

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PUERPÉRIO IMEDIATO E TARDIO

Poliana Soares Rodrigues*

Ana Caroline Fernandes Marafon**

RESUMO

O puerpério é o período que se inicia logo após o parto e tem seu término indefinido, pois esse somente acontece com o retorno normal do ciclo menstrual. O presente trabalho de revisão bibliográfica visa abordar a atuação fisioterapêutica no puerpério imediato e tardio incluindo recomendações que privilegiem o bem-estar da puérpera. Com esse intuito, é definido o termo puerpério e suas fases, foram constatadas e identificadas diversas modificações ocorridas no organismo feminino após o parto que debilitam as puérperas e possibilitam o retorno ao estado pré-gravídico. São apresentados os cuidados, avaliação e condutas fisioterapêuticas em puérperas nos devidos estágios do puerpério. Nesse sentido o profissional fisioterapeuta procura reduzir edemas, melhorar a circulação, minimizar a dor e restaurar o tônus da musculatura abdominal e assoalho pélvico. Então, são apresentadas as recomendações da fisioterapia para a volta da mulher à realização de atividades diárias e cuidados relativos à amamentação. Dentre as recomendações destacam-se os cuidados com as mamas e posição correta ao amamentar, incentivo à deambulação, o retorno gradativo às atividades físicas e correção da postura. Dessa maneira são evidenciadas as contribuições benéficas da fisioterapia proporcionando à mulher o retorno saudável e adequado às atividades funcionais e cuidados com o recém-nascido.

Palavras-chave: Amamentação. Puerpério imediato. Fisioterapia no puerpério. Cuidados no pós-parto.

* Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade Patos de Minas (FPM). polianarodriguesfisio@live.com.

**Graduada em Fisioterapia pela (UNIT) Centro Universitário do Triângulo. Pós graduada em Saúde Pública e do Trabalhador Passo 1; Mestre em Promoção de Saúde pela (UNIFRAN) Universidade de Franca; Fisioterapeuta e Docente da (FPM) Faculdade Patos de Minas. anacarolmarafon@hotmail.com.

ABSTRACT

The postpartum is the period that begins immediately after birth and has its terminus undefined, because its only happens with the normal return of the menstrual cycle . This work of literature review aims to address physiotherapeutic and late postpartum including recommendations that focus on the welfare of puerperal women. With this purpose, the term is defined and postpartum phases were found and identified several modifications of the female body after childbirth that weaken the mother and allow a return to pre-pregnancy state. Are shown care, evaluation and physical therapy procedures in postpartum women in appropriate postpartum stages. In this sense the physical therapist seeks to reduce swelling, improve circulation, reduce pain and restore the tone of the abdominal muscles and pelvic floor. Then, we present the recommendations of physical therapy for the return of women to carry out daily activities and care related to breastfeeding. Among the recommendations highlight the breast's care and the correct position when breastfeeding, encourage ambulation, gradual return to physical activity and correct posture. This way are evidenced the beneficial contributions of physiotherapy providing women the healthy return and appropriate functional activities and newborn's care.

Keywords: Breastfeeding. Postpartum. Postpartum physical therapy. Postpartum care.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) a gravidez, o parto e o puerpério são momentos que integra na reprodução quanto do homem e da mulher, uma experiência importante na vida do casal, abrangendo suas famílias e a comunidade, e quem dela participa, obtém experiências humanas mais significantes e satisfatórias.

O Ministério da Saúde (MS) nos dias atuais vem estimulando maternidades a obter novas condutas que inclui melhor atendimento para a mãe e o bebê durante o pré-parto, parto, e puerpério. Programas como o de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança incluem quanto a uma adequação da estrutura física, equipamentos e melhores atitudes da equipe de saúde com as gestantes, para a prevenção da morbi-mortalidade materna e

neonatal. Para isso os profissionais da saúde necessitam da realização de procedimentos benéficos comprovados para a saúde da mulher e da criança que evita desnecessárias intervenções (BRASIL, 2001b).

A fisioterapia ainda não faz parte das diretrizes do programa de humanização proposto pelo Ministério da Saúde. A atuação do fisioterapeuta na maternidade e também depois de sua alta hospitalar decorre da necessidade de prevenir complicações e beneficiar a recuperação das puérperas precocemente e de inúmeras alterações ocorridas que persistem nos seus devidos estágios. Por isso há uma crescente importância e uma melhor demanda da abordagem fisioterapêutica na saúde da mulher, o que implica atendimento fundamentado e adequado (RETT et al., 2008).

Segundo Baracho et al. (2007) o objetivo do atendimento fisioterapêutico no puerpério é orientar a puérpera sobre amamentação, prevenir e tratar disfunções musculoesqueléticas e uroginecológicas, assim como as complicações clínicas relacionadas ao sistema cardiovascular e respiratório, busca ainda, diminuir as dores e desconfortos, priorizando o bem estar das puérperas. Entretanto, nem todas as maternidades oferecem essa prática fisioterapêutica, o que pode dificultar a recuperação da mulher.

Conforme o exposto anteriormente fica evidente o papel do fisioterapeuta na saúde da mulher durante o puerpério caracteriza-se como preventivo e educativo e caráter reabilitador, pois busca oferecer bem estar físico, psicológico e funcional. Finalmente, valida-se o reconhecimento da necessidade da atuação fisioterapêutica no âmbito do puerpério, apesar de ser escassa a literatura que aborde esse tema no Brasil.

O puerpério é conceituado como o período ciclo grávido puerperal em que ocorrem modificações locais e sistêmicas no organismo feminino, tal período tem início uma hora após a saída da placenta e término imprevisto, pois esse só ocorre com o retorno normal do ciclo menstrual. O puerpério é classificado em três estágios: imediato, do 1º ao 10º dia após o parto; tardio que corresponde do 11º ao 42º dia e remoto que prossegue além do 43º dia (BRASIL, 2001a).

Montenegro e Rezende (2012) relatam que no período do pós-parto imediato ocorre uma crise genital em que predominam os fenômenos catabólicos das estruturas aumentadas ou volumosas como diástase do músculo reto abdominal e aumento do útero. Nesse período ocorrem também, alterações fisiológicas,

consequentemente seguidas de complicações como incontinência urinária ou fecal, edemas, alterações nos fatores de coagulação, entre outros. No puerpério tardio as funções começam a ser influenciadas pela lactação e ocorre o retorno gradativo das funções hormonais. E no remoto com duração indeterminada, é breve para mães que não amamentam.

Nesse contexto, o presente estudo procurou respostas aos seguintes questionamentos: quais são as modificações ocorridas no puerpério? Como a abordagem fisioterapêutica irá beneficiar puérperas no estágio imediato e tardio na melhoria da qualidade de vida? Quais são as recomendações e os exercícios fisioterapêuticos que irão contribuir para sua melhora nesses dois estágios?

Diante disso, este estudo demonstrou o quanto a atuação fisioterapêutica é adequada e fundamental para auxiliar na recuperação das puérperas, devido diversas modificações ocorridas no puerpério, por isso a abordagem desse profissional no puerpério imediato e tardio tem como objetivo restaurar e retornar os sistemas ao estado muito próximo ao pré-gravídico. Por isso essas mulheres necessitam de cuidado específico voltados a sua saúde levando-a uma melhor qualidade de vida e a volta precoce para atividades de vida diária e um melhor cuidado com seu filho.

O profissional da fisioterapia irá propor os melhores e necessários programas iniciais de exercícios monitorados e graduados para cada estágio do puerpério e recomendações gerais. Prevenindo assim, patologias que podem afetar a mãe e prejudicar o bebê.

Esse trabalho tem como objetivo verificar a atuação fisioterapêutica no puerpério imediato e tardio. E está dividido em três partes, inicialmente são discutidos os estágios do puerpério e suas modificações ocorridas, em segundo são descritos a avaliação e os exercícios para cada estágio do puerpério, finalmente, a terceira seção apresenta os benefícios e as recomendações da fisioterapia para puérperas.

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada através de pesquisas em artigos, monografia, pelos sites como, Scielo, Lilacs, Bireme, Google acadêmico tendo suas publicações no período de 2000 a 2013, e também empréstimos de livros em bibliotecas. Foram utilizados para a busca como palavras chaves: amamentação, puerpério imediato, fisioterapia no puerpério, cuidados no pós-parto. O interesse por esse tema surgiu a partir do 6º período do Curso de

Fisioterapia nas disciplinas de ginecologia e obstetrícia realizadas na Faculdade Patos de Minas. Durante as aulas foi estudada a importância da atuação fisioterapêutica no puerpério, proporcionando às mulheres puérperas um bem estar físico mental e social, com o aumento de sua autoestima. Assim, as mesmas podem voltar para suas atividades de vida diárias com maior confiança e entusiasmo.

Assim, este artigo discorre sobre a importância da abordagem fisioterapêutica no trabalho com puérperas. Com esse intuito visa contribuir para a melhora física e emocional da mulher de forma significativa e efetiva, possibilitando o seu retorno precoce e qualitativo às atividades cotidianas e bom zelo com o seu filho.

2 ESTÁGIOS DO PUERPÉRIO E MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS NA MULHER

2.1 Puerpério: definição, fases e caracterização

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a) o puerpério é o período em que as transformações físicas e psicológicas advindas do período gestacional e do parto, retomam à situação do estado pré-gravídico.

O puerpério é também conhecido como o período, cuja data é imprecisa, no qual ocorrem as modificações regressivas no organismo feminino a fim de se atingir a recuperação da genitália (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

Leveno et al. (2005) definem o puerpério como o período de repouso, que compreende o ciclo durante e após o parto. Popularmente, esse período inclui seis semanas após o parto, sendo necessário salientar que o retorno à situação anterior nem sempre acontece definitivamente dentro dessas semanas.

O puerpério é classificado em três estágios: imediato, do 1º ao 10º dia após o parto; tardio que corresponde do 11º ao 42º dia e remoto que prossegue além do 43º dia (BRASIL, 2001a).

O pós-parto imediato é definido por Montenegro e Rezende (2012) como o período em que:

[...] domina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas pela prenhez, notadamente das que abrigavam o conceito, ao lado de alterações gerais e sobretudo endócrinas, quase todas atinentes à regressão das modificações gestacionais e do organismo.(MONTENEGRO; REZENDE, 2012, p. 224).

O pós-parto tardio caracteriza-se pelo início da recuperação genital e volta normal das funções hormonais. Nesse período todas as funções são regidas a partir da lactação, e o pós-parto remoto, tem duração indeterminada, sendo breve em mães que não amamentam, visto que varia de acordo com a presença ou não da lactação (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

Soares et al. (2007) afirmam que devido às modificações sofridas pela mulher exige que esta receba maior atenção, visto que se encontra ainda fragilizada pelo processo do parto e adaptações físicas e psicológicas pelas quais passa. Patine e Furlan (2006) acrescentam que no pós-parto a puérpera sofre profundas transformações psico--orgânicas, como a involução dos órgãos reprodutivos regredindo à situação pré-gravídica, adaptação do organismo à lactação e alterações emocionais.

Decorrente do parto a puérpera apresenta os seguintes desconfortos: flatulência, queixas algicas na incisão perineal ou cesariana, cólicas abdominais constipação intestinal, incontinência urinária, fraqueza abdominal da diástase do músculo do reto abdominal e postura antálgica (RETT, 2009). Com a finalidade de diminuir essas complicações e possibilitar o retorno efetivo da mulher em sua vida diária e sexual a fisioterapia utiliza recursos e avaliação específica a fim de proporcionar à mulher bem-estar e funcionalidade (SOUSA, 2009; FERREIRA, 2006 apud SANTANA et al., 2011, p. 246).

2.2 Modificações anatômicas e fisiológicas no pós-parto

2.2.1 Útero, endométrio / lóquia, parede abdominal, aparelho urinário, trato gastrointestinal, sistema cardiovascular, músculo esquelético, pele, peso, mamas e distúrbios emocionais

No puerpério imediato a alteração mais importante é a involução uterina. No parto, o útero pesa cerca de 1.000 gramas e 14 cm de comprimento, 12 cm de largura e 10 cm de espessura. Uma semana após, ele pesa 500 gramas voltando a se alojar dentro da verdadeira pelve (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Para Oliveira e Oliveira (2007) o útero retorna ao seu estado pré-gravídico diminuindo cerca de 1 cm ao dia, as paredes uterinas com espessura aproximadamente 5 cm. Dois dias após o parto o útero começa a diminuir voltando ao seu tamanho anterior. A regressão uterina acontece devido à diminuição do tamanho das fibras muscular sendo mais rápido em mulheres que amamentam, por função da ocitocina que é liberada pela hipófise devido à sucção.

Lóquia é o corrimento vaginal que ocorre após o parto, sofrendo inúmeras transformações, perdurando de 4 a 6 semanas seguintes. Entre o sexto e o oitavo dia a coloração vermelha-vivo é chamada de lóquia rubra. À medida que vai escurecendo denomina-se lóquia serosa. Duas semanas depois adquire a cor branco-amarelada, recebe o nome de lóquia-alba devido ao tom branco. Esse sangramento diminuirá gradualmente, entretanto, cabe à mulher diminuir as atividades e movimentos a fim evitar um período de fluxo vermelho (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Após o parto a parede abdominal adquire a aparência flácida, isso se deve ao retorno gradativo das vísceras à sua posição primária. Nesse período acontece a diástase dos músculos reto abdominais. A tonificação da musculatura da parede abdominal acontece em até seis semanas após o parto, sendo um processo lento e muitas vezes imperfeito (MACHADO, 2007). Oliveira e Oliveira (2007) acrescentam que o auxílio da fisioterapia e exercício físico podem ajudar nesse processo de retorno.

O trabalho de parto traz complicações para a bexiga e a uretra. Incluindo edema na parede da bexiga, hiperemia e sangramento no músculo. A pelve renal e os ureteres voltam ao seu estado normal em seis semanas (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

O trabalho de parto pode acarretar consequências ao funcionamento normal da bexiga. A incontinência urinária pode ser vista nos primeiros dias do puerpério (ABRÃO et al., 2009).

As vísceras abdominais retornam lentamente às suas posições exatas, levando a uma diminuição nos movimentos peristálticos. Isso ocorre quando a

puérpera permanecer no leito de uma a duas semanas sem deambular. Atualmente isso já não acontece, pois a mulher é estimulada a levantar, realizar movimentos e receber uma dieta rica em fibras (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

Durante o parto os batimentos cardíacos aumentam 10% perdurando por uma semana. A pressão venosa dos membros inferiores durante a gravidez é elevada, porém normaliza-se imediatamente. Há uma diminuição nas varizes e o desaparecimento de edemas (MONTENEGRO; REZENDE, 2012).

A hiperpigmentação tende a diminuir vagarosamente, no rosto os sinais podem variar de um ou mais meses, sinais comuns como o cloasma, que são manchas escuras, na testa, bochecha e nariz que não desaparecem totalmente (ABRÃO et al., 2009). Montenegro e Rezende (2012) ainda salientam que as estrias perdem a cor vermelho arroxeada e em poucas semanas evoluem para estrias branco-nacaradas. Há também uma diminuição dos pelos pubianos.

Após o parto a tonicidade muscular do abdome permanece fraca, dificultando um suporte próprio para o tronco e região lombar, devido a uma alta taxa hormonal que prejudica os ligamentos. Isso acarreta à coluna uma falta de suporte, podendo ocasionar lesões graves (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

A puérpera perde cerca de seis a cinco quilos por meio da perda uterina e de sangue e conseqüentemente perde mais três quilos através da diurese (LEVENO et al., 2005).

Na hora do parto o colostro já se encontra presente. Entre o primeiro e o terceiro dia após o parto o leite desce, mas desde a sala de parto a amamentação tem que ser preparada para a ocorrência da liberação de ocitocina e prolactina (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2007).

Devido ao aleitamento, as mamas, nas primeiras vinte e quatro horas, desenvolvem secreção láctea tornando-se aumentadas e estáveis. Isso pode acarretar elevação da temperatura (LEVENO et al., 2005).

Segundo Baracho et al. (2007) no período do puerpério ocorrem modificações intra e interpessoais, pois a puérpera encontra-se fraca, cansada, entusiasmada com a presença do filho e com uma maior particularidade emocional. Santana et al. (2011) salientam que a depressão pós-parto é uma ocorrência com certa frequência no período puerperal. Isso se deve a uma baixa inesperada dos quadros hormonais somados aos novos sentimentos da mulher, podendo se manifestar de forma severa em variados graus.

3 AVALIAÇÃO E EXERCÍCIOS FISIOTERAPÊUTICOS NO PUERPÉRIO

3.1 Avaliações no puerpério imediato

3.1.1 Avaliação respiratória, abdômen, membros inferiores e mama

A verificação respiratória, expansão do tórax, a mobilidade do diafragma e a realização de ausculta respiratória devem ser verificadas em mulheres que se submeteram ao parto vaginal ou cesáreo. Na cesariana é necessário observar que cirurgia abdominal pode acarretar riscos e transtornos como a diminuição da ventilação alveolar. No parto natural pode ocasionar fadiga, resultante de diminuição dos movimentos musculares pós-parto (BARACHO et al., 2007).

Através do exame físico, da avaliação respiratória, nesse caso nota-se a eficácia do treinamento do padrão respiratório diafragmático são procedimentos preventivos contra transtornos respiratórios no puerpério imediato (ANDRADE et al., 2000).

Andrade et al. (2000) afirmam também que é necessária a palpação do útero para verificar a regressão uterina e na percussão constatar o timpanismo abdominal, presente em pacientes cujo parto foi transabdominal. A diástase do músculo reto abdominal (DMRA), é medida com o paquímetro e régua. Na maioria das gestantes a separação do reto abdominal varia de 2 a 10 cm. Realizadas nas regiões supra-umbilical, umbilical e infra-umbilical.

Para a avaliação o fisioterapeuta deve posicionar os dedos, deixando a mão aberta abaixo do nível do umbigo, este solicita à puérpera que levante a cabeça e leve as mãos até o joelho. Com a realização desse movimento o profissional poderá medir a largura e extensão da separação entre os músculos (POLDEN ; MANTLE, 2000 apud BORGES; VALENTIM, 2002, p. 3).

Baracho et al. (2007) relatam que nos membros inferiores a avaliação visa detectar varizes, edemas e alterações tromboembólicas, que se caracterizam por dor, rubor e hipertermia.

Em adição, Abrão et al. (2009) afirmam que para analisar a presença de trombos são utilizadas manobras de Homan e da bandeira. Se sente algum tipo de dor ao longo da perna ou da coxa, e através da movimentação da panturrilha, apresentar rigidez na musculatura, podem ser sinais de alteração, se na repetição com o outro membro houver alterações, indicação médica.

Na avaliação das mamas é verificada a presença de colostro assim como a simetria e condição mamilar (BARACHO et al., 2007).

3.2 Atuação fisioterapêutica no puerpério imediato

Para uma boa recuperação após o parto a mulher deveria ser acompanhada pelo fisioterapeuta obstetra, entretanto, nem todas as maternidades tem esse acompanhamento após o parto. Em maternidades em que a prática fisioterapêutica é aplicada à obstetrícia, as puerpéras têm várias e grandes vantagens, sendo elas avaliação diária, individual enquanto permanecerem na maternidade. No ato da alta hospitalar as mães são orientadas para que voltem após trinta dias para que o serviço da fisioterapia e obstetrícia venha dar sequência (ANDRADE et al., 2000).

A atuação do fisioterapeuta é imprescindível a fim de proporcionar à mulher bem-estar físico e emocional preparando-a, auxiliando-a e orientando-a na amamentação e cuidados com o bebê. Por isso, a atuação desse profissional é fundamental na garantia da qualidade de vida feminina nesse período (SANTANA et al., 2011).

Nesse sentido, o fisioterapeuta obstetra não se limita a cuidar apenas de sua função, mas se caracterizar como membro da equipe a fim de compreender os problemas, que possam surgir e tentar diminuí-lo com tratamento adequado (BIM; PEREGO, 2002).

O atendimento fisioterapêutico, inicia-se com a coleta de dados de cada puérpera. Sendo essencial aguardar o período de repouso das seis primeiras horas após o parto natural e oito horas iniciais após a cesárea, respeitado devido o

estresse psicológico, físico e outros como desequilíbrios hemodinâmicos causado pelo parto (BARACHO et al., 2007). Stephenson e O'Connor (2004) ressaltam que para pacientes submetidas á parto cesárea, enquanto permanecerem na maternidade deve ser iniciado programas de exercícios fisioterapêuticos monitorados e graduados, onde são avisadas que caminhadas e exercícios suaves não irão romper a incisão e que a atividade estimula a cicatrização por aumentar a circulação, levando a uma reabilitação física bem- sucedida.

No primeiro contato com a mãe, deve se informar se esta apresenta desconfortos e queixas álgicas, questionar se há presença de incontinência urinária e/ou fecal, e verificar postura, pois o posicionamento incorreto no leito impossibilita a boa recuperação (BARACHO et al., 2007).

Como protocolo de atendimento o profissional deve passar à coleta de sinais vitais e realização dos exames físicos, antes de iniciar qualquer exercício deve aferir a pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória (ANDRADE et al., 2000). Nesse sentido, Abrão et al. (2009) salientam que os sinais vitais devem ser avaliados pelo menos duas vezes ao dia.

3.3 Conduas fisioterapêuticas

3.3.1 Pós-parto imediato e tardio

Para Carrie e Lori (2001) a atividade física no pós-parto é essencial para a recuperação da musculatura normal, nas primeiras 24 horas após o pós-parto pode-se iniciar as contrações do assoalho pélvico e abdominais a fim de restaurar o tônus, diminuir o edema, melhorar a circulação e reduzir a dor. O fortalecimento do assoalho pélvico deve restabelecer a musculatura e melhorar a função intestinal, vesical e normalizar sua função sexual.

Andrade et al. (2000) ressaltam que umas das principais causas de incontinência urinária de esforço (IUE) são adquiridas através do trauma do parto. É importante salientar a necessidade da prevenção durante todos os estágios do puerpério e as ocorridas na gestação. As condutas necessitam da realização de

exercícios gradativos e progressivos para a estabilização do assoalho pélvico com movimento de contração, relacionado a um trabalho postural global.

No período da gestação a região lombar e glútea apresenta modificações biomecânicas, devido à mudança do ângulo da postura, que seguem no período pós-parto ocasionando em dores lombares e enfraquecimento muscular, fazendo a mãe adotar posturas prejudiciais. Para correção dessas posturas, são indicadas atividade de fortalecimento na região afetada, minimizando os incômodos musculoesqueléticos (MARTINS et al., 2011).

Para Santana et al. (2011) as alterações hormonais e posturais ocorridas no período gravídico relaciona ao crescimento uterino causando o estiramento da musculatura abdominal, ocorrendo DMRA. A diástase não acarreta desconforto ou dor, entretanto traz prejuízos para a funcionalidade dos músculos abdominais, posturas, evacuação, tronco, contenção das vísceras abdominais e afetando coluna lombar, ocasionando dor lombar.

Andrade et al. (2000) afirmam que a fisioterapia no puerpério imediato começa com intervenções a partir da respiração com manobras de alongamento do diafragma. Em adição Carrie e Lori (2011) mencionam que a partir da cinesioterapia para as extremidades inferiores podem auxiliam na prevenção de trombos, varizes e a hipotensão ortostática anterior a movimentação prematura e posicionamento de elevação no leito favorecendo assim o retorno venoso.

Para restabelecer a normalidade do intestino inicia-se o exercício de mobilização da pelve, em decúbito dorsal, flexão de joelhos e quadril com a estimulação proprioceptiva e uma pequena retroversão pélvica. Nessa posição são utilizadas técnicas de massagem abdominal sendo no sentido horário (BARACHO et al., 2007).

Stephenson e O'Connor (2004) relatam que após o parto o organismo precisa adaptar-se a rápida perda de peso, retorno do centro de gravidade e demais ajustes posturais. O exercício no período pós-parto é fundamental para o retorno imediato e completo da função muscular e o restabelecimento da saúde da mulher. A puérpera deve procurar assistência médica antes de iniciar as atividades informando sobre condições que possam limitar ou contra-indicar o retorno à atividade física.

A atuação fisioterapêutica no puerpério tardio em nível ambulatorial se dá por 2 ou 3 meses. De 30 a 40 dias após o parto as pacientes voltam para o consultório

particular a fim de reeducar posturas e retornar ao estado pré-gravídico (ANDRADE et al., 2000).

É realizada nova avaliação seguida de exames da musculatura do assoalho pélvico, avaliação da postura e medição da diástase abdominal, deve ficar atento para reclamações e o surgimento de neuropatias que afeta plexos e nervos periféricos, através de alongamentos e fortalecimento muscular retorna a normalização das curvas da coluna para a melhora da imagem corporal e estabilização do assoalho pélvico. Conduas propostas, exercícios abdominais de forma isométrica se a diástase estiver normalizada, exercícios aeróbicos, esteiras e bicicletas e terapia aquática com acompanhamento profissional (BARACHO et al., 2007).

Após três meses de atendimento estas se encontram em condições de voltarem às atividades físicas rotineiras (ANDRADE et al., 2000).

3.3.2 Exercícios para o período pós-parto

Para a restauração do assoalho pélvico as metas a serem atingidas são: continência, força e resistência. Para isso são indicadas: contrações rápidas e longas. Aumentar a frequência de acordo com a força da mulher (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Para fortalecer e eliminar D.M.R.A são indicados exercícios corretivos até que a diástase tenha 2 dedos de largura ou menos, podendo então retomar exercícios abdominais rigorosos (KISNER; COLBY, 2009).

Em relação à postura o objetivo é restaurar e aumentar a força da musculatura superior e inferior das costas e equilíbrio abdominal. Na musculatura do quadril os exercícios visam alongar, fortalecer e melhorar o tônus incluindo a flexibilidade exercícios indicados são ponte com abdução e adução. (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

Os exercícios aeróbicos e de fortalecimento buscam fazer com que a mulher se sinta capaz de realizar exercícios esportivos rigorosos com o aumento gradual da intensidade, sendo natação, bicicleta, caminhada entre outros (KISNER; COLBY, 2009).

4 RECOMENDAÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS EM PUÉRPERAS

A mulher tem necessidade de acolhimento e respeito após o parto, pois esse período acarreta mudanças importantes, exigindo repouso para garantir e preservar sua saúde e bem-estar físico e emocional (ALMEIDA; SILVA, 2008). Dessa maneira, Kisner e Colby (2009) acrescentam que o atendimento de puérperas pelo fisioterapeuta trata-se de um desafio para o profissional. As autoras ainda salientam que as mães têm o hábito de serem motivadas e apresentarem grande vontade em aprender, acatando assim as recomendações fisioterapêuticas.

Dessa forma, o fisioterapeuta no puerpério tem o propósito de recomendar e possibilitar à puérpera a mudança de posição no leito, reeducação da respiração, estimulação do sistema respiratório, recuperação da função intestinal, reeducação da musculatura abdominal e do assoalho pélvico e recomendações no geral incluindo o cuidado com as mamas e posturas durante os cuidados com a criança (BELEZA; CARVALHO, 2009).

Para Baracho et al. (2007) as recomendações fisioterapêuticas, em especial a deambulação devem ser incentivadas para estimularem o peristaltismo intestinal. O profissional ainda pode recomendar dietas ricas em fibras e maior consumo de líquidos. Montenegro e Rezende (2012) postulam que é necessário a paciente deambular após seis horas decorridas do parto vaginal. Esta deve movimentar-se no leito logo após o parto e estimular os membros inferiores a fim de evitar edemas, trombozes e varizes. Essas atitudes promovem a recuperação puerperal para estimular o retorno venoso e evitar constipação intestinal.

Andrade et al. (2000) dizem que devido ao repouso prolongado no leito em decúbito dorsal é impossibilitada a eliminação de flatos. O fisioterapeuta orienta que se posicione em decúbito lateral. Para puérperas que apresentam dificuldade respiratória serão utilizadas manobras para sustentação da permeabilidade das vias aéreas, sendo repassadas orientações respiratórias e posturais.

De acordo com a recomendação da fisioterapia o retorno das relações sexuais pode acontecer assim que o sangramento vermelho vivo cessar, ou de quatro a seis semanas após o parto. As puérperas também devem ser orientadas no que diz respeito à restauração da micção, devido ao trauma que a bexiga e a uretra podem sofrer, este resulta em alguma perda de sensibilidade e a formação da

pressão na bexiga, assim durante a primeira semana após o parto a mulher deve ser lembrada em sempre esvaziar a bexiga (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

É necessário recomendar a puérpera que o suporte articular diminui devido à frouxidão ligamentar, portanto, devem ser orientadas com respeito ao cuidado articular a fim de evitar lesões (BIM; PEREGO, 2002).

As mulheres que realizaram cesáreas devem recomeçar atividades precocemente durante a recuperação. Para tais são recomendados iniciar o bombeamento circulatório de tornozelo, ativação de membros inferiores e caminhada. Devem ser realizadas atividades do assoalho pélvico para recuperação do tônus e controle da musculatura. A respiração profunda, tosse ou sopros podem evitar complicações pulmonares. Para a recuperação da DMRA é recomendada a lenta progressão de exercícios abdominais. Se for o caso, é preciso estimular a correção da postura através de exercício terapêutico, a fim de possibilitar melhores cuidados para com o recém-nascido (KISNER; COLBY, 2009).

Batista et al. (2013) afirmam que a amamentação precisa ser apoiada, aprendida e ensinada tanto por profissionais como pela sociedade e a família. Assim os profissionais da saúde contribuem significativamente para esta prática, visto que através do vínculo afetivo estabelecido com as puérperas contribui para a aproximação, abertura e confiança a fim de se atingir o sucesso na prática da amamentação. Os autores ainda salientam que o aleitamento materno é o alimento ideal para todos os bebês, pois contribuem para sua saúde, visto que oferece proteção imunológica.

Sabendo que o leite materno é como uma transfusão de sangue da mãe para o bebê e que suas vantagens para a saúde dos dois são diversas, cabe ao fisioterapeuta recomendar e conscientizar sobre a relevância da amamentação (SOUZA; BARBOSA, 2000).

Nas palavras de Stephenson e O'Connor (2004) a liberação da prolactina e oxitocina é intensificada através da sucção, sendo produzido o leite. Há três variedades de leite humano: colostro, que se caracteriza como um fluido transparente e amarelado contendo anticorpos, proteínas e vitaminas que amadurecem o leite que sai pela mama na fase pré-natal. O leite de transição dura até duas semanas após o parto, já o leite maduro aparece depois de duas semanas pós-parto.

Em relação aos cuidados com a mama, Montenegro e Rezende (2012) recomendam o uso de porta-seios devido ao vazamento que ocorre antes e depois do parto. Stephenson e O'Connor (2004) ainda acrescentam que as gestantes devem preparar os mamilos fortalecendo-os durante a gravidez. Uma vez que os recém-nascidos irão mamar várias vezes, as mamas estão sujeitas à umidade acarretando rachaduras e sensibilidade, a fim de evitar deve-se secar os mamilos entre as amamentações, evitar o uso de sabão ou óleo, dormir bem e manter boa alimentação. Para a sensibilidade massagem e calor a diminuem. Para a facilitação da amamentação são indicados sutiãs e tops com boa sustentação.

Durante a amamentação cuidados posturais devem ser adotados a fim de se preservar o bem-estar da mãe. Seus pés devem ser fixos no chão, joelhos e quadris devem estar flexionados em 90°, a coluna deve se alinhar no encosto da cadeira, o braço deve descansar sobre um travesseiro para que a lactante não sustente o peso do bebê e cabe apenas apoiar a cabeça do mesmo. Para melhor acomodação pode-se utilizar uma almofada em forma de ferradura que apóiem a coluna lombar, o braço da mãe e a cabeça do bebê (BARACHO et al., 2007).

Assim, Sousa e Barbosa (2000) concluem que uma boa recomendação na amamentação é imprescindível para seu sucesso, pois a prevenção de traumas e complicações possibilita uma sucção efetiva do leite pelo bebê.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das pesquisas realizadas foi possível perceber a eficácia da atuação fisioterapêutica em púerperas nos estágios imediato e tardio. Constatou-se que o organismo feminino sofre inúmeras alterações fisiológicas durante o período gravídico e que a atuação do fisioterapeuta é fundamental para minimizá-la essas modificações ao estado pré-gravídico.

A abordagem fisioterapêutica auxilia as mulheres contribuindo com orientações e recomendações para o restabelecimento e retorno dos sistemas respiratório, digestivo, musculoesquelético, circulatório e genital ao estado anterior ao período gestacional. Evidenciou-se que tais cuidados são fundamentais para que a mulher tenha qualidade de vida, diminuição dos incômodos do período do

puerpério e incentivo no cuidado adequado com o bebê evitando problemas futuros para a mãe.

Através das pesquisas realizadas, ficou perceptível a mínima atuação dos fisioterapeutas na maternidade, apesar de ser comprovada a eficácia desse profissional na área de obstetrícia e ginecologia. Devida a essa carência as maternidades deixam a desejar no que tange ao atendimento humanizado e bem-estar das mulheres. Esse fato demonstra que a literatura na língua portuguesa voltada para o tratamento fisioterapêutico em puérperas é também restrito o que dificulta o desenvolvimento de pesquisa com maior abrangência nessa área.

Percebe-se a necessidade de inserir o fisioterapeuta na equipe obstétrica a fim de proporcionar cuidados específicos e adequados às puérperas auxiliando-as nesse momento singular de suas vidas.

REFERÊNCIAS

ABRAÃO, A. C. F. V. et al. Cuidados com a puérpera e o recém-nascido. In: BARROS, S.M.O.(org.) **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009. Cap. 14, p. 221-237.

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 347-354, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000200019&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 abr. 2013.

ANDRADE, A. V. et al. Atuação do fisioterapeuta no puerpério imediato. In: SOUZA, E. L. B. L. et al. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia “uma visão multidisciplinar”**. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 2000. Cap. 20, p. 242-249.

BARACHO, E. et al. Atuação do fisioterapeuta no puerpério imediato e tardio. In: BARACHO, E. et al. **Fisioterapia aplicada a obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 22, p. 241-250.

BATISTA, K. R. A. et al. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138. jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CD>>

EQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Fsdeb%2Fv37n96%2F15.pdf&ei=WGY7Uqy8DuboiALW0YC4Bw&usg=AFQjCNGfllu5Y5qfDOeVLuooogoHzZWL2A&bvm=bv.52434380,d.cGE>. Acesso em: 19 set. 2013.

BELEZA, A. C. S.; CARVALHO, G. P. Atuação Fisioterapêutica no Puerpério. **Revista Hispeci e Lema on line**, Bebedouro, v. 1, n. 1, p. 1- 6, ago. 2009. Disponível em: <www.fafibe.br/hispecilemaonline>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BIM, C. R.; PEREGO, A. L. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. **Iniciação Científica CESUMAR**. Maringá, v. 4, n. 1, p. 57-61, mar./jul. 2002. Disponível em: <www.cesumar.br/.../16&sa=U&ei=xLFGT5WeGMfk0QHawb2PDg&ved=0CBUQFjABODw&usg=AFQjCNHvTn11ecndW8OeS3dhgFKXJ7o-_A-cesumarpesquisa periodicos index>. Acesso em: 11 set. 2013.

BORGES, F. F.; VALENTIM, E. C. Tratamento da flacidez e diástase do reto abdominal no puerpério de parto normal com o uso de eletroestimulação muscular com corrente de média frequência – estudo de caso. **Revista Brasileira de Fisioterapia Dermato Funcional**. Nova Iguaçu. v. 1, n. 1, p. 1-8, 2002. Disponível em: < www.fisioterapia.com/public/files/artigo/043CA01.pdf>. Acesso em: 11 set. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras. **PARTO, ABORTO E PUERPÉRIO**: assistência humanizada a mulher. Brasília, DF, 2001 b.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001 a.

CARRIE, M. H; LORI, T. B. Exercício Fisioterapêutico em Obstetrícia. In: _____. **Exercício terapêutico**: na busca da função. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap. 13, p. 219-233. de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001 a.

KISNER, C; COLBY, L. A. Saúde da mulher: Obstetrícia e Assoalho pélvico. In: _____. **Exercícios Terapêuticos**: fundamentos e técnicas. 5. ed. Barueri: Manole, 2009. Cap. 23, p. 835-862.

LEVENO, K. J. et al. O período pós-parto normal. In: _____. **Manual de Obstetrícia de Williams**. 21. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 42, p. 303-307.

MACHADO, A.V. Puerpério. In: BARACHO, E. et al. **Fisioterapia aplicada a obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 21, p. 224-239.

MARTINS, A. B. et al. Proposta de exercício físico no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. **Invest Educ Enferm**. São José do Rio Preto, v. 29, n. 1, p. 40-46, mar. 2011. Disponível em:< http://bases.bireme.br/cgi-

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p &nextAction=lnk&exprSearch=587942&indexSearch=ID>. Acesso em: 11 set. 2013.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. F. Lactação. In: _____ . **Rezende obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 16, p. 193-197.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. F. Puerpério. In: _____ . **Rezende obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 15, p. 186-192.

OLIVEIRA, M. J. V.; OLIVEIRA, S. F. Puerpério Fisiológico. In: **GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA: manual para concursos TEGO**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Cap. 72, p. 589-592.

PATINE, F. S.; FURLAN, M. F. F. M. Diagnóstico de enfermagem no atendimento a Puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. **Rev. Arq Cienc Saúde**. São José do Rio Preto, v. 13, n. 4, p. 202-208, out./dez. 2006. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=485865&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

RETT, M. T. et al. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 361-366, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502008000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 abr. 2013.

RETT, M.T. et al. Prevalência de Diástase dos Músculos retoabdominais no Puerpério Imediato: Comparação entre Primíparas e Multíparas. **Rev Bras. Fisioter**. São Carlos, v. 13, n. 4, p. 275-280, jul./ago. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n4/aop035_09.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

SANTANA, L. S. et al. Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puerpério: revisão da literatura. **Rev.Femina**. Ribeirão Preto, v. 39, n. 5, p. 245-250, mai. 2011. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2011/maio/Femina-v39n5_245-250.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

SOARES, C. et al. **Assistência de enfermagem no puerpério em unidade de atenção básica**: incentivando o autocuidado. 2007. 81f. Monografia (Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0480.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

SOUZA, E. L. B. L.; BARBOSA, M. I. A. Amamentação. In: SOUZA, E. L. B. L. et al. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia e aspectos de neonatologia “uma visão multidisciplinar”**. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 2000. Cap. 21, p. 252-271.

STEPHENSON, R. G.; O'CONNOR, J. L. Fisioterapia e cuidados pós-parto. In: _____ . **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2004. Cap. 11, p. 469-497.