

## Artigo original

# A fisioterapia na atenção básica: atuação com gestantes em caráter coletivo

## *The physical therapy in primary care: acting with pregnant women*

Ana Carolina Schmitz Brandão, Ft.\*, Andriele Gasparetto, Ft.\*\*, Hedionéia Maria Foletto Pivetta, M.Sc.\*\*\*

.....  
\*Especializada em Uroginecologia pela Faculdade CBES, \*\*Ciências da Saúde pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG, \*\*\*Especializada em Saúde Pública, Docente do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA

### Resumo

A gestação representa um período de intensas modificações físicas e psicológicas, transformando a vida social, familiar e profissional das mulheres. Nesse contexto, a fisioterapia é importante, pois promove saúde e/ou atenua as conseqüências das modificações deste período. Esta pesquisa ocorreu em um grupo de gestantes objetivando descrever os efeitos da fisioterapia na qualidade de suas vidas na atenção básica de saúde. Para isso, foram realizados 18 encontros com 8 gestantes de diferentes idades gestacionais na USF Urlândia, Município de Santa Maria (RS). Durante os encontros realizava-se cinesioterapia, dinâmicas de grupo e discussões sobre temas pertinentes à saúde da mulher. Os instrumentos da pesquisa constituíram-se de uma avaliação fisioterápica e um questionário de qualidade de vida para gestantes. A média de idade das participantes foi de 25 anos, sendo 62,5% primíparas e 37,5% múltiparas. Houve redução na incidência de câimbras, dispnéia, constipação, frequência de perdas urinárias, vitalidade, compensações posturais e algias, apesar de a dor ainda interferir nas atividades dessas mulheres. A quantidade de tarefas realizadas diariamente não foi alterada, mas aumentou a dificuldade na realização das mesmas. Este estudo descreveu os benefícios da atuação fisioterapêutica para a mulher durante sua gestação, parto e puerpério.

**Palavras-chave:** fisioterapia, gestação, atenção básica, promoção da saúde.

### Abstract

Pregnancy represents a period of intense physical and psychological changes and alters women's social, familiar and professional life. Within this context, physical therapy is important because it prevents and/or reduces the consequences of these changes during this period. The sample was composed by a group of pregnant women and the aim was to evaluate the effects of physical therapy on women's quality of life in primary care. For this purpose, 18 meetings were carried out with 8 women at different gestational ages at Urlândia Family Health Unity in Santa Maria city, RS Brazil. Physical therapy, role-plays and discussions about several important themes to woman's health were carried out during the meetings. The instruments of this research were a physical therapy evaluation and a questionnaire about quality of life to the pregnant women. The average age of the participants was 25 years, and 62.5% were primiparous and 37.5% were multiparous. It was observed reduction of incidence of cramps, dyspnea, constipation, frequency of urinary losses, vitality, postural compensations and pains, although pain still interfered in women's activities. The quantity of daily activities performed did not change, but increase difficulty to perform them. This research has described the benefits of physical therapy for woman during her pregnancy, childbirth and *post partum*.

**Key-words:** physical therapy, pregnancy, primary care, health promotion.

Recebido 29 de setembro de 2006; aceito em 24 de março de 2008.

**Endereço para correspondência:** Andriele Gasparetto, Rua João Atilio Zampieri, 190, 97105-490 Santa Maria RS, Tel: (55)3226-2487, E-mail: andrieleg@terra.com.br

## Introdução

A fisioterapia é uma ciência da área da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes de órgãos e sistemas do corpo humano. O surgimento desta como profissão ocorreu com enfoque totalmente reabilitador, porém acompanha grandes avanços do conhecimento. Assim, atualmente, atua em todo o ciclo de vida humana, por meio de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação, buscando uma abordagem integral, humana e que venha ao encontro do conceito ampliado de saúde [1].

Atualmente, sabe-se que saúde não representa apenas a ausência de doenças. O Ministério da Saúde (MS) afirma que, para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores como alimentação, moradia, emprego, lazer e educação. Devido a esse pensar é que surgiu uma nova política em saúde no País, sendo o ano de 1988 um marco para a história da saúde, pois, nesse ano, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) [2].

As ações do SUS são organizadas por níveis de complexidade crescente, ou seja, divididas em atenção primária, secundária e terciária, com um fluxo de referência e contra-referência. A atenção primária serve de porta de entrada para o sistema de atenção e é capaz de resolver grande parte da demanda à saúde; o atendimento é oferecido de forma individual ou coletiva. Já a atenção secundária e a terciária possuem serviços de maior complexidade.

Através deste novo conceito de saúde e atendendo os princípios do SUS, o MS inicia, em junho de 1991, a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF).

Este Programa é desenvolvido de acordo com as características e problemas de cada localidade para atender à saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade e elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população [3].

Para o MS, a estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua nos diferentes ciclos de vida. Devido à predominância feminina no Brasil (50,77%) e por estas serem as principais usuárias do SUS, o MS dá significativa importância à saúde da mulher [4].

As políticas de saúde à mulher preconizavam, inicialmente, ações materno-infantis, porém o MS elabora novos programas para romper esse enfoque e transformar suas ações baseando-se na humanização da assistência pré-natal, ao parto e puerpério.

Segundo o MS, a assistência ao pré-natal é entendida como o acompanhamento da gestante por profissionais de saúde preparados para identificar e tratar possíveis problemas durante a gestação. A gestante tem direito de realizar, no mínimo, seis consultas que poderão ser feitas na Unidade Básica de Saúde ou em visitas domiciliares da equipe do PSF [5].

Para se alcançar uma atenção integral e resolutive para a gestante, faz-se necessário, além das políticas nacionais do MS, o conhecimento sobre todas as modificações psicológicas e físicas ocorridas na gestação, e também o contexto social em que a gestante está inserida.

As principais angústias das gestantes são oscilações de humor pelo esforço de adaptação a uma nova realidade de vida e ansiedade pela proximidade do parto e da mudança de vida após a chegada do bebê [6].

Juntamente com essas alterações, ocorrem inúmeras modificações físicas que transformam o período gestacional em único e especial.

Desde o início da gravidez o organismo materno, em decorrência da liberação hormonal, sofre mudanças que afetam o funcionamento habitual dos sistemas digestivo, circulatório, respiratório, da biomecânica postural, enfim, ocorre um processo de transformações e adaptações, necessárias ao perfeito crescimento e desenvolvimento fetal [7].

Em vista disso, torna-se inegável a importância da fisioterapia nesta fase, pois o fisioterapeuta estabelece importante vínculo que aliado ao seu conhecimento específico, torna-o qualificado para oferecer assistência em busca da melhor qualidade de vida para as gestantes. A atuação deste profissional não se restringe à reabilitação das alterações do período gestacional, mas também na sua prevenção, atenuando e/ou prevenindo as conseqüências das alterações desta fase [8,9].

As primeiras mudanças fisiológicas que ocorrem, após a fecundação do óvulo, são no sistema endócrino, principalmente pelos hormônios progesterona, estrogênio e relaxina, que possuem ações importantes como na implantação do embrião, na diminuição do tônus da musculatura lisa dos órgãos maternos, na produção do leite, retenção hídrica, flexibilidade das articulações, dispersando fibras de colágeno e também inibindo contrações uterinas. No entanto, podem também aumentar o risco de lesões articulares durante a gravidez e puerpério, devido ao destensionamento ligamentar [7,10].

Quanto à biomecânica postural, ocorre um desvio do centro de gravidade no sentido anterior devido, principalmente, ao crescimento útero-abdominal e ao aumento das mamas, ocasionando compensações posturais, para que a gestante possa manter equilíbrio e estabilidade. As principais compensações são rotação interna dos membros superiores (MMSS), anteriorização da cabeça, hiperextensão dos joelhos, transferência do peso para os calcanhares, aumento da base de sustentação e aumento da lordose lombar. Devido a este aumento da lordose ocorre a contração da musculatura paravertebral, contribuindo para futuras algias na coluna [10,11].

As pesquisas atuais demonstram que mais de 50% das mulheres experimentam algum tipo de dor na coluna vertebral em algum momento da gestação, sendo que a região lombar é a mais predominante. As três hipóteses sobre as etiologias da dor lombar são as modificações biomecânicas, hormonais e vasculares. Outros distúrbios são comumente

encontrados nessa fase, como a síndrome do túnel cárpico e câimbras [9,12,13].

Os principais objetivos da fisioterapia, no sistema músculo-esquelético, são promover uma melhor postura durante a gestação e após o parto; maior percepção do corpo; preparar os MMSS e inferiores (MMII), para as necessidades de cuidados do bebê e para as demandas circulatórias e do aumento de peso da gestante, respectivamente; preparar, fisicamente, para o trabalho de parto e atividades após o parto; manter a função abdominal e prevenir ou corrigir a patologia da diástase dos retos; melhorar a capacidade de relaxamento; e orientar exercícios progressivos e seguros para o pós-parto [10].

As alterações biomecânicas e hormonais também influenciam no sistema genito-urinário, principalmente sobre a musculatura do assoalho pélvico que, durante a gravidez, pode ter suas funções prejudicadas. Esses fatores são desencadeantes ou agravantes da incontinência urinária, situação esta encontrada, principalmente, no último trimestre de gravidez. Com a evolução da gestação, ocorre também um aumento da frequência miccional e desenvolvimentos frequentes de infecções urinárias [14].

O fisioterapeuta possui um papel importante na conscientização da gestante sobre esses músculos. Os exercícios realizados têm objetivo de fortalecer esse grupo muscular, prevenindo a incontinência urinária e os prolapso genitais, proporcionando não só a recuperação mais rápida no pós-parto, como também o relaxamento desses músculos, auxiliando no momento do parto [8].

Em relação ao sistema respiratório, ocorre uma aproximação do útero gravídico ao diafragma, motivando a um padrão respiratório apical, aumentando o consumo de oxigênio e propiciando a um estado de hiperventilação, levando a um maior trabalho respiratório e a dispnéias frequentes [7,10].

A fisioterapia utiliza-se de exercícios que facilitam o trabalho respiratório e diminuem ou cessam as dispnéias. Uma técnica bastante utilizada é a respiração diafragmática. Os exercícios respiratórios devem ser associados a cinesioterapia realizada no pré e pós-parto.

Ocorrem também mudanças no sistema gastrointestinal em consequência de alterações hormonais e crescimento uterino. Dentre elas, a azia, náuseas e vômitos, constipação e hemorróidas.

A fisioterapia ameniza as alterações gastrointestinais por meio de orientações às gestantes quanto aos seus hábitos alimentares e exercícios físicos que estimulam os movimentos peristálticos do intestino.

O sistema cardiovascular também sofre intensas mudanças, pois necessita suprir a maior demanda de nutrientes e oxigênio para o organismo da gestante, para a placenta e o feto em desenvolvimento. Ocorre um aumento do volume sanguíneo, frequência cardíaca e débito cardíaco. O aumento do volume sanguíneo causa uma "anemia fisiológica" comum durante a gestação, pois o aumento do plasma sanguíneo é maior que o aumento das células vermelhas [10].

O crescimento do útero e a hipotonia muscular nas paredes dos vasos sanguíneos dificultam o retorno venoso, podendo ocasionar veias varicosas e edemas. Segundo os mesmos autores, o principal objetivo da fisioterapia nesse sistema é o preparo da gestante para amenizar essas alterações, através de posicionamento adequado, para melhorar o retorno venoso e exercícios específicos para facilitar a circulação sanguínea [9].

A fisioterapia também busca interromper o ciclo medo-tensão-dor com discussões e orientações sobre as emoções geradas pela gravidez e parto, bem como informações pertinentes à saúde da mulher. Essa tríade pode ser evitada pelos conhecimentos adquiridos nessas discussões, pois esses amenizam o temor e evitam a tensão, controlando assim a dor. Outra atuação importante da fisioterapia é orientar sobre a importância da amamentação, da preparação das mamas para a lactação e das melhores posturas a serem adotadas durante este ato [9].

De acordo com o exposto, percebe-se a importância do cuidado no período gestacional por diferentes profissionais através de ações interdisciplinares, visto que ocorrem modificações em todos os sistemas orgânicos da mulher, aliadas às alterações psicológicas.

Assim, esta pesquisa teve por meta descrever os efeitos da atuação fisioterapêutica na qualidade de vida das gestantes frente às intercorrências do período gestacional, assim como as do momento do parto e do período pós-parto.

## Materiais e métodos

Foi realizada uma pesquisa quali-quantitativa, pois a pesquisa quantitativa emprega dados estatísticos no processo de análise, e a qualitativa "incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, como construções humanas significativas" [15,16].

A pesquisa moderna deve rejeitar como falsa dicotomia a separação entre estudos qualitativos e quantitativos ou entre ponto de vista estatístico e não estatístico, em virtude de que não existe importância com relação à precisão de medidas, uma vez que o que é medido continua sendo uma qualidade [15].

Esta pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família Urlândia, localizada no bairro Urlândia, no Município de Santa Maria (RS), entre os meses de julho e novembro de 2005. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano, sob o protocolo nº 089.2005.2.

O estudo desenvolveu-se com um grupo de gestantes, em diferentes idades gestacionais (IG), acompanhadas em consultas de pré-natal pela equipe do PSF. Enfoca-se a importância da atividade coletiva com gestantes, pois essa proporciona uma troca de experiências, medos, angústias, alegrias e conhecimentos, visto que as integrantes possuem os mesmos

interesses e objetivos. Outra vantagem do trabalho coletivo é atender a demanda das gestantes que pertencem a UBS de referência de forma integral e resolutiva [17].

Os sujeitos de pesquisa foram oito gestantes que se encontravam, ao início do estudo, entre a 13<sup>a</sup> e 20<sup>a</sup> semana gestacional, acompanhadas de julho a novembro de 2005. A amostra foi a partir da 13<sup>a</sup> semana, pois no período que a antecede é contra-indicada a cinesioterapia devido à essencial importância da formação fetal, e a coleta de dados limitou-se até a 20<sup>a</sup> por ser um período que antecede a uma maior incidência de alterações que podem surgir, durante a gestação, e também por esta pesquisa possuir um caráter de prevenção e promoção da saúde. Ao final da pesquisa, as gestantes encontravam-se entre a 19<sup>a</sup> e 38<sup>a</sup> semana gestacional. Foram realizados 18 encontros semanais, os quais possuíam um caráter aberto quanto à participação, de acordo com as possibilidades de cada gestante, sendo sujeito de pesquisa aquelas que tiveram uma participação de, no mínimo, 6 encontros, pois aderiram ao grupo mais tardiamente.

A pesquisa teve como instrumentos uma avaliação fisioterápica para gestantes - AFG- (adaptada de diversos autores), contendo um item sobre avaliação postural e um questionário de qualidade de vida das gestantes - QVVG- aplicados no primeiro encontro e ao final da pesquisa. Todas as gestantes foram encaminhadas pela equipe do PSF e estavam cientes sobre os objetivos do estudo em concordância da participação através de suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [7-9,18,19].

Para alcançar os objetivos da pesquisa, os encontros com o grupo aconteceram semanalmente, nas dependências da UBS, por um período de aproximadamente 2 horas, com média de participação de quinze gestantes, sendo que oito delas cumpriam as exigências da amostra. Este grupo teve também a participação de duas estagiárias de psicologia e uma enfermeira da equipe. Em algumas datas, o médico da equipe discutiu sobre as alterações físicas da gestação e acadêmicas de nutrição orientaram sobre alimentação e amamentação. As estagiárias de psicologia participaram dos encontros ocorridos a partir de outubro, pois iniciaram um projeto com os grupos da UBS, realizando discussões e dinâmicas pertinentes às necessidades das gestantes, com ênfase nas modificações psicológicas na gestação, parto e puerpério.

Os encontros foram divididos em dois momentos, no primeiro, realizou-se cinesioterapia, direcionada às diferentes IG, para prevenção e tratamento das intercorrências dessas fases. Nesse momento, utilizaram-se exercícios de aquecimento, respiratórios, fortalecimento, alongamento e relaxamento. Verificavam-se os sinais vitais das gestantes, antes e após a cinesioterapia, para controlar qualquer alteração na mãe e no bebê. No segundo momento, realizaram-se discussões acerca dos temas que envolvem a saúde da mulher, como sexualidade, planejamento familiar, cuidados com o bebê, incontinência urinária e parto, objetivando promover a saúde através de orientações que possibilitaram o cuidado e o

autocuidado, assim como o preparo para o parto. Os temas foram abordados, na maioria das vezes, por meio de dinâmicas de grupo e discussões que valorizassem o conhecimento prévio das gestantes, bem como a criação de vínculo e troca de experiências entre as participantes.

Durante o período de pesquisa, foi realizada uma visita à Maternidade do Hospital de referência para a realização de partos normais no Município. As visitas tiveram como objetivo o conhecimento da rotina e equipe da Instituição diminuindo a insegurança da gestante quanto à sua internação e parto, prevenindo o ciclo medo-tensão-dor [20].

## Resultados e discussão

Primeiramente é importante analisar o local de moradia das participantes, pois todas residem em um bairro que, segundo o IBGE, abriga uma população que possui, em sua maioria, escolaridade entre a 1<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> série e renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos. Percebe-se que este bairro caracteriza-se por um nível sócio-econômico baixo, demonstrando a realidade em que as gestantes estavam inseridas.

Para a discussão dos dados, analisou-se o perfil das oito participantes da pesquisa. A média de idade das participantes foi de 25 anos com uma variabilidade em torno da média de 27%, 62,5% das gestantes eram casadas e 37,5% solteiras, 75% eram donas-de-casa e apenas 25% exerciam alguma atividade remunerada (autônomas).

Em relação ao número de gestações, 62,5% eram primíparas e 37,5% multíparas, sendo que 25% delas já sofreram abortos. Das 37,5% participantes multíparas, 66,67% realizaram parto normal e 33,33% delas realizaram parto normal e um parto cesáreo devido à gravidez múltipla. Todas as gestantes efetuaram no mínimo seis consultas de pré-natal na UBS de referência e apenas 25% do total das oito participantes praticavam atividade física regular.

O método anticoncepcional utilizado anteriormente à gestação foi, em 87,5% dos casos, o contraceptivo oral e, em 12,5%, o preservativo masculino. A gravidez foi planejada por 50% das participantes. Das 50% gestações não planejadas, 75% utilizavam o contraceptivo oral e 25% o preservativo. Nota-se que todas as participantes possuíam conhecimentos sobre os métodos anticoncepcionais, mas metade delas engravidou por alguma falha no uso, evidenciando, ainda, um déficit na informação desta população.

A análise da AFG mostrou que, na primeira avaliação, a incidência de câimbras era de 50%, variando de 2 a 3 vezes na semana até diariamente. A avaliação final mostrou que 37,5% das gestantes apresentaram câimbras com frequência de 1 a 2 vezes na semana. Percebe-se uma redução em 12,5% do número e frequência em que estas ocorriam.

Quando, inicialmente, questionadas sobre dispnéia, 62,5% das participantes responderam afirmativamente. Ao final da pesquisa, apenas 25% das participantes referiram tal sintoma. Nota-se uma grande redução já que este desconforto

cessou em 37,5% das participantes que possuíam dispnéia. Esta redução deve-se principalmente a associação de exercícios respiratórios a cinesioterapia e também a continuidade destes além dos encontros. Um dado importante foi o relato da participante que sofria de crises asmáticas:

“...após os exercícios respiratórios no grupo e em casa, parei de usar bombinha e não tive mais falta de ar...”

Com relação à constipação intestinal, 25% das mulheres possuíam este sintoma, sendo que, na segunda avaliação, 12,5% das gestantes continuaram a apresentá-lo. Esta redução de 12,5% deve-se à associação do exercício físico com as orientações sobre hábitos alimentares.

Uma característica marcante deste grupo foi a presença de um grande número de mulheres com incontinência urinária, pois 37,5% das gestantes referiram perdas de urina durante a tosse, espirros e aos esforços desde o período anterior à gestação. Na avaliação final, 25% destas gestantes referiram perdas esporádicas de urina aos esforços e outras 25%, do número total de participantes que não tiveram perdas, referiram ter ocorrido de 1 a 2 episódios de perdas urinárias nos meses finais da gestação. Esses episódios podem ser considerados normais levando-se em consideração o excesso de peso do útero sobre o assoalho pélvico e a atuação dos hormônios, durante a gestação, nesta musculatura. Percebeu-se que 100% das gestantes com perdas esporádicas eram múltiparas, evidenciando uma tendência à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico decorrente do número de gestações e partos vaginais.

Na avaliação postural evidenciou-se que inicialmente 75% das participantes apresentavam enrolamento de ombros, 75% hiperlordose lombar e 50% hiperextensão dos joelhos, levando-se em conta que algumas mulheres possuíam essas características posturais associadas. A avaliação final mostrou que apenas 25% apresentaram enrolamento de ombros, 25% hiperlordose e 50% hiperextensão de joelhos. 25% das participantes apresentaram alteração no centro de gravidade, não evidenciada na primeira avaliação. Baseado no deslocamento do centro de gravidade ocorrido durante a gestação, e sendo esse um mecanismo fisiológico, esses dados são considerados importantes, pois compensações posturais comuns neste período foram significativamente reduzidas ou mantidas estáveis.

**Tabela I** - Referente à questão do QQVG, sobre a interferência da dor no cotidiano das gestantes, participantes da pesquisa, tanto dentro como fora de casa.

Variáveis	Primeira aplicação do QQVG (%)	Segunda aplicação do QQVG (%)
De maneira alguma	12,5	25
Um pouco	87,5	50
Moderadamente	-	12,5
Bastante	-	12,5
Extremamente	-	-

O item dor foi abordado tanto na AFG como no QQVG. No primeiro consta a ausência ou presença de dor, o local e intensidade, mensurada pela Escala Visual Analógica da Dor, de 0 a 10 (sendo 0 a ausência de dor e 10 dor intensa). Já no segundo instrumento de pesquisa, pergunta-se o quanto, desde o início da gravidez, a dor interferiu no cotidiano, incluindo trabalho dentro e fora de casa (Tabela I) [21].

Na AFG inicial, apenas 12,5% das gestantes não referiram dor, as outras 87,5% referiram dor em algum local, destas 71,43% apresentaram dor na coluna lombar com intensidade variando entre 04 e 10, 14,3% cialgia de intensidade 08, 42,85% dor nos MMII com intensidade de 04 e 05, dor em toda a extensão da coluna em 14,3% dos casos com intensidade 04 e dor em baixo ventre em 42,85%, com intensidade variando de 03 a 07, considerando que algumas mulheres apresentaram algias associadas. Na segunda avaliação, 25%, do total das oito participantes, não referiram algias, das outras 75%, 33,34% apresentaram dor na coluna lombar com intensidade 02 e 10, 16,67% casos de dor nos MMII de intensidade 05 e em baixo ventre 33,34%, com intensidade de 06 e 08.

Notou-se que, além do aumento do número de mulheres que não apresentaram dor em 12,5%, a cialgia e a dor, em toda a extensão da coluna, desapareceram na avaliação final. Quanto à dor na coluna lombar, baixo ventre e MMII houve diminuição na incidência de todas, mas apenas na coluna lombar a intensidade também diminuiu, já em baixo ventre houve aumento da intensidade, entendendo-se que a maioria das gestantes encontrava-se no terceiro trimestre. Quanto à intensidade da dor nos MMII não houve qualquer alteração.

Observa-se que na Tabela I a dor interferiu significativamente no trabalho das participantes, uma vez que no questionário inicial a dor não foi tão expressiva quanto no final. Ao mesmo tempo, a AFG mostra diminuição no quadro algico destas mulheres, porém estas algias, aliadas às modificações fisiológicas, interferiram no trabalho normal destas gestantes.

A questão referente à vitalidade do QQVG engloba quatro subitens relativos ao vigor, cansaço, energia e disposição das gestantes. Para avaliar essa questão, utilizou-se uma média dos escores dos subitens apresentados. Na primeira aplicação do questionário, o índice de vitalidade correspondeu a 71,35%, já na segunda, esse dado reduziu para 67,2%. Percebe-se redução no nível de vitalidade, sendo esse dado coerente, visto que na primeira aplicação do QQVG essas mulheres estavam no período inicial da gestação e à medida que ocorre o crescimento útero-abdominal, aumento de volume nas mamas e o aumento de peso da gestante, há uma interferência na disposição e energia das mesmas.

**Tabela II** - Referente à questão do QQVG sobre a manifestação das gestantes, participantes da pesquisa, em relação a problemas apresentados com o seu trabalho ou alguma atividade de vida regular, como consequência da saúde física.

Variáveis	Primeira aplicação do QQVG (%) *Sim	Segunda aplicação do QQVG (%) *Sim
Realizou menos tarefas que você gostaria	88	88
Apresentou dificuldade para realizar o seu trabalho ou outras atividades	38	63

\*O percentual foi calculado sobre o total de gestantes

Já na questão que aborda a relação entre os problemas apresentados com o trabalho ou alguma atividade de vida regular com a saúde física das gestantes (Tabela II), notou-se um aumento de 25% nas gestantes que apresentaram dificuldades em seu trabalho e outras atividades. Esse fato se justifica pela diminuição da vitalidade discutida anteriormente. Porém, não houve redução do número de tarefas realizadas entre a primeira e a segunda aplicação do QQVG, ou seja, mesmo com maior dificuldade elas não deixaram de realizar suas tarefas.

**Tabela III** - Referente à questão do QQVG sobre como a saúde física ou problemas emocionais interferiram nas atividades sociais normais das participantes da pesquisa em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo.

Variáveis	Primeira aplicação do QQVG (%)	Segunda aplicação do QQVG (%)
De forma alguma	25	25
Ligeiramente	12,5	25
Moderadamente	12,5	37,5
Bastante	50	12,5
Extremamente	-	-

Quanto à interferência da saúde física ou problemas emocionais nas atividades sociais cotidianas da gestante (Tabela III), percebe-se uma menor interferência da gestação nestas atividades. Esse é um dado muito importante, visto que no último trimestre gestacional ocorre um aumento na ansiedade e medo pela proximidade do parto e com as transformações após o nascimento do bebê, podendo fazer com que a gestante diminua suas atividades sociais. Sabe-se da relevância deste convívio social, principalmente, em atividades coletivas, proporcionando maior troca de experiências, evidenciada no relato de uma das participantes:

“...o grupo é importante para nós que vamos ter o primeiro filho, pois ganhamos e trocamos conhecimentos...”

Este relato nos faz refletir sobre a necessidade de programas que gerem educação em saúde, pois estes oportunizam a troca de conhecimentos entre usuários e profissionais da

saúde, respeitando crenças e culturas. A socialização destes conhecimentos traz um maior entendimento das modificações ocorridas na gestante, diminuindo medos e tensões pertinentes à gestação, fazendo com que este momento seja vivenciado em sua plenitude.

## Conclusão

Os resultados desta pesquisa permitiram descrever o quanto a atuação da fisioterapia e as ações em educação em saúde podem trazer benefícios para a qualidade de vida da mulher durante sua gestação, parto e período pós-parto.

A partir dos instrumentos de coleta de dados utilizados, notaram-se dados importantes como a redução na incidência de câimbras, algias, dispnéia, frequência de perdas urinárias e constipação intestinal, como também redução ou não alteração das compensações posturais comuns na gestação. Devido à redução das algias, as gestantes não diminuíram suas tarefas cotidianas, mesmo possuindo maior dificuldade em realizá-las. Da mesma maneira, as gestantes mantiveram seu convívio social, o que propiciou uma vivência plena da maternidade.

Nota-se com isso a importância de ações coletivas que visam prevenir e promover a saúde. Esse tipo de proposta mostra claramente que é possível transformar a atual realidade curativista, fazendo-se necessários maiores investimentos nessas ações. Sendo assim, é indispensável a educação em saúde, pois esta proporciona o entendimento de que a saúde é responsabilidade de todos, gerando autonomia e maior resolutividade dos cuidados em saúde. Este entendimento, quando extensivo à gestação, permite pensar a assistência de forma interdisciplinar, para, assim, prevenir as intercorrências e preparando-as para a maternidade.

Para a obtenção dos resultados desta pesquisa, foi necessário estabelecer vínculo, confiança e respeito mútuo entre as participantes, equipe e pesquisadoras, assim como a adoção de cuidado e autocuidado por parte das gestantes.

## Referências

1. COFFITO. Definição de fisioterapia [online]. [citado 2005 Out 20]. Disponível em: URL: <http://www.coffito.org.br/textos>
2. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: MS; 2003.
3. Dominguez BNR. O Programa de Saúde da Família – como fazer. São Paulo: Parma; 1998.
4. Ministério da Saúde. O que é o PSF [online]. [citado 2005 Abr 25]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br/saudedafamilia>
5. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal – manual técnico. 3a ed. Brasília: MS; 2000.
6. Maldonado MT. Psicologia da gravidez – parto e puerpério. São Paulo: Saraiva; 2002.
7. Souza ELBL. Fisioterapia aplicada à obstetrícia – aspectos de ginecologia e neonatologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.

8. Stephenson RG, O'Connor LJ. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. 2a ed. São Paulo: Manole; 2004.
  9. Polden M, Mantle J. Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Santos; 2002.
  10. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos-fundamentos e técnicas. São Paulo: Manole; 1998.
  11. Martins RF, Silva JLP. Algias posturais na gestação: prevalência, aspectos biomecânicos e tratamento. *Femina* 2003;31:163-67.
  12. Sperandio FF, Santos GM, Pereira F. Características e diferenças da dor sacroilíaca e lombar durante a gestação em mulheres primigestas e multigestas. *Fisioter Bras* 2004;5(4):267-71.
  13. Ferreira CHJ, Nakano AMS. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento acerca da lombalgia na gestação. *Rev Latinoam Enfermagem* 2001;9:95-100.
  14. Grosse D, Sengler J. Reeducação perineal. São Paulo: Manole; 2002.
  15. Oliveira SL. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira; 2001.
  16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1997.
  17. Delfino MRR. Para além da assistência integral. Os grupos de gestantes como espaços privilegiados de promoção da saúde. In: Delfino MRR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual – coletiva. Santa Catarina: UNISUL; 2003.
  18. Alvarenga FO, Inque PZ. Avaliação da qualidade de vida em gestantes adolescentes na prática de Watsu [monografia]. São Paulo: Universidade Cidade São Paulo; 2004.
  19. Santos A. Diagnóstico clínico postural - um guia prático. 2a ed. São Paulo: Summus; 2002.
  20. Equipe técnica do projeto luz (JICA/SESA). Manual do parto humanizado. Fortaleza: JICA/SESA; 2000.
  21. Morelli JGS, Rebelatto JR. Fisioterapia geriátrica – a prática da assistência ao idoso. 1a ed. São Paulo: Manole; 2004.
-