



**Universidade
Potiguar**

**UNIVERSIDADE POTIGUAR – UNP
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**DORLÂNDIA PAIVA DORNELES
GILVANNA OLIVEIRA DE AQUINO MOMCILOVIC**

**A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA
NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO DE
LITERATURA**

NATAL / RN

2021

DORLÂNDIA PAIVA DORNELES
GILVANNA OLIVEIRA DE AQUINO MOMCILOVIC

**A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA
NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Potiguar (UNP), como parte integrante de avaliação na disciplina TCC e requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Livia Oliveira Bezerra
Coorientadora: Raylane da Costa Oliveira

NATAL / RN

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

S586s Dorneles, Dorlândia Paiva / Momcilovic, Gilvanna Oliveira de Aquino.

A importância da presença do profissional fisioterapeuta na assistência ao trabalho de parto: revisão de literatura. / Dorlândia Paiva Dorneles; Gilvanna Oliveira de Aquino Momcilovic.

Natal, 2021. 27f.

Orientadora: Prof.^a Lívia Oliveira Bezerra

Coorientadora: Raylane da Costa Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) –
Universidade Potiguar – UNP, 2021.

1. Fisioterapia. 2. Trabalho de parto. 3. Dor do parto. 4. Parto.

UNP / 2021

CDU – 658:004

FOLHA DE APROVAÇÃO

A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à disciplina TCC do curso de Fisioterapia da Universidade Potiguar, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Livia Oliveira Bezerra
Coorientadora: Raylane da Costa Oliveira

APROVADO EM: ___/___/___

NOTA: ____

Prof.^a Ms. Livia Oliveira Bezerra
Orientadora interna – UNP

Raylane da Costa Oliveira
Coorientadora interna – UNP

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Aurea e Delmo pelo apoio e ajuda durante esses cinco anos de curso, acreditando em mim e me dando suporte para que tudo isso fosse finalizado.

À minha amiga e dupla Gilvanna pelo carinho e companheirismo nessa última etapa dessa jornada, pelo apoio e compreensão em tantos momentos de cansaço.

À nossa orientadora e coorientadora Professora Livia e preceptora Raylane pela paciência e dedicação de nos guiar até a finalização deste TCC, que sem as quais não teria sido possível.

Dorlândia Paiva Dorneles

Primeiramente, agradeço a Deus por estar ao meu lado a todo instante, por ter me ouvido e proporcionado paz ao meu coração sempre que precisei. Entreguei todos os meus anseios e angústias, e aqui escrevo com muita emoção e gratidão, por Ele ter me assegurado que sou capaz de realizar grandes sonhos.

À minha mãe Ana Maria, pelo amor incondicional, ensinamentos, confiança e cuidados para comigo. Ao meu pai Gilvan, que mesmo distante, diariamente orou por essa conquista. Ao meu irmão Guilherme, o qual tenho um enorme carinho e quem me ajudou com as tecnologias durante os desafios da pandemia. Ao meu amor, Pierre Momcilovic, companheiro de todas as horas, meu confidente e marido que sempre me apoiou, confiou, incentivou, suportou tempestades e primaveras ao meu lado, durante esse ciclo de graduação. E agora, ao nosso(a) futuro(a) filho(a) o qual carrego em meu ventre e que já me traz muitas alegrias.

Gratidão por acreditarem em mim, até mesmo quando eu me senti incapaz. Essa conquista é nossa, vocês são meu alicerce de vida!

Para a concretização deste trabalho, algumas pessoas foram fundamentais e meu coração, realmente, só expressa gratidão por todo apoio e incentivo, pois a batalha não foi fácil, mas graças a Deus conseguimos.

À minha amiga e dupla Dorlândia, que mesmo em meio a pandemia e a tantos outros desafios, sempre esteve ao meu lado, somando forças e acreditando que juntas faríamos um bom trabalho.

À nossa orientadora e coorientadora Prof.^a Livia e preceptora Raylane, pelos incentivos, colaborações, ensinamentos, dedicação e tranquilidade durante a elaboração deste trabalho.

Agradeço de modo geral, também, a todos que foram meus professores, preceptores, aos colegas e amigos que nesses cinco anos estiveram comigo e contribuíram para a minha formação.

Gilvanna Oliveira de Aquino Momcilovic

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	2
2.1 Histórico da evolução do parto	2
2.2 Trabalho de parto	4
2.2.1. Dilatação	5
2.2.2. Expulsão.....	6
2.2.3. Dequitação	6
2.3 Mecanismo do parto	6
2.4. Fisioterapia na assistência ao trabalho de parto	8
3. METODOLOGIA.....	9
4. RESULTADOS	9
5. DISCUSSÃO	11
6. CONCLUSÃO.....	13
REFERÊNCIAS	15
APÊNDICE	17

A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO: Revisão de Literatura¹

THE IMPORTANCE OF THE PRESENCE OF THE PHYSICAL THERAPIST IN ASSISTANCE IN LABOR: Literature Review¹

Dorlândia Paiva Dorneles²
Gilvanna Oliveira de Aquino Momcilovic²
Prof. Lívia Oliveira Bezerra³
Raylane da Costa Oliveira⁴

RESUMO

Introdução: O parto é um acontecimento que provoca expectativas desde o início da gravidez e marca profundamente a vida das mulheres, quer por sentimentos positivos ou negativos. Pensando no atual cenário de assistência à parturiente no Brasil, nada melhor que evidenciar a importância do profissional fisioterapeuta na assistência ao trabalho de parto, visto que este pode auxiliar no preparo do corpo, obter sucesso durante o parto reduzindo as disfunções uroginecológicas, morbimortalidade materno-infantil, melhorar satisfação materna e trazer mais humanidade a essa assistência. **Objetivo:** Realizar um levantamento literário de como a fisioterapia pode atuar na assistência à parturiente, bem como descrever e discutir a relevância das ações da fisioterapia para a diminuição da dor, redução do tempo de trabalho de parto e da real necessidade em se ter fisioterapeutas nas maternidades. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, de natureza básica e estudo qualitativo com análise descritiva sobre a atuação da fisioterapia no trabalho de parto ativo e expulsivo. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), PUBMED (Publicações Médicas), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e ScienceDirect. Os descritores utilizados para a busca e reconhecimento dos artigos, de acordo com o Decs (Descritores em Ciências da Saúde) foram: fisioterapia, trabalho de parto, dor do parto, parto, physiotherapy, obstetric labor, childbirth, sendo utilizados os seguintes booleanos: AND, de acordo com dois idiomas selecionados, português e inglês. **Resultados:** Na busca realizada em agosto de 2021, foram

¹ Artigo apresentado à Universidade Potiguar, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

² Graduando em Fisioterapia pela Universidade Potiguar – E-mail: dorlandia@gmail.com

Graduando em Fisioterapia pela Universidade Potiguar – E-mail: gilvanna.momcilovic@gmail.com

³ Professora-Orientador. Mestrando em Mestrado em fisioterapia – 2018, Doutoranda em fisioterapia, Docente na Universidade Potiguar – E-mail: livia.bezerra@unp.br.

⁴ Professor-Coorientador. Especialização em Fisioterapia Materno Infantil. Preceptora na Universidade Potiguar – E-mail: raylane.oliveira@unp.br.

encontrados 10 artigos no site da base de dados Scielo, 24 artigos na base de dados BVS, 2.165 artigos na base de dados ScienceDirect e 10 artigos na base de dados Pubmed. Por fim, foram selecionados 7 artigos. **Conclusão:** Com base na análise dos artigos estudados, chega-se à conclusão do quanto é importante a presença do profissional fisioterapeuta na assistência à saúde das parturientes, nas equipes multiprofissionais e nas maternidades.

Palavras-chave: fisioterapia; trabalho de parto; dor do parto; parto.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth is an event that raises expectations since the beginning of pregnancy and deeply marks women's lives, whether through positive or negative feelings. Thinking about the current scenario of assistance to parturient women in Brazil, nothing better than highlighting the importance of the physiotherapist in labor assistance, as this can help in the preparation of the body, achieve success during childbirth, reducing urogynecological dysfunctions, maternal morbidity and mortality child, improve maternal satisfaction and bring more humanity to this care. **Objective:** To carry out a literary survey of how physiotherapy can act in the care of parturient women, as well as to describe and discuss the relevance of physiotherapy actions to reduce pain, reduce the time of labor and the real need to have physiotherapists in the maternity hospitals. **Methodology:** This is a literature review, of a basic nature and qualitative study with descriptive analysis on the role of physiotherapy in active and expulsive labor. The following databases were used: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences Information), PUBMED (Medical Publications), BVS (Virtual Health Library) and ScienceDirect. The descriptors used for the search and recognition of the articles, according to the Decs (Descriptors in health sciences) were: physiotherapy, labor, labor pain, childbirth, physiotherapy, obstetric labor, childbirth, using the following Booleans: AND, according to two selected languages, Portuguese and English. **Results:** In the search carried out in August 2021, 10 articles were found on the Scielo database website, 24 articles on the BVS database, 2165 articles on the ScienceDirect database and 10 articles on the Pubmed database. Finally, 7 articles were selected. **Conclusion:** Based on the analysis of the studied articles, it is possible to conclude how important the presence of the physiotherapist professional is in the health care of parturient women, in multidisciplinary teams and in maternity hospitals.

Keywords: physiotherapy; obstetric labor; childbirth.

1. INTRODUÇÃO

O parto é um acontecimento que provoca expectativas desde o início da gravidez e marca profundamente a vida das mulheres, quer por sentimentos positivos ou negativos (RONCONI et al.,2010). A satisfação das mulheres com o parto está intimamente relacionada com numerosos fatores, dos quais se salienta a cultura, as experiências, as expectativas, os conhecimentos e, particularmente, a atenção e os cuidados recebidos durante o parto (LOPES et al., 2005). Além disso, o parto é um fenômeno natural presente na história da existência humana, e que com a evolução do conhecimento e medicina passou a ser medicalizado. Tal fato ameaçou a capacidade feminina inata de dar à luz, minimizando a confiança feminina para o autocuidado no decorrer deste fenômeno. Entretanto, nos últimos anos, em relação ao parto, a autonomia e espontaneidade vem sendo resgatadas pela própria parturiente e tem-se desenvolvido uma nova percepção sobre o efeito de determinadas práticas em obstetrícia, resultando no incentivo de práticas que permitam o empoderamento da mulher e a maior participação nas decisões do trabalho de parto.

Para Baracho (2018), o trabalho de parto é um simples processo pelo qual o feto é expulso pelo útero. O que dá início a esse processo é desconhecido: existem várias teorias que discordam sobre o tempo de vida da placenta e/ou alguma resposta dada pelo tamanho do feto aumentado. O início dele caracteriza-se por três acontecimentos: ruptura do saco amniótico, surgimento de sangramento ou de contrações que se tornam cada vez mais fortes e rítmicas.

No que tange o mecanismo de parto, diz-se que este é um conjunto de movimentos realizados pelo feto durante a sua passagem pelo canal do parto. Consiste em seis etapas ou tempos conhecidos como: insinuação, descida, rotação interna, deflexão ou desprendimento cefálico, rotação externa e expulsão ou desprendimento total do feto. Dentre esses seis tempos, três são de grande relevância para o trabalho de parto: descida, rotação interna e deflexão ou desprendimento cefálico.

São grandes os benefícios da assistência do fisioterapeuta no momento do trabalho de parto, além de contribuir com a equipe interprofissional. Sendo assim, cabe ao fisioterapeuta nesse estágio, avaliar como está a parturiente e de acordo com a sua situação, prescrever e executar recursos terapêuticos não farmacológicos que auxiliam com a progressão e alívio da dor durante o trabalho de parto, assim como o aumento da dilatação progressiva do colo uterino, que irá facilitar a saída do bebê; orientações quanto à respiração e a força adequada a ser utilizada; e o posicionamento durante o parto propriamente dito. Desta forma, diante de tantas evidências, é possível observar como é rica a presença do fisioterapeuta, e o quanto deve ser

valorizada, tendo em vista que vem aumentando e se tornando de grande importância, pois seus recursos e atuação trazem uma humanização da assistência (ABRAFISM, 2020).

O presente artigo justifica-se com base no atual cenário do sistema de saúde brasileiro, onde há uma resistência em algumas localidades perante a atuação de fisioterapeutas no âmbito da assistência ao parto. Portanto, sentimos a necessidade de expor a importância desse profissional na assistência à parturiente, visto que o fisioterapeuta detém conhecimentos, intervenções biomecânicas e respiratórias que, associadas ao momento fisiológico, levam a um melhor conforto e agilidade durante o parto. Sendo assim, a preocupação do fisioterapeuta com a saúde e modificações musculoesqueléticas da parturiente é de extrema necessidade, pois ele pode auxiliar no preparo do corpo e obter sucesso durante o parto. Ressalta-se ainda que, a assistência adequada à gestação e ao parto é essencial para reduzir os índices de disfunções uroginecológicas e morbimortalidade materno-infantil.

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi realizar um levantamento literário de como a fisioterapia pode atuar na assistência a parturiente. Além de uma análise da anatomia e do comportamento biomecânico da pelve, durante a fase ativa e expulsiva do trabalho de parto, buscou-se também, analisar os recursos fisioterapêuticos que visam contribuir para a redução das dores, bem como descrever e discutir a relevância das ações da fisioterapia para a redução do tempo de trabalho de parto e da real necessidade em se ter fisioterapeutas nas maternidades.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Histórico da evolução do parto

Foram muitas as transformações pelo qual o trabalho de parto tem passado ao longo do tempo, transitando de um evento que envolvia a presença de parteiras, famílias e amigas, para um evento que só envolvia equipes médicas dentro de um ambiente hospitalar, de algo que era normal a um evento regado, se diferenciando ao longo do tempo em seus métodos e costumes nas diversas culturas existentes.

Até o século XVII, a medicina não possuía muito conhecimento sobre o parto, e as parteiras eram aquelas que detinham todo o conhecimento necessário para dar essa assistência, sendo o médico chamado apenas em situações de partos difíceis, mas ainda era de responsabilidade da mulher e da família decidir quem iria fazer o parto e como iria ser feito. Mas tudo começou a mudar quando foi criado o fórceps, instrumento que extraia os bebês em partos considerados difíceis, ocorrendo no período entre o século XVI e XVII, tendo ele sido

importante para salvar muitas vidas de mães e bebês nesse período, já que era uma boa alternativa à cesárea. Naquela época, o índice de mortalidade materno infantil durante esse procedimento era elevado, e junto com esse avanço da medicina as parteiras foram perdendo lugar, sendo substituídas pelo cirurgião na assistência ao parto. Outro fator ocorrido nesse período, que contribuiu muito para esse afastamento, foi a caça às bruxas, onde as parteiras passaram a ser perseguidas por causarem incômodos e afrontarem autoridades ao dar assistência e intervir com conselhos, amenizando dores em um período em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original, e dessa forma as mulheres foram sendo desapropriadas dessa função. Logo após a esses acontecimentos, foi iniciado a medicalização do parto com anestesia, sendo usada em conjunto com a cesárea, e no século XIX a cesárea já não representava mais tanto risco (VENDRÚSCOLO, et al; 2016).

Com a chegada do século XX, o parto foi se tornando institucionalizado e a parturiente acabou sendo afastada de sua família e sua rede social, devido às estruturas hospitalares, naquele período, serem feitas para atender as necessidades dos profissionais de saúde. Dessa forma, o parto passou de um evento que ocorria no lar a ser um evento cheio de normas e estadias em quartos coletivos sem privacidade. Nesse ambiente foi se perdendo a autonomia até mesmo de escolher a posição de parir, passando a ser normalmente adotada a posição de litotomia para tornar mais confortável para o médico utilizar seus instrumentos (VENDRÚSCOLO, et al; 2016).

No início dos anos 60, iniciou-se a utilização da anestesia peridural para facilitar o parto sem dor, mas ainda assim continuava sendo um ambiente muito estressante para a mulher por se tratar de um ambiente desconhecido, com pessoas desconhecidas, e sem total ligação com seu espaço familiar, afinal de contas muito havia se ganhado na questão de tecnologia, porém muito havia se perdido com relação a um ambiente acolhedor. Mas apesar de tudo, a obstetrícia moderna deixou mais seguro partos que, outrora eram difíceis e acabavam na morte da parturiente e seu bebê, por serem realizados em hospitais com equipes especializadas. A aplicação para peridural também abriu as portas para que o pai fosse aceito na sala de parto (VENDRÚSCOLO, et al; 2016).

Na década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar um modelo de assistência obstétrica que resgata o direito à privacidade e dignidade da mulher, para dar à luz num lugar semelhante ao ambiente familiar, podendo ter um trabalho de parto ativo e participativo, também sendo oferecido recursos tecnológicos apropriados e a presença de seus acompanhantes de escolha (OMS, 1996).

Em 2000, teve início uma iniciativa no Brasil de um Programa de Humanização da Atenção Pré-Natal e do Parto, pela portaria 569 do Ministério da Saúde. O objetivo deste programa era implementar as melhores práticas durante o parto baseadas em evidências, com o intuito de reduzir as intervenções cirúrgicas e criar incentivos para o parto vaginal (GALLO et al, 2018).

Em junho de 2011, o programa Rede Cegonha foi lançado pelo Ministério da Saúde do Brasil para abordar a mortalidade materna, a violência obstétrica e a baixa qualidade da assistência ao parto no setor público de saúde. Ações foram realizadas para ampliar e aprimorar o planejamento reprodutivo e pré-natal, com foco na assistência humanizada durante a gestação, parto e puerpério. Essa estratégia promoveu o aumento da oferta de cursos de residência e especialização na área da saúde da mulher e da criança. Também promoveu a capacitação de profissionais para o funcionamento dos Núcleos Hospitalares e das Comissões de Vigilância Materna, Infantil e Fetal. Mais de 600 maternidades públicas (ou do Sistema Único de Saúde - SUS) foram envolvidas nesse processo.

Em 2015, o Programa de Parto Adequado foi lançado pela Agência Reguladora Nacional de Planos e Seguros Privados de Saúde (ANS), por meio de um acordo de cooperação técnica entre a ANS, o Instituto de Melhoria da Saúde (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil. O Parto Adequado é um projeto de melhoria da qualidade que oferece suporte institucional, científico e metodológico às instituições hospitalares que desejam reorganizar seus modelos de atenção ao parto e nascimento. As estratégias de programas de parto adequado têm uma abordagem sistêmica, com base em experiências bem-sucedidas de redução de cesarianas no setor privado. Incluem quatro eixos principais: governança, empoderamento feminino, monitoramento de indicadores e reorganização da estrutura e dos processos de atenção. Na primeira fase do Parto Adequado, participaram 35 hospitais ao longo de 18 meses. Os resultados iniciais inspiraram o lançamento da segunda fase, iniciada em maio de 2017 com a participação de 137 hospitais e 65 convênios de saúde.

2.2 Trabalho de parto

O parto é caracterizado por contrações da musculatura lisa miométrial, cujo objetivo é promover a dilatação do colo uterino e a expulsão do feto por meio dos mecanismos de adaptação ao canal de parto (Baracho, 2018).

Para Resende (2014), deve-se também diferenciar o verdadeiro do falso trabalho de parto. O reconhecimento do primeiro consiste na presença de contrações uterinas que ocorrem

uma a cada três a cinco minutos, com duração de 20 a 60 segundos, em intervalos regulares que aumentam gradativamente no que se refere à frequência e intensidade. Há que se destacar que, uma vez iniciado o trabalho de parto, as contrações uterinas não cessam e, conseqüentemente, o colo uterino dilata.

O trabalho de parto é um evento fisiológico contínuo, mas que pode ser dividido em períodos distintos, a fim de permitir a estruturação de conceitos e condutas de acordo com cada etapa. Segundo Baracho (2018), do ponto de vista da assistência à gestante, o trabalho de parto no aspecto assistencial pode ser dividido em três fases clínicas: dilatação, expulsão, dequitação e uma fase de observação.

2.2.1. Dilatação

A primeira etapa do trabalho de parto caracteriza-se pelo processo de apagamento e dilatação do colo uterino em decorrência das contrações uterinas e pressão interna do polo fetal. As contrações uterinas fazem surgir entre a apresentação fetal e o colo uterino uma cunha formada pela bolsa de águas, contendo líquido amniótico. Esta cunha, pressionada pela contração uterina, irá facilitar o apagamento e a dilatação do colo uterino (CABRAL, et al; 2010, p. 214).

A fase latente apresenta como característica contrações mais eficazes em termos de coordenação e intensidade sem, contudo, determinar modificações significativas na dilatação cervical. Apesar de ser difícil estabelecer exatamente a duração fisiológica do parto, o tempo é um dos parâmetros mais importantes para identificar alterações na evolução do parto. Assim, de forma geral, segundo Friedman, “a fase latente normalmente dura 8 horas, porém com variações conforme a paridade e mesmo entre gestantes de mesma paridade”. A dilatação nessa fase é em torno de 0,35 cm/h, e sua evolução e duração dependem das modificações que ocorrem nas duas semanas que precedem o parto. Todavia, a fase latente será considerada prolongada quando durar mais que 20 horas em primíparas e mais que 14 em multíparas (ZUGAIB,2016). Para Barracho (2018) a fase latente apresenta como característica contrações mais eficazes (em termos de coordenação e intensidade), sem, contudo, determinar modificações significativas na dilatação cervical. É considerada como prolongada quando alcança duração superior a 20h em nulíparas e 14h em multíparas.

A fase ativa inicia-se com as mudanças na velocidade de dilatação cervical, sendo seu início com 6 cm de dilatação. Atualmente, são consideradas como velocidades normais de dilatação cervical nesta fase 0,7 cm/h para nulíparas e 0,5 a 1,3 cm/h em multíparas (BARACHO,2018).

2.2.2. Expulsão

Na segunda fase do parto, denominada expulsão ou segundo período, o feto é expelido do útero através do canal de parto por meio da ação conjugada das contrações uterinas e das contrações involuntárias dos músculos abdominais (puxos). Nesse período, ocorre a maioria dos fenômenos mecânicos do parto e o canal de parto é completamente formado, ou seja, o segmento inferior do útero, o canal cervical totalmente dilatado e a vagina formam uma única cavidade. Assim, o segundo período tem início com a dilatação completa e se encerra com a saída do feto (ZUGAIB, 2016).

Conceitos recentes demonstram que sua duração é variável e que o aspecto mais importante a ser avaliado é a vitalidade fetal, sendo considerado fisiológico o período de 3 h para nulíparas e 2 h para multíparas (BARACHO,2018).

2.2.3. Dequitação

Nesse período, também chamado secundamento ou dequitadura, o útero expelle a placenta e as membranas (após o nascimento do feto). Assim, após o descolamento de seu leito uterino, a placenta desce através do canal de parto e é expelida pela rima vulvar. Seu descolamento ocorre em virtude da diminuição do volume uterino depois da expulsão fetal, associada às contrações uterinas vigorosas e indolores (ZUGAIB,2016).

A dequitação ocorre entre 10 minutos e 1 hora após o parto. Fisiologicamente, sabe-se que ela deve ocorrer dentro de 20 a no máximo 30 minutos. Porém, em 80% dos partos a dequitação se dá nos primeiros 10 minutos (ZUGAIB,2016).

Ao fim da dequitação, inicia-se o período de observação, também considerado como quarto período por alguns autores, que compreende a primeira hora após o nascimento. Nesse momento observam-se o volume de sangramento uterino da paciente e a contratilidade uterina. É considerado de extrema importância no acompanhamento do parto, uma vez que as hemorragias compreendem uma das principais causas de morte materna em todo o mundo (BARACHO,2018).

2.3 Mecanismo do parto

Em decorrência das diferentes dimensões dos diâmetros da bacia e do próprio pólo fetal, para descer na pelve, o feto necessita realizar uma série de movimentos, conhecidos como tempos do mecanismo de parto, sendo estes: insinuação, descida, rotação interna, desprendimento cefálico, rotação externa e expulsão. Alguns desses tempos são absolutamente indispensáveis para o parto transpélvico, já outros acontecem algumas vezes, sendo acessórios

em certas ocasiões. De todos os tempos do mecanismo do parto, três são indispensáveis: descida, rotação interna e deflexão (BARACHO, 2018).

O primeiro tempo, também conhecido por insinuação, é quando o vértice do polo cefálico atinge o estreito superior da pelve. Em seguida, há o encaixamento, onde a grande circunferência do polo cefálico ultrapassa o estreito superior. Logo após ocorre a flexão, onde o polo cefálico, ao atingir o estreito superior da pelve, sofre uma flexão sobre o seu próprio eixo. Em consequência dessa flexão, o diâmetro do polo cefálico que penetra e desce na pelve é o suboccipitobregmático, o menor de todos. Nessas circunstâncias, a descida pela pelve é rápida, sem necessidade de qualquer tipo de rotação. Além disso, nota-se que essa flexão é rara no início do trabalho de parto. No segundo tempo ou descida, o polo cefálico desce desde o estreito superior até o estreito inferior, sendo este um dos tempos indispensáveis do mecanismo de parto. Vale ressaltar que, na maioria das vezes, para que ocorra a descida do polo cefálico, ele sofre movimentos de rotação dentro da pelve óssea adentrando assim na rotação interna. Sendo assim, nesse terceiro tempo ou rotação interna, à medida que o polo cefálico vai descendo na pelve, sua sutura sagital vai rodando até se posicionar na direção do diâmetro anteroposterior, portanto essa rotação é indispensável para que o parto ocorra pela via transpélvica, desta forma a descida e rotação interna acontecem simultaneamente. Posteriormente, no quarto tempo ou desprendimento cefálico, ocorre quando o polo cefálico, ao completar a descida e a rotação interna, sofre um movimento de deflexão sobre seu eixo, fazendo com que o occipital se posicione na margem inferior da sínfise púbica, tempo também indispensável do parto. No quinto tempo ou rotação externa, o movimento acontece com o polo cefálico já exteriorizado e consiste na sua rotação, de modo que o occipital que se desprende no diâmetro anteroposterior gire para o mesmo lado em que está a coluna cervical. E o último tempo do mecanismo de parto, tido pelo termo expulsão ou desprendimento, é compreendido como sendo a saída de todo o feto pelos genitais externos.

Sendo assim, para avaliar a descida fetal, observa-se que as contrações rítmicas com o apagamento/dilatação do colo uterino promovem a descida do polo cefálico pelo canal do parto pelos planos de De Lee. Inicialmente nos planos negativos (-3, -2, -1), ao atingir o plano zero, indica que houve encaixamento, e nos planos positivos (+1, +2) ocorre a rotação interna, estando então preparado para o desprendimento, no período expulsivo (CABRAL, et al; 2010, p. 214).

2.4. Fisioterapia na assistência ao trabalho de parto

No momento atual, a assistência profissional no processo do parto tem sido voltada mais para as necessidades das instituições e não das parturientes, e isso vem sendo bastante discutido, em que o processo de gestar e parir deve ser percebido como um evento biopsicossocial, trazendo procedimentos que possibilitam a participação ativa da mulher, tendo como benefícios promoção a saúde, proteção ao nascimento e tornar a experiência muito mais satisfatória para a mulher. Apesar do acompanhamento do fisioterapeuta durante o trabalho de parto não ser uma prática incluída na nossa sociedade e nem no sistema de saúde, esse profissional tem muito a agregar, trazendo a importante função de orientar e conscientizar a mulher durante esse processo, para que ela possa desenvolver toda a sua potencialidade, mantendo-se calma e relaxada durante todo o trabalho de parto. Assim a fisioterapia intervém valorizando a responsabilidade da gestante a uso ativo do próprio corpo, conscientizando a mulher de que seu corpo ativo pode ser uma ferramenta para facilitar seu trabalho de parto e trazer mais satisfação durante essa experiência, a qual envolve a interação de fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e apoio da equipe (BAVARESCO, 2011).

As técnicas fisioterapêuticas utilizadas durante o trabalho de parto proporcionam conforto, alívio da dor, relaxamento e confiança com relação ao próprio corpo. Tudo isso é alcançado através de estímulo à deambulação, adoção de posturas verticais, exercícios respiratórios, neuro eletroestimulação transcutânea (TENS), massagens, banhos quentes, crioterapia e relaxamento, entre outras técnicas disponíveis (BAVARESCO, 2011). Logo, é importante otimizar este processo fisiológico, facilitando movimentos articulares e musculares, colaborando com a contração e relaxamento do assoalho pélvico (CANESIN,2010).

Durante o período de descida fetal, o fisioterapeuta estimula o movimento de caminhar associado à ação da gravidade, para ajudar a aumentar o canal de parto. A posição vertical é a que possui menor irregularidade durante a contração uterina devido a melhor irrigação do útero, e previne oclusão da aorta e veia cava, deixando seguro o intercâmbio materno-fetal e diminuindo assim o risco de ocorrer sofrimento fetal. Outras posturas também são estimuladas pelo fisioterapeuta: ajoelhada, sentada, quatro apoios, sentada em cadeiras especiais, inclinada para frente apoiada em uma parede, segurando-se a uma corda presa ao teto ou a uma barra, posição de Simms (decúbito lateral esquerdo) ou cócoras sustentada. O fisioterapeuta orienta todas essas posições para proporcionar relaxamento da musculatura dorsal, do assoalho pélvico e do canal vaginal, todos esses fatores beneficiam o período de postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, e diminui assim a duração do período de dilatação, do período expulsivo,

da utilização de analgesia e melhora a dinâmica de contratilidade uterina (BAVARESCO, 2021).

Durante os intervalos das contrações, o fisioterapeuta estimula respirações profundas, devido ao fato disso produzir um efeito calmante, além de prevenir que haja um alongamento súbito do períneo, possibilitando um desprendimento suave e relaxado da cabeça fetal, essa intercalação de respiração e contrações permite que os tecidos tenham tempo para relaxar, se adaptar e se distender durante a pressão que é realizada (BAVARESCO,2021).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, de natureza básica e estudo qualitativo com análise descritiva sobre a atuação da fisioterapia no trabalho de parto ativo e expulsivo. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), PUBMED (Publicações Médicas), BVS (Biblioteca virtual em saúde) e ScienceDirect. Os descritores utilizados para a busca e reconhecimento dos artigos, de acordo com o Decs (Descritores em Ciências da Saúde) foram: fisioterapia, trabalho de parto, dor do parto, parto, physiotherapy, obstetric labor, childbirth, sendo utilizados os seguintes booleanos: AND, de acordo com dois idiomas selecionados, português e inglês.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos (2011 a 2021); nos idiomas inglês e português; e estudo do tipo ensaio clínico randomizado, transversal, analítico, observacional, experimental e de coorte, que avaliaram a assistência e os recursos fisioterapêuticos durante o trabalho de parto. Como critérios de exclusão: artigos duplicados nas bases de dados; textos incompletos; artigos não disponíveis na íntegra; títulos e resumos que não contemplaram o tema; e artigos de revisão.

A busca pelos artigos foi realizada por dois revisores. Inicialmente fez-se leitura do título e em seguida do resumo para seleção dos artigos que pudessem entrar na amostra. Caso contemplassem o critério de inclusão, os estudos eram lidos na íntegra.

4. RESULTADOS

Na busca realizada em agosto de 2021, foram encontrados 10 artigos no site da base de dados Scielo: foram excluídos 8, pois, destes, 2 artigos foram excluídos por não contemplar o tema, 4 estavam duplicados na própria base, 1 era artigo de revisão bibliográfica, 1 não

contemplava o ano, ou seja, apenas 2 foram incluídos na revisão. Na base de dados BVS foram encontrados 24 artigos: foram excluídos 21, sendo 11 excluídos por não contemplar o tema, 1 estava duplicado na própria base, 6 eram artigos de revisão bibliográfica, 2 não foram disponibilizados na íntegra, 1 não contemplava o ano, ou seja, apenas 3 foram incluídos na revisão. Na base de dados ScienceDirect foram encontrados 2.165 artigos: foram excluídos 2.164, sendo que 50 foram excluídos por não contemplar o tema, 1 estava duplicado na própria base, 2.113 excluídos por ano, ou seja, apenas 1 foi incluído na revisão. Na base de dados Pubmed foram encontrados 10 artigos: foram excluídos 9, sendo 7 excluídos por não contemplar o tema, 2 eram artigos de revisão bibliográfica, apenas 1 foi incluído na revisão. Por fim foram selecionados 7 artigos, conforme tabela 1.

A caracterização geral da amostra dos estudos selecionados e a caracterização dos estudos em relação ao instrumento de avaliação, protocolo utilizado e resultado estão apresentados na tabela 2, anexada em apêndice.

Tabela 1 - Distribuição de artigos científicos selecionados por bases de dados.

Base de Dados	Scielo	BVS	Science Direct	Pumed
Encontrados	10	24	2165	10
Exclusão pelo Título	2	11	50	7
Exclusão por Duplicação	4	1	1	0
Exclusão por ser Revisão Bibliográfica	1	6	0	2
Exclusão de artigos não disponíveis na íntegra	0	2	0	0
Exclusão por ano	1	1	2113	0
Total de artigos selecionados	2	3	1	1
Idioma	Português	Português/ Inglês	Inglês	Inglês

5. DISCUSSÃO

O parto hospitalar propicia o contato da parturiente com os inquestionáveis avanços tecnológicos da obstetrícia para o controle dos riscos materno-fetais, com os recursos farmacológicos para analgesia e anestesia e com os diversos métodos de controle da vitalidade fetal. Entretanto, deixou-se de valorizar orientações e procedimentos simples para melhor uso do corpo durante o trabalho de parto (BIO,2006). Portanto, proporcionar o conforto e a satisfação da gestante durante o trabalho de parto classifica-se, hoje, como uma das tarefas mais importantes da equipe multidisciplinar provedora de cuidados à mulher.

A participação do fisioterapeuta na assistência ao trabalho de parto é pouco conhecida e valorizada, quer pela população em geral quer por profissionais da saúde. Contudo o fisioterapeuta, cuja atuação abrange uma área específica de grande expansão atualmente, visa orientar, informar e promover melhores condições à parturiente para que ela amplie a potência que será necessária durante o parto. Observa-se ainda, que na ausência de um profissional que oriente e recomende o uso de intervenções não farmacológicas, as mulheres em trabalho de parto tendem a ficar na cama e fazer pedidos precoces de analgesia, o que às vezes, leva à necessidade de doses extras de fármacos durante o TP (GALLO, 2018).

Logo, o fisioterapeuta através da utilização de intervenções obstétricas adequadas a cada parturiente, tais como: postura, mobilidade, alternância de posições, massoterapia, técnicas de relaxamento, dentre outros recursos; visa diminuir os desconfortos musculoesqueléticos, preparar a mulher para o nascimento do bebê, bem como promover a aprendizagem de técnicas respiratórias, que irão auxiliá-la nesse momento especial. Sendo assim, observa-se que a parturiente, com o auxílio do fisioterapeuta, aprende a controlar seu corpo, a dominar suas emoções e, assim, participar ativamente deste momento (BAVARESCO, 2011).

Segundo Santana (2013), a dor durante o trabalho de parto promove o aumento da secreção de catecolaminas e cortisol, resultando em respostas fisiológicas como o aumento do débito cardíaco, da pressão arterial e da resistência vascular periférica, portanto, o seu alívio é conduta reconhecida como um dos pilares da humanização ao parto. Quando se inicia o trabalho de parto, é comum que se sintam dores provenientes das contrações, que estão presentes tanto na primeira, quanto na segunda fase do parto (CASTRO, 2012). Para avaliar a localização da dor durante o trabalho de parto e mensurá-la, criaram-se escalas e questionários, tornando possível sua quantificação e qualificação por profissional especializado (SANTANA, 2013). Ainda para a mesma autora, é importante analisar a localização da dor das parturientes para que o fisioterapeuta possa indicar o recurso adequado que vise proporcionar o seu alívio, além disso, muitos desses recursos, são de fácil aplicabilidade e baixo custo, e podem contribuir para a

diminuição do uso de fármacos, por favorecer maior tolerância à dor, promover conforto e suporte psicológico à parturiente.

Uma das formas de diminuir a dor, encontrado por Taavoni (2016), foi a utilização de intervenções com a bola suíça e terapia térmica, em que foi constatado que ambas as intervenções, de acordo com o escore de dor aplicado com as parturientes, durante o ensaio de controle randomizado, são eficazes para a diminuição da mesma após a intervenção, sendo na terapia térmica de 60 a 90 minutos após, e a bola suíça após cada momento investigado. Assim como em Gallo (2018), que após uma série de três intervenções não farmacológicas (exercícios com bola suíça, massagem e um banho quente) notou-se que estas são capazes de diminuir a gravidade da dor o suficiente para permitir que as mulheres em trabalho de parto reduzam o uso de medicamentos analgésicos. Especificamente, os exercícios na bola suíça foram capazes de reduzir significativamente a gravidade da dor em 4 a 5 cm de dilatação cervical. Estes exercícios seguidos de uma massagem quando a dilatação cervical atingiu 5 a 6 cm também reduziram significativamente a gravidade da dor. Quando um chuveiro quente foi adicionado a essas intervenções após 7 cm de dilatação, a gravidade da dor foi novamente significativamente reduzida. Verificou-se ainda um encurtamento na duração do trabalho de parto e uma satisfação materna significativa quando as intervenções foram utilizadas.

No estudo de Castro (2012), após a aplicação de um protocolo de tratamento fisioterapêutico de intervenção baseado na escala visual analógica (EVA) utilizado durante a primeira fase do trabalho de parto, observou-se que na pós-intervenção houve em todas as voluntárias uma melhora qualitativa, e sinais positivos na diminuição da ansiedade, do estresse materno e aumento da segurança experimentada pela gestante nesse período. Além disso, a equipe médica e de enfermagem também sentiu grande diferença no comportamento das parturientes que eram atendidas na sala de pré-parto pela fisioterapia, quando comparadas àquelas que não recebiam o atendimento, interferindo inclusive no tempo de evolução para o parto. Em Santana (2016) foi observado que o TENS quando administrado no início da fase ativa do trabalho de parto produz uma diminuição significativa da dor e adia a necessidade de analgesia farmacológica sem efeitos nocivos sobre a mãe ou o recém-nascido.

Quanto às orientações de posicionamento durante o trabalho de parto, na fase da insinuação do pólo cefálico fetal, as posturas verticais e a mobilidade da parturiente são orientadas no sentido de ampliar os diâmetros do estreito superior, por meio de pequenos movimentos das articulações lombo-sacra, sacro-ilíacas, coxo-femorais e sínfise púbica. Nos intervalos das contrações, as parturientes são orientadas na mobilidade da seguinte forma: em posição de pé, mobilização articular geral, movendo-se livremente; andar a favor do peso

gravitacional, com leve flexão dos joelhos, com a pelve em balanço lateral; respiração livre, mas com incentivo para a expiração (BIO, 2015).

Na fase da descida e rotação fetal pelo estreito médio até atingir o estreito inferior da bacia, as parturientes são orientadas em movimento e posturas verticais, visando aumentar o espaço sacro-púbico, ampliar o diâmetro biciático, afastar os ísquios e ampliar o diâmetro biisquiático, liberar a flexão do cóccix e gerar elasticidade no períneo. Durante as contrações: inibição da contração reativa do períneo, frente à pressão progressiva do pólo cefálico fetal; relaxamento do diafragma pélvico; coxas em abdução e coxo-femorais em rotação externa; diminuir o comando voluntário da força ativa da musculatura profunda do períneo, evitar respiração profunda, relaxar musculatura respiratória acessória. Nos intervalos das contrações, as parturientes são auxiliadas a manter a mobilidade corporal, alternando posições verticais em pé, sentadas ou andando mantendo o relaxamento do períneo, coordenando a respiração, abandonando as ordens de contração (conscientes e inconscientes) da musculatura estriada (BIO, 2015).

Segundo Delgado (2019) a fadiga materna durante o trabalho de parto é caracterizada por meio da percepção do estado geral das parturientes, associadas a dimensões físicas, emocionais e cognitivas. Durante o estudo, a fadiga se mostrou intensificar de acordo com que a dilatação uterina, ou seja, quando a dilatação está entre 7 - 10 cm, 82% das parturientes analisadas relataram fadiga intensa. Ainda para o mesmo autor, a avaliação e identificação precoce é essencial para a prevenção de desfechos negativos maternos e neonatais.

Araújo (2021) acrescenta que o uso de puxos espontâneos associados a respiração freno labial, reduzem a duração do puxo em 3,2 min, mostrando também uma diferença na ansiedade materna, logo, esse resultado pode indicar seu uso para controle emocional quando comparado com o puxo dirigido. Portanto é muito importante a orientação do padrão respiratório, principalmente no estágio expulsivo do parto, visto que tal padrão auxilia na duração do TP.

6. CONCLUSÃO

Levando-se em consideração o que foi analisado nos artigos, chega-se à conclusão do quanto é importante a presença do profissional fisioterapeuta na assistência à saúde das parturientes, nas equipes multiprofissionais e nas maternidades, visto que este domina as intervenções e detém o conhecimento de recursos mais adequados ao trabalho de parto, e ao utilizá-los de forma associadas, estes trazem diversos benefícios e assim colaboram para um trabalho de parto mais humanizado, com protagonismo da parturiente e otimização do mesmo.

Ademais, notou-se que os recursos não farmacológicos, utilizados pelo fisioterapeuta de forma individual, são comprovadamente eficazes na redução da dor, bem como ao evitar que esta aumente, trazendo também diminuição na ansiedade e melhora na satisfação materna. Já estes mesmos recursos, utilizados em conjunto nas intervenções durante o trabalho de parto, mostraram ser bem mais eficazes na diminuição da dor materna, além de trazerem benefícios como uma expulsão mais rápida, melhoria no estado neonatal e diminuição da necessidade do uso de analgesia farmacológica. Diante de tudo que foi evidenciado, os recursos utilizados não interferem de forma negativa em outros desfechos maternos e neonatais, e trazem uma significativa contribuição na diminuição no tempo de puxo e de trabalho de parto associado a diminuição de dor, assim como há uma grande ajuda no que tange a diminuição da fadiga materna durante o trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

- ABRAFISM - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER. Por mais fisioterapeutas nas maternidades. Regulamentação, suporte científico e campanha ABRAFISM. Belém, 2020.
- ANGELO, Priscylla Helouyse Melo et al. Recursos não farmacológicos: atuação da fisioterapia no trabalho de parto, uma revisão sistemática. **Fisioterapia Brasil**, v. 17, n. 3, p. 285-292, 2016.
- ARAÚJO, Ana Eulina et al. Efficacy of spontaneous pushing with pursed lips breathing compared with directed pushing in maternal and neonatal outcomes: a clinical trial. **Authorea Preprints**, 2020.
- BARACHO, Elza. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. In: Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 44. p. 407-553, 2018.
- BAVARESCO, Gabriela Zanella et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3259-3266, 2011.
- BIO, Eliane; BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, p. 671-679, 2006.
- BIO, Eliane. **O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento**. Summus Editorial, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CABRAL ACV, Reis ZN, Pereira AK, Leite HV, Rezende CAL. Guia de bolso de obstetrícia. São Paulo (SP): Atheneu; 2010.
- CANESIN, K. F.; AMARAL, W. N. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo de trabalho de parto: revisão de literatura. *Femina*, v.38, n.8, p.429-433, 2010.
- CASTRO, Amanda de Souza; CASTRO, Ana Carolina de; MENDONÇA, Adriana Clemente. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, p. 210-214, 2012.
- DELGADO, Alexandre et al. Avaliação do nível de fadiga materna durante o primeiro período do trabalho de parto: um estudo de corte transversal. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 47-52, 2019.
- DELGADO, Alexandre et al. Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 35, p. 92-101, 2019.
- GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and

improves some obstetric outcomes: a randomised trial. **Journal of physiotherapy**, v. 64, n. 1, p. 33-40, 2018.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e crítica*, v. 18, p. 247-254, 2005.

MAKVANDI, Somayeh et al. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 41, n. 11, p. 1679-1686, 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília, 1996. (OMS/SRF/MSM).

REZENDE J, MONTENEGRO CAB. *Obstetrícia Fundamental*. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

RONCONI, A. P. L. et al. Dor e Satisfação Durante o Trabalho de Parto em Primigestas: Visão da Parturiente e do Obstetra. *Revista Dor*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 277-281, out./dez. 2010.

SANTANA, Licia Santos et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. **Journal of physiotherapy**, v. 62, n. 1, p. 29-34, 2016.

SANTANA, Licia Santos et al. Localização da dor no início da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Dor**, v. 14, p. 184-186, 2013.

SMITH, Caroline A. et al. Relaxation techniques for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2018.

SMITH, Caroline A. et al. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2020.

TAAVONI S, Sheikhan F, Abdolahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complement Ther Clin Pract*. 2016 Aug; 24:99-102. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.04.001. Epub 2016 Apr 29. PMID: 27502808.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2016.

ZUGAIB, Marcelo. *Obstetrícia*. 3.ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

APÊNDICE

Tabela 2 - Caracterização dos Artigos coletados

Autor/ano	Amostra	Objetivo	Intervenção	Resultados
<p>Licia Santos Santana, Rubneide Barreto Silva Gallo, Cristine Homs Jorge Ferreira, Geraldo Duarte, Silvana Maria Quintana, Alessandra Cristina Marcolin.</p> <p style="text-align: center;">2016</p>	<p>46 parturientes primigestas de baixo risco, com idade gestacional > 37 semanas, dilatação cervical de 4 cm e sem uso de qualquer medicamento até a coleta.</p> <p>GE (grupo experimental) n=30 GC (grupo controle) n=16</p> <p>Ambos os grupos receberam cuidados perinatais de rotina.</p>	<p>Analisar os efeitos analgésicos do TENS durante a fase ativa de trabalho de parto.</p>	<p>Foi aplicado o TENS por 30 minutos, começando no início da fase ativa do trabalho de parto.</p> <p>A gravidade da dor após o período de intervenção, foi avaliada usando a escala visual analógica (EVA).</p> <p>Os desfechos secundários incluíram: localização da dor, duração da fase ativa do trabalho de parto, tempo de trabalho de parto, analgesia, farmacologia, tipo de parto, resultados neonatais e a satisfação das participantes com o cuidado fornecido.</p>	<p>Após a intervenção, uma diferença média significativa na mudança a dor foi observada favorecendo o grupo experimental.</p> <p>A aplicação do TENS não alterou a localização ou distribuição da dor. O tempo médio para analgesia farmacológica após a intervenção foi 5,0 horas a mais no GE. A intervenção não impactou significativamente os outros resultados. Os participantes de ambos os grupos ficaram satisfeitos com os cuidados prestados durante o trabalho de parto.</p>
<p>Lícia Santos Santana, Rubneide Barreto Silva Gallo, Cristine Homs Jorge Ferreiro, Silvana Maria Quintana, Alessandra Cristina Marcolin.</p> <p style="text-align: center;">2013</p>	<p>87 primigestas com idade gestacional superior a 37 semanas com dilatação cervical entre 4 e 5 cm e com dinâmica uterina adequada para esta fase do trabalho de parto.</p> <p>Trabalho de parto de início espontâneo, sem utilização de fármacos e sem fatores de risco associados.</p>	<p>Identificar a região mais frequente da dor nas mulheres no início da fase ativa do trabalho de parto</p>	<p>A dor foi avaliada com a utilização de um diagrama corporal e distribuição espacial da dor durante as fases do trabalho de parto. Tudo isso a fim de indicar recursos da fisioterapia que possam proporcionar o seu alívio.</p>	<p>No início do trabalho de parto, a maior parte das pacientes relatou dor na região infra púbica e lombar (78%) e a menor parte delas apenas a região infra púbica (20%) ou apenas na região lombar (2%).</p>
<p>Amanda de Souza Castro, Ana Carolina de Castro, Adriana Clemente Mendonça.</p>	<p>Foram avaliadas 10 parturientes na primeira fase do trabalho de parto.</p>	<p>Avaliar os efeitos da abordagem fisioterapêutica no pré-parto e propor um protocolo de intervenção</p>	<p>Foram avaliadas questões quanto a dor através da EVA, e foi proposto um protocolo de acordo com as respostas.</p>	<p>Os resultados obtidos pela análise quantitativa de dor demonstraram que não houve aumento da mesma até 1h após a intervenção, demonstrando que a abordagem</p>

<p>2012</p>		<p>baseada na escala visual analógica (EVA) de dor.</p>	<p>EVA 1-3: Cinesioterapia, técnicas respiratórias, relaxamento e estímulo à deambulação; EVA 4-7: Massoterapia, técnicas respiratórias, relaxamento e estímulo à deambulação; EVA 8-10: Técnicas respiratórias, relaxamento e eletroestimulação nervosa transcutânea.</p>	<p>fisioterapêutica no pré-parto parece interferir positivamente sobre a dor e desconforto materno no grupo estudado. Além da diminuição da ansiedade, do stress materno e o aumento da segurança vivenciada</p>
<p>Simin Taavoni, Fateme Sheikhane, Somayeh Abdohahian, Fateme Ghavi. 2016</p>	<p>90 mulheres primíparas com idades entre 18 e 35 anos, aleatoriamente designadas para duas intervenções: bola suíça e calor, além do grupo controle.</p>	<p>Investigar os efeitos de dois métodos não farmacológicos: a bola suíça e a terapia térmica no alívio da dor do parto.</p>	<p>O escore de dor foi registrado por meio da escala visual analógica (EVA) antes da intervenção, e a cada 30 minutos até a dilatação cervical atingir 8 cm.</p>	<p>O escore médio da dor no grupo de terapia térmica foi menor que no grupo controle 60 e 90 minutos após a intervenção ($p < 0,05$). Houve diferenças significativas entre os escores de dor no grupo da bola de parto após todos os momentos investigados em comparação com o grupo controle.</p>
<p>Rubneide Barreto Silva Gallo; Licia Santos Santana; Alessandra Cristina Marcolin; Geraldo Duarte; Silvana Maria Quintana 2018</p>	<p>80 mulheres admitidas em trabalho de parto no final de uma gravidez de baixo risco. GE (grupo experimental) n= 40 GC (grupo controle) n= 40</p>	<p>Solucionar a seguinte indagação: Entre as mulheres em trabalho de parto no final de uma gravidez de baixo risco, a aplicação sequencial de intervenções não farmacológicas alivia a dor do parto, encurta a duração do trabalho de parto e atrasa a necessidade de analgesia farmacológica?</p>	<p>O GE recebeu 3 intervenções de até 40 min cada em estágios específicos do trabalho de parto: exercício em uma bola suíça com 4 a 5 cm de dilatação; massagem lombossacral com dilatação de 5 a 6 cm; e um banho quente com dilatação > 7 cm. O GC recebeu os cuidados habituais da maternidade. A intensidade da dor foi relatada em uma escala visual analógica (EVA). A satisfação com o atendimento foi registrada por meio de um questionário.</p>	<p>Alguns participantes tomaram analgésicos antes da conclusão do estudo, então a dor foi analisada com uma abordagem de última observação realizada. O GE teve intensidade de dor significativamente menor imediatamente após: exercícios, massagem e banho, o que permitiu retardo e redução do uso de analgésicos farmacológicos. Outros benefícios significativos incluíram: expulsão mais rápida, melhora do estado neonatal e maior satisfação materna. Nenhum efeito adverso foi identificado</p>
<p>Alexandre Delgado, Diana Ferreira da Silva, José Igor da Silva Pereira, Iza Paula de Deus Mello Albuquerque Arruda.</p>	<p>200 parturientes no primeiro período do trabalho de parto, com gestação a termo, na faixa etária de 15 a 40 anos.</p>	<p>Avaliar o nível de fadiga materna durante o 1º período do trabalho de parto.</p>	<p>O instrumento utilizado para avaliar a fadiga foi a escala visual analógica (EVA) adaptada para fadiga, onde cada participante avaliada deveria marcar um "x", entre 0 a 10, no ponto da linha que</p>	<p>Quanto ao nível de fadiga materna (50%) das parturientes relataram fadiga leve entre 3-6 cm de dilatação, (34%) fadiga moderada e (16%) fadiga intensa. Entre 7-10 cm de dilatação, (6%) referiram</p>

<p>2019</p>	<p>A idade gestacional média foi de 39 ± 1 semana. A maioria das participantes eram nulíparas.</p>		<p>ele acreditava melhor corresponder ao seu estado no momento da avaliação, ao final se teve como evidência níveis de fadiga intensa mais elevados entre 7-10 cm de dilatação.</p>	<p>fadiga leve, (12%) fadiga moderada e (82%) fadiga intensa. O estudo apontou que a maioria das parturientes no fim do primeiro período do trabalho de parto apresentaram um nível de fadiga materna mais expressiva, concluiu-se, que a fadiga materna tende a intensificar-se com o aumento da dilatação uterina.</p>
<p>Ana Eulina Araujo, Alexandre Delgado, Juliana Netto Maia, Shirley Lima Campos, Caroline Wanderley Souto Ferreira, Andrea Lemos.</p> <p>2020</p>	<p>62 gestantes de baixo risco no segundo estágio de trabalho de parto. Foram separadas em 2 grupos:</p> <p>GE (grupo experimental) n= 31</p> <p>GC (grupo controle) n= 31</p>	<p>Avaliar a eficácia do puxo espontâneo com a respiração freno labial em comparação com o puxo dirigido durante o segundo período do trabalho de parto na ocorrência de episiotomia.</p>	<p>O GC foi orientado a realizar o puxo dirigido associado com a manobra de valsalva.</p> <p>O GE foi orientado a realizar puxos espontâneos com a respiração freno labial.</p>	<p>Foi constatado uma diminuição na duração do puxo materno em 3,2 minutos e diferença na ansiedade materna no GE em comparação com o GC. Não houve interferência em outros desfechos maternos e neonatais.</p>