retração do útero; fortalecer os músculos que entraram em hipertensão durante a gestação e prevenção do prolapso do útero, como afirma OTTO (1984).

Ginástica para gestantes submetidas à cesariana é leve antes da retirada dos pontos, sendo então intensificada progressivamente. A reabilitação da paciente com parto por cesariana é essencialmente a mesma que para a paciente com um parto vaginal. Contudo, uma secção cesariana é uma cirurgia abdominal de porte com todos os riscos e complicações de tais cirurgias. A paciente com secção cesariana irá também necessitar reabilitação pós-cirúrgica geral.

Fisioterapia e Ginecologia

O fisioterapeuta, além de atuar em obstetria, tem participação na área ginecológica, no preparo pré-operatório e recuperação no pós-operatório de cirurgias ginecológicas.

Para POLDEN e MANTLE (1997), uma avaliação completa de Fisioterapia é essencial tanto quanto possível antes da cirurgia, porque o tratamento instituído antes da cirurgia irá ser lucrativo para certas mulheres, como por exemplo, aquelas com tórax em mau estado de saúde, má postura, dor nas costas, base pélvica fraca ou debilidade geral.

É atualmente eficiente proporcionar pelo menos uma avaliação e tratamento preparatório antes da operação. Os fisioterapeutas devem se assegurar de que os cirurgiões e a equipe de enfermagem estejam plenamente cientes de tudo que um fisioterapeuta é capaz de fazer para contribuir no tratamento da paciente e, somente então, serão atendidos os maiores interesses da paciente. Alguns de nossos colegas ainda vêem o papel do fisioterapeuta como limitado a lidar com problemas na hora que aparecem, e deixam de considerar a promoção da saúde, a abordagem da "pessoa integral" tanto antes, como depois da cirurgia.

Esta intervenção visa prevenir complicações como risco de pneumonia; dor e desconforto pós-cirúrgico, risco de complicações vasculares; desenvolvimento de adesões no local da incisão; má postura; disfunção do assoalho pélvico; fraqueza abdominal.

Conclusão

De acordo com os autores estudados pode-se concluir que o fisioterapeuta, em seu trabalho com gestantes, tem como metas gerais promover uma melhor postura antes e após a gestação, aumentar a percepção da mecânica

corporal correta, preparar os membros superiores para as demandas de cuidados ao bebê, promover uma maior percepção corporal e uma imagem corporal positiva, preparar membros inferiores para as demandas do aumento no peso a ser suportado e compromissos circulatórios, melhorar a percepção corporal e uma imagem corporal positiva, melhorar a percepção e controle da musculatura do assoalho pélvico, manter a função abdominal e prevenir ou corrigir a patologia da diástase dos retos, promover ou manter um preparo cardiovascular seguro, prover informações sobre as mudanças que ocorrem na gravidez e no parto, melhorar a capacidade de relaxamento, evitar problemas. Acompanhando a gravidez prepara a paciente fisicamente para o trabalho de parto, expulsão e atividades após o parto, e orienta exercícios progressivos e seguros para o pós-parto. Essas metas visam preparar a mulher durante o período tão especial em sua vida com prazer e saúde.

Concluimos que se faz necessário um maior esclarecimento e divulgação do trabalho realizado pelo fisioterapeuta junto à pacientes obstétricas e ginecológicas direcionados à comunidade médica e à população em geral, visto que esse trabalho promove benefícios à mãe e ao bebê, previne complicações e diminui o tempo de internação e recuperação da gestante.

Referências

- ARTAL, Raul, Robert. *Exercícios na gravidez*. São Paulo: Manole, 1987.
- GUNTER, Hermam, KOHLRAUSCH, Wolfgang e TEIRUCH-LEUBE, Hebe. *Ginástica médica em ginecologia e obstetria*. São Paulo: Manole, 1980.
- KISNER, Carolyn e COLBY, Lynn. *Exercícios terapêuticos*. 3ª ed. São Paulo: Manole, 1998.
- LUKAS, Karl H. *Facilitação psicológica do parto*. 3ª ed. São Paulo: Macule, 1983.
- OTTO, Edna. *Como ter um bebê mantendo-se em forma*. São Paulo: Manole, 1984.
- POLDEN, Margareth e MANTLE, Jill. *Fisioterapia em ginecologia e obstetria*. 2ª ed. São Paulo: Macule, 1997.