

**CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA  
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**ANA CAROLINA BARBOSA DOS SANTOS  
PAULA NORAYNE DA CONCEIÇÃO AMORIM  
CAMILA BARBOSA DA SILVA COSTA**

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA NO PARTO  
HUMANIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**RECIFE**

**2022**

**ANA CAROLINA BARBOSA DOS SANTOS  
PAULA NORAYNE DA CONCEIÇÃO AMORIM  
CAMILA BARBOSA DA SILVA COSTA**

**A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA OBSTÉTRICA NO PARTO  
HUMANIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Disciplina TCC II do Curso de Fisioterapia do Centro  
Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos  
requisitos para obtenção do título de bacharel em  
Fisioterapia.

Orientador(a): Prof. Esp. Hayala Thayane Santos da  
Penha Amorim.

RECIFE  
2022

Ficha catalográfica elaborada pela  
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

S237a Santos, Ana Carolina Barbosa dos  
A atuação da fisioterapia obstétrica no parto humanizado: uma revisão  
integrativa / Ana Carolina Barbosa dos Santos, Camila Barbosa da Silva  
Costa, Paula Norayne da Conceição Amorim. - Recife: O Autor, 2022.

30 p.

Orientador(a): Hayala Thayane Santos da Penha Amorim.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário  
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Fisioterapia, 2022.

Inclui Referências.

1. Parto. 2. Parto humanizado. 3. Fisioterapia. 4. Gestação. I. Costa,  
Camila Barbosa da Silva. II. Amorim, Paula Norayne da Conceição. III.  
Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. IV. Título.

CDU: 615.8

Dedicamos esse trabalho a Deus e aos nossos pais,  
sem eles nada disso seria possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Desejamos externar nossos agradecimentos primeiramente a Deus, pois sem ele não teríamos chegado até aqui, por ter nos concedido saúde e força durante esses 5 anos e nos ajudado a ultrapassar todos os obstáculos.

Aos nossos pais por todo apoio, incentivo, paciência, oração, compreensão e confiança no nosso progresso.

Nossos familiares e amigos que de alguma forma contribuirão para que essa jornada fosse concluída.

A todos os mestres que contribuíram com nossa formação acadêmica e a nossa querida orientadora Hayala Amorim por todo apoio técnico prestado durante todo o desenvolvimento do projeto.

## RESUMO

A mulher sofre inúmeras modificações físicas e psicológicas no período gestacional. O parto, por ser um processo natural que envolve fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, constitui para a mulher uma experiência de impacto emocional significativo. O parto humanizado no Brasil foi uma iniciativa do Ministério da saúde visando desestimular o parto medicalizado, e assim tornar esse momento menos artificial e violento, além de incentivar as práticas e intervenções biomecânicas adequadas à fisiologia do parto sendo menos agressivas e mais naturais, haja vista que no Brasil temos a maior taxa de parto cesárea do mundo. A fisioterapia é muito importante na humanização do parto, atuando na equipe multidisciplinar visando o suporte contínuo e atuando ativamente com recursos que permitem que a mulher seja protagonista deste momento tão especial. O objetivo dessa pesquisa é apresentar a importância da fisioterapia na humanização do parto através de uma revisão integrativa dos estudos. A pesquisa foi realizada no período entre março e maio de 2022, através das bases de dados Pubmed, Scielo e Lilacs restringindo ao período dos últimos 10 anos. Foram selecionados previamente 19 artigos dos quais 05 estudos foram selecionados para esta revisão, foi possível verificar que todas as voluntárias submetidas aos estudos obtiveram uma resposta satisfatória nas dores do parto através da humanização deste na presença do fisioterapeuta. A fisioterapia tem contribuições extremamente significativas no processo de humanização do parto na utilização de recursos e técnicas que podem beneficiá-la com a diminuição da dor, promovendo um maior relaxamento, potencializando sua participação e do bebê no parto, ressignificando este momento. Esses benefícios são alcançados por meio do suporte contínuo ou acompanhamento da parturiente,

Palavras-chave: Parto; Parto humanizado; Fisioterapia; Gestação

## **ABSTRACT**

Women undergo numerous physical and psychological changes during pregnancy. Childbirth, as a natural process that involves biological, psychological, and sociocultural factors, constitutes an experience for women with a significant emotional impact. Humanized childbirth in Brazil was an initiative of the Ministry of Health aimed at discouraging medicalized childbirth, and thus making this moment less artificial and violent, in addition to encouraging biomechanical practices and interventions appropriate to the physiology of childbirth, being less aggressive and more natural, given that in Brazil we have the highest cesarean delivery rate in the world. To present the importance of physiotherapy in the humanization of childbirth through an integrative review of studies. The research was carried out between March and May 2022, using the Pubmed, Scielo and Lilacs databases, restricting the period of the last 10 years. 19 articles were previously selected from which 05 studies were selected for this review; it was possible to verify that all the volunteers submitted to the studies obtained a satisfactory response in the pain of childbirth through the humanization of this in the presence of the physical therapist. Physiotherapy has extremely significant contributions in the process of humanization of childbirth, these benefits are achieved through continuous support or monitoring of the parturient, in the use of resources and techniques that can benefit her with the reduction of pain, promoting greater relaxation, enhancing her and the baby's participation in childbirth, giving new meaning to this moment.

Keywords: Childbirth; Humanized birth; Physiotherapy; Gestation

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 O ato de parir</b>	
<i>2.1.1 Processos corporais e mentais.....</i>	<i>10</i>
<b>2.2 Parto humanizado</b>	
<i>2.2.1 As nuances do protagonismo da mulher.....</i>	<i>11</i>
<b>2.3 O papel do fisioterapeuta no parto humanizado.....</b>	<b>13</b>
<i>2.3.1 Estimulação elétrica transcutânea como recurso fisioterapêutico no parto humanizado.....</i>	<i>14</i>
<b>3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>14</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A mulher sofre inúmeras modificações físicas e psicológicas no período gestacional. O parto, por ser um processo natural que envolve fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, constitui para a mulher uma experiência de impacto emocional significativo. O momento do parto é definido como o ápice dessas modificações, trazendo à tona um misto de sensações e sentimentos. O ato de parir, em si, é uma fase extraordinária e o pico dessas mudanças, marcado na vivência de todas as mulheres que passam pelo gestar (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Das vias de parto, tem-se o parto vaginal e o parto cesáreo. A cesárea consiste em uma intervenção cirúrgica, sendo utilizada em gestações que apresentam geralmente alguma forma de complicação para a parturiente e para o feto no parto normal. A via de parto vaginal baseia-se na saída do bebê pelo canal vaginal, sem nenhuma intervenção cirúrgica, ocorrendo da forma mais espontânea possível (SILVA et al, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) determina e direciona os profissionais de saúde algumas diretrizes para o parto normal, que deve ser acompanhado por um médico que conhece o plano da gestante e de sua família, além do seu histórico de saúde. O bem-estar físico e mental da mulher é essencial antes, durante e depois do parto, no entanto, sabe-se que nem sempre esta premissa é respeitada e sobram relatos de equipes obstétricas que acabam por violar muitas vezes os direitos da parturiente (REBERTE; HOGA, 2015).

O termo humanização não se refere a parir em casa, no hospital, na banheira ou fora dela tampouco à via de parto, se é vaginal ou cesárea, mas ao tipo de assistência que a mulher recebe. Nele, as decisões são compartilhadas e as escolhas da mulher são ouvidas e respeitadas, os desejos da mãe colocados em primeiro lugar, dando-lhe acesso a todas as informações sobre o assunto e na tomada de decisões. O objetivo da humanização do parto é deixar que haja naturalidade no parto, sem experiências traumatizantes, situações estressantes ou intervenções desnecessárias (BRASIL, 2021; CARVALHO et al, 2015).

A equipe de saúde capacitada para o parto humanizado geralmente é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, doulas, assistentes sociais, psicólogas e nutricionistas considerando sempre a decisão da mulher na composição da própria equipe. A assistência prestada pelo profissional de saúde deve tornar a

mulher a personagem principal no parto, garantindo amparo antes, durante e depois do nascimento do bebê e reduzindo os fatores de risco à traumas gestacionais (CARROLI e MIGNINI, 2010).

O fisioterapeuta tem função indiscutível na atuação no parto humanizado, trazendo benefícios importantes como proporcionar o bem-estar físico e mental na evolução do parto, tornando mínima as aflições da parturiente, garantindo o progresso da fase mais importante da gestação, promovendo relaxamento muscular, trazendo orientações acerca do parto, treinar a musculatura pélvica e respiratória que auxiliem a mulher, minimizando as dores da mulher (RICCI, 2013; AGGIO, 2014).

Dessa forma, o presente estudo se justificava com intuito de destacar a importância do fisioterapeuta quanto à assistência do parto humanizado, além do papel da fisioterapia no processo de humanização do parto com medidas não farmacológicas que visem promover ainda mais segurança e reduzir o desconforto para a mulher. Assim, o objetivo do presente estudo é apresentar a importância da fisioterapia na humanização do parto através de uma revisão integrativa dos estudos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O ato de parir: processos corporais e mentais

O parto se trata de um evento fisiológico que acontece naturalmente no final do período da gravidez. Para que ele ocorra, uma cascata de alterações endócrinas iniciadas pelo cérebro do bebê resulta na ativação de substâncias hormonais e inflamatórias que têm o efeito de coordenar três eventos principais, são eles: o amadurecimento de sistemas e órgãos fetais essenciais especialmente os pulmões, que tornam o bebê pronto para a vida fora do útero; a transformação do colo do útero duro da mulher numa estrutura mole e prontamente dilatável para trazer vida ao mundo e o início das contrações do útero que direcionarão o bebê através do canal de parto para que aconteça o nascimento (HOTIMSKY et al, 2012; BELO et al, 2014)

O corpo da gestante, responde a esse estímulo liberando hormônios que irão preparar o canal de parto e desencadear as contrações uterinas que ajudarão a criança a descer e nascer (DIAS; DOMINGUES, 2015).

Durante a gravidez, o órgão responsável pela produção dos hormônios e oxigenação do sangue do bebê é a placenta pois seu pulmão encontra-se em meio líquido e só fica pronto para realizar a oxigenação do sangue no final da gravidez (por volta de 37 a 42 semanas) pois precisa produzir uma substância chamada surfactante que impede assim que os alvéolos pulmonares se fechem com a entrada de ar durante a respiração. Quando acontece essa maturidade pulmonar, são liberados hormônios que vão estimular o corpo da mulher a entrar em trabalho de parto (CARVALHO et al, 2010; CARVALHO et al, 2015).

Ao passar pelo canal de parto, o tórax do bebê é comprimido e esse líquido que estava dentro do pulmão sai, entrando o ar que fará sua expansão e dará início à sua função de oxigenação do sangue. Os hormônios liberados durante o trabalho de parto cumprem várias funções, e quando esse momento se inicia de maneira espontânea e evolui sem interferências externas, há um maior conforto para a mulher. (DINIZ, 2016).

Os benefícios de esperar todo esse processo acontecer naturalmente é o tão chamado de parto humanizado. É o respeito pelo momento em que o bebê ficou maduro, evolução mais efetiva do trabalho de parto, redução do stress e melhor adaptação da mulher e do bebê após o parto fortalecendo assim o vínculo entre mãe e bebê (MILFONT et al, 2011).

## 2.2 Parto humanizado: As nuances do protagonismo da mulher

Com o intuito de amenizar os efeitos traumáticos do parto e fazer com que este seja mais fisiológico e natural, o parto vaginal vem sendo cada vez mais indicado e escolhido pelas mulheres e pela equipe de saúde, popularizando o parto humanizado, que tem como objetivo a utilização da liberdade corporal (RETT, 2018).

O parto humanizado no Brasil foi uma iniciativa do Ministério da saúde visando desestimular o parto medicalizado, e assim torná-lo menos artificial e mais humano e afetuoso. Além de incentivar as práticas e intervenções biomecânicas adequadas a fisiologia do parto sendo menos agressivas e mais naturais, haja vista que no Brasil temos a maior taxa de parto cesárea do mundo (AGUIAR, 2013).

No contexto atual de atendimento em saúde, *humanização* é compreendida como a capacidade de ofertar atendimento de qualidade aliando avanços tecnológicos, acolhimento, ambientes adequados, boas condições de trabalho para os profissionais e desta forma representa um desafio, sendo tema amplamente discutido e ocupando lugar de destaque entre as propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil. (BARROS, 2015).

Apesar de todos esses programas e políticas públicas incentivadores do parto humanizado, a prevalência de cesáreas continua elevada no Brasil. Em 2015, foi divulgada a declaração da OMS sobre “epidemia de cesáreas no mundo, sendo o Brasil o líder”. De acordo com informações elencadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS) apontam que o Brasil é um dos países que tem a maior incidência de cesárea no mundo, de 569.118 partos realizados na rede credenciada em 2019, 489.571 foram cesáreas, o que corresponde a 84,6% do total de partos no Brasil (BRASIL, 2020).

Esse número é exorbitante quando comparados aos partos vaginais que correspondem menos de 15% dos partos no país no ano de 2020, sendo que somente 79.547 partos foram normais. Demonstrando que, mesmo possuindo indicação limitada, a cesariana segue sendo preconizada nos hospitais e maternidades e esta temática necessita ser debatida (ROCHA, 2020).

Um estudo desenvolvido com 23.894 gestantes durante dois anos, indicou que a frequência das intervenções obstétricas foi maior entre aquelas com risco considerado habitual. Ou seja, mulheres com risco reduzido de complicações durante

a gestação e o parto, demonstrando que as intervenções foram, na maioria das vezes, desnecessárias e realizadas de forma rotineira sem levar a consideração as características clínicas, nem as evidências científicas (LEAL et al, 2016).

### **2.3. A atuação da fisioterapia no parto humanizado**

A intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica de baixo risco como parte da rotina da equipe multidisciplinar valoriza a responsabilidade da gestante no processo, por meio do uso ativo do próprio corpo. A função do fisioterapeuta enquanto profissional que compõe essa equipe é principalmente preparar a gestante com orientações sobre a função muscular do assoalho pélvico, posições para aliviar a dor e exercícios respiratórios (REBERTE; HOGA, 2015).

Neste sentido, durante a gestação, a mulher passa por várias alterações musculoesqueléticas e cardiorrespiratórias por conta da enorme quantidade de hormônios produzidos, as quais têm a finalidade de preparar para o desenvolvimento e acomodação do bebê, e para o parto (COSTALONGA, 2018).

A ação da fisioterapia é um fator estimulante para a conscientização corpórea como ferramenta de facilitação do trabalho de parto e trazer-lhe satisfação com a experiência do nascimento. O Fisioterapeuta utiliza-se de técnicas e recursos capazes de proporcionar melhores condições fisiológicas (PEREIRA, 2014).

Destacam-se no tratamento o estímulo à deambulação, adoção de posturas verticais, exercícios respiratórios, analgesia através da neuro eletroestimulação transcutânea (TENS), massagens, banhos quentes, crioterapia e relaxamento. Isso potencializa a participação da mãe e ajuda na diminuição da dor, tornando esse momento singular, natural e espontâneo (RETT et al, 2015).

Desde a década de 70, estudos apontam para a redescoberta das posturas verticais e da mobilidade materna durante o trabalho de parto como prática que volta a mostrar evidências vantajosas e seguras para a parturiente. O movimento de caminhar associado à ação da gravidade, e o aumento do canal de parto, este último proporcionado pela posição de cócoras, são considerados os principais motivos de benefícios da postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, pois estão ligados principalmente à menor duração do período de dilatação, expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina (SEBATINO et al, 2020).

Além disso, favorecem a diminuição do uso de analgesia em mulheres que utilizaram as posturas verticais no primeiro e no segundo estágios do trabalho de parto (CANCINO e GOMEZ, 2016).

Na posição vertical há menos irregularidade na contratilidade uterina em sua forma e ritmo, podendo ser consequência da melhor irrigação sanguínea do útero nesta posição, além de prevenir a oclusão da aorta e da veia cava, consequência da postura em decúbito dorsal, assegurando assim o intercâmbio materno-fetal e diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo num período expulsivo prolongado (BIO et al, 2013).

Acredita-se que a mobilidade materna e a liberdade de movimento facilitem a adaptação e o encaixe do bebê à pelve materna e ao canal de parto, visto que a mobilidade pélvica é diferente nas diversas posturas que a mulher pode assumir durante o trabalho de parto (ALMEIDA et al, 2015).

Outras posturas também podem ser estimuladas e auxiliadas pelo fisioterapeuta, tais como: 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 Sims (decúbito lateral esquerdo) ou cócoras sustentada, para que assim haja maior relaxamento, principalmente da musculatura dorsal, do assoalho pélvico e do canal vaginal (TELLES E AMARAL, 2017).

### **2.3.1 Estimulação elétrica transcutânea (tens) como recurso fisioterapêutico no parto humanizado**

A dor durante a parturição é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina. O controle da dor desempenha um papel importante durante o trabalho de parto, pois contribui para o bem-estar físico da mãe e do bebê (ALMEIDA et al, 2015).

Entre as alternativas disponíveis utilizadas para reduzir a sensação dolorosa durante o parto, encontram-se fármacos, analgesia peridural, bloqueios anestésicos locais, acupuntura, métodos psicofiláticos e a estimulação elétrica transcutânea (TENS). O TENS é muito utilizado para o controle da dor crônica ou no pós-operatório, substituindo os analgésicos ou complementando-os (CANCINO e GOMEZ, 2016).

Ele se baseia na Teoria do Portão da Dor, proposta por Melzack e Wall6 em 1965. De acordo com essa teoria, a modulação da percepção dolorosa realizada pelo TENS é atribuída ao recrutamento das fibras aferentes A $\beta$  no corno posterior da medula, que impediria ou dificultaria a ativação de fibras finas, as quais conduzem a dor. É postulado que o estímulo elétrico através da pele inibiria as transmissões dos impulsos dolorosos pela medula espinhal, bem como estimularia a liberação de opioides endógenos pelo cérebro (MELZACK E WALL 2015).

A técnica consiste na aplicação de eletrodos cutâneos superficiais que emitem uma corrente elétrica com forma de onda tipicamente bifásica, simétrica ou assimétrica, com o objetivo de excitar as fibras nervosas, gerando mínimos efeitos adversos para a paciente (LEE et al 2016).

O primeiro relato do uso do TENS no meio obstétrico data da década de 70, na Escandinávia, onde foi introduzida como recurso não farmacológico para o alívio da dor durante o trabalho de parto e, desde então, vem sendo largamente utilizada em todo o mundo. Sua aplicação representa um método adjuvante que não se propõe a substituir outras técnicas já utilizadas e nem tampouco ser o único recurso (FERREIRA E PAYNO, 2012).

A proposta clínica atual visa utilizar o TENS para reduzir a dor nas fases iniciais do trabalho de parto e retardar a necessidade quanto ao uso dos métodos farmacológicos, trazendo a proposta de humanização e protagonismo da mulher, reduzindo o quadro algico (ORANGE et al, 2013).

Em consequência disso, o eventual efeito benéfico seria o menor tempo de exposição aos medicamentos, diminuindo a incidência de efeitos indesejáveis para a mãe e o feto, como a parada da progressão do parto e a depressão fetal.

### **3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de revisão, período da pesquisa, restrição linguística e temporal**

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no período de fevereiro a abril de 2022. Foram incluídas publicações indexadas entre os anos de 2011 e 2022, nos idiomas português e inglês de artigos que fizerem referência ao objetivo proposto. Sendo assim desconsiderados todos aqueles as que se encontrassem em desacordo com os referidos critérios, em idiomas diferentes do proposto e com ano de publicação inferior ao ano de 2011.

#### **3.2 Bases de dados e realização das buscas e seleção dos estudos**

Os artigos foram selecionados com busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino - Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), U.S. *National Library of Medicine* (PUBMED), Científico Electronic Library Online (SCIELO).

Mediante as buscas realizadas, foram efetuadas pesquisas referentes a atuação do fisioterapeuta inserido na equipe multidisciplinar para atuação no parto humanizado, tendo como intuito identificar estratégias que visem reduzir a dor e o desconforto e, sobretudo, entender o que a parturiente necessita, focando seu atendimento em promoção de qualidade de vida (qualidade de parto).

Ao final das buscas, foram inseridos estudos ao presente trabalho de revisão que correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecido.

#### **3.3 Critérios de elegibilidade (PICOT)**

Os estudos foram elencados através dos critérios de elegibilidade o qual foi analisada a revista científica e a qualidade de estudo publicado, levando em consideração estudos relevantes para o presente estudo.

A qualidade das evidências foi testada pela escala de PEDro. Houve uma busca por avaliação prévia dos artigos no PEDro Database e em casos de ausência dos resultados, as autoras do presente estudo realizaram a avaliação deles, sendo levado em consideração as palavras da orientadora em casos de discordância.

#### **Quadro 1 – Critérios de elegibilidade (PICOT)**



CRITÉRIOS	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
P (População)	Atuação da Fisioterapia no parto humanizado	Gênero Masculino
I (Intervenção)	Fisioterapia motora pélvica, respiratória e com intervenção durante o parto	Partos cesarianos e partos vaginais que não continham fisioterapia em nenhuma fase
C (Controle)	Recursos baseados em cinesioterapia e fisioterapia motora pélvica ou respiratória	Conflitos de interesse
O (Desfecho)	Abordagens da fisioterapia na equipe multidisciplinar no parto	-

### 3.4 Descritores e estratégia de busca

De acordo com os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) foram pesquisadas as seguintes palavras: “Parto humanizado”; “Fisioterapia”; “Parturientes”. Na língua inglesa, de acordo com o *Medical Subject Headings (MESH)*, as palavras foram: “Humanized childbirth”; “Physical therapy”; “Parturients”. Os descritores foram combinados usando o operador booleano “AND” conforme o quadro 2.

**Quadro 2 – Estratégia de busca**

Base de dados	Estratégia de busca
MEDLINE via PubMed	“Parto humanizado” AND “Parto” AND “gestação” AND “Fisioterapia” AND “Parturientes”
LILACS via BVS	“Parto humanizado” AND “Fisioterapia” AND “Parturientes”

SCIELO	“Parto” AND “Humanização” AND “Fisioterapia” AND “Parturientes”
--------	-----------------------------------------------------------------

Fonte: autoria própria.

### **3.5 Características dos estudos incluídos e avaliação do risco de viés**

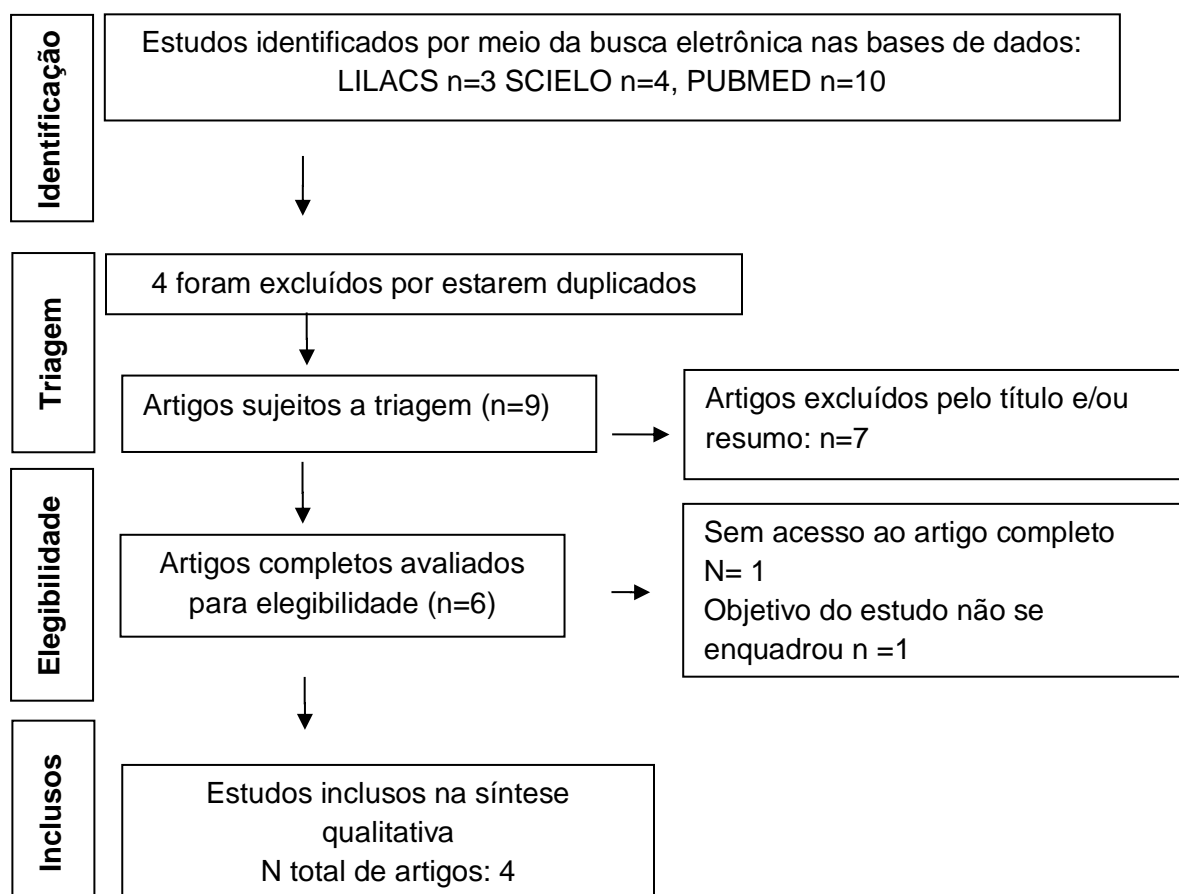
A análise foi elaborada de modo independente pelas autoras do presente estudo, utilizando o risco de viés da colaboração Cochrane para cada artigo. Para a composição da presente revisão, os estudos incluídos foram analisados da seguinte forma: geração de sequência aleatória, ocultação de alocação, cegamento de participantes e profissionais, cegamento de avaliadores de desfecho, desfechos incompletos, relato de desfecho seletivo e outras fontes de viés.

## 4 RESULTADOS

A partir do levantamento das bases de dados foram encontrados 17 artigos, deste, 4 foram excluídos por estarem duplicados nas bases de dados, 9 artigos sujeitos a triagem, 7 foram excluídos pelo título e resumo, 6 artigos completos avaliados para elegibilidade, 1 sem acesso ao artigo completo, 1 o objetivo do estudo não se enquadrou. Dessa forma, foram selecionados 4 artigos que atenderam aos critérios de inclusão do presente estudo de acordo com o fluxograma abaixo (Figura 1).

Para a presente revisão foram selecionados 4 artigos nos quais se enquadram nos critérios de inclusão desta pesquisa, organizados na tabela abaixo segundo o autor, ano de publicação, tipo do estudo, objetivo, amostragem, intervenção e tempo de tratamento, seguida dos seus resultados (Quadro 3).

**Figura 1-** Fluxograma da seleção dos estudos.



**Quadro 3 - Características e Resultados dos estudos incluídos**

<b>Autor (ano)</b>	<b>Tema</b>	<b>Estudo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Desfechos</b>
Teixeira, et al. 2016	Parto hospitalar: experiências das mulheres na periferia de Cuiabá.	Estudo Descritivo	156 mulheres. As mulheres foram divididas em GC = 78 e GI=78 Idade gestacional de 37 semanas, dilatação cervical > 4 cm e com duas ou mais contrações em 10 minutos.	No GC foi realizado apenas acompanhamento e avaliação de escala da dor por meio da escala EVA. No GI foi aplicada técnica de pressão acupuntura (acupressão) durante as contrações, por 20 minutos, e a intensidade da dor avaliada por meio de uma EVA.	As médias de dor pela EVA foram menores no grupo após intervenção com uma hora de tratamento (p 0,0001), ao se comparar com placebo e controle.
Rett, et al. 2015	Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada.	Estudo descritivo.	5 mulheres. Somente GI composto por 5 mulheres jovens, multíparas.	Roteiro de entrevista, individuais acerca da percepção das parturientes.	Diminuição da percepção dolorosa, bem como para o incremento da sensação de segurança e conforto.

REBERTE e HOGA, 2015	O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal.	Estudo descritivo de coorte transversal.	10 parturientes, entre 18 e 30 anos ( $\pm 22,8$ anos).	Cinesioterapia; Técnicas respiratórias; Deambulação; Massoterapia; Eletroestimulação nervosa transcutânea. A intensidade da dor avaliada por meio de uma Escala Visual Analógica (EVA).	Interfere positivamente sobre a dor e o desconforto materno, reduzindo as dores posturais, respiratórias e locais.
Silva, et al. 2017	Fisioterapia no Suporte contínuo e Método das Cadeias Musculares (GDS), após processo de parto.	Estudo randomizado duplo cego.	132 parturientes divididas entre GI e GC. 70 voluntárias no GI 62 mulheres no GC.	Suporte contínuo e Método das Cadeias Musculares (GDS), após avaliação obstétrica no processo de parto.	Facilitou a fase ativa, a mobilidade pélvica, evolução da dilatação e o uso consciente do corpo.

Legenda: GI = Grupo de Intervenção GC = Grupo Controle. Fonte: autoria própria.

## 5 DISCUSSÃO

De acordo com os artigos mensurados na tabela de resultados, percebe-se que mesmo sendo desconhecida por alguns profissionais e pela sociedade, a participação do fisioterapeuta no trabalho de parto dispõe de técnicas e recursos como cinesioterapia, massoterapia, eletroterapia e técnicas respiratórias. Esses métodos de trabalho são capazes de auxiliar no suporte da parturiente de forma segura e eficiente, respeitando a individualidade e proporcionando, então, relaxamento (DINIZ, 2016).

O alívio da dor é um dos objetivos da assistência à grávida durante o parto o que justificaria assim o aumento na utilização de métodos farmacológicos para proporcionar tolerância à dor e ao desconforto do parto. No entanto, os recursos oferecidos pela fisioterapia, além de contribuírem nesses quesitos, apresentam resultados que envolvem também o controle de suas emoções (SILVA et al, 2014). Este achado corrobora com o estudo de Teixeira e colaboradores (2016).

A manutenção do equilíbrio emocional durante o trabalho de parto é fundamental, pois quando os níveis de adrenalina estão altos o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos de hormônios e do cortisol (AGUIAR et al 2013) Os achados concordam com os estudos de Silva (2017), mencionados nos resultados do presente estudo.

Todos os estudos desta revisão concordam que os recursos utilizados pela fisioterapia influenciam de maneira positiva para o trabalho de parto. As condutas desenvolvidas nas pesquisas aproximam-se ao propor o uso dos recursos fisioterapêuticos durante o trabalho de parto e no parto com a intenção de promover principalmente conforto nestes períodos (DINIZ, 2016).

Pode-se perceber partindo dos resultados do estudo de Silva (2017) o qual foram analisadas 132 mulheres em trabalho de parto, com 70 delas no grupo controle, utilizaram estratégias de posicionamento corporal durante as contrações dirigidas para movimentos específicos, tais como posturas verticais, movimento articular geral, mobilidade pélvica, relaxamento do períneo, coordenação do diafragma e estímulo proprioceptivo.

O estudo citado acima mostrou que as parturientes foram acompanhadas pelo fisioterapeuta durante todo trabalho de parto até a dilatação total, sendo estimuladas a terem participação ativa no parto. Os parâmetros observados e selecionados para análise foram uso de analgésicos e tempo de duração da fase ativa do trabalho do

parto. Os resultados evidenciaram uma melhor dilatação da pelve e aumento da tolerância à dor, evitando o uso de fármacos e favorecendo o trabalho de parto vaginal.

Corroborando com a linha de pesquisa, Rett e colaboradores (2015) apresentam em seu artigo o uso de métodos como postura, mobilidade, alternância de posições e respiração fisiológica (processo normal de respiração, sem aceleração do fluxo respiratório, muito popular e popularizado na fase ativa do parto) em 5 parturientes ao longo do trabalho de parto acompanhadas da pesquisadora e fisioterapeutas.

Após o parto, utilizou-se para coleta das informações um roteiro de entrevista aplicado por uma pesquisadora diferente daquela que acompanhou a assistência perinatal, o que levou à conclusão de que a assistência fisioterapêutica tem a função de favorecer os recursos corporais de cada parturiente e oferecer técnicas e procedimentos terapêuticos que resultem na diminuição do quadro algico.

Neste mesmo sentido, a mobilidade é um dos recursos pertinentes nesse processo, pois, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o bebê quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto. Isso acontece devido o útero se contrair de maneira muito mais eficaz, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é menos intensa, conforme afirmam os autores Teixeira et al (2016) e Rett et al (2015).

Em seu estudo, Reberte e Hoga (2015) descrevem um protocolo de intervenção em 10 parturientes na primeira fase do trabalho de parto, baseado na escala visual analógica (EVA) de dor, antes e após a intervenção fisioterapêutica (uma hora após), associado a cinesioterapia através de exercícios com bola e bastão, exercícios de retroversão e anteversão pélvica, exercícios ativos de membros superiores e inferiores, deambulação associada a exercícios de membros superiores e respiratórios.

No estudo supracitado, no uso da eletroterapia, foi feita intervenção com neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) através da técnica tetrapolar cruzada na região lombar, com os parâmetros para dor aguda. Os eletrodos foram posicionados na região dos dermatomos de T10 e L1, que correspondem à inervação do útero e cérvix, respectivamente. Segundo os autores, o uso de TENS no alívio da dor, tanto no pré quanto no pós-parto já está amplamente difundido e estudos demonstram que esse recurso é capaz de aliviar as tensões musculares e diminuir a

dor por quebra do ciclo dor/espasmo/dor. Esse estudo corrobora com intervenções realizadas por Teixeira (2016).

Foi observada em todas as voluntárias uma melhora qualitativa da ansiedade, estresse materno e aumento da segurança experimentada pela gestante nesse período, além disso, as abordagens Fisioterapêuticas interferiram positivamente sobre a dor e o desconforto materno no grupo estudado (Reberte e Hoga, 2015).

Além disto, as parturientes foram submetidas à massoterapia com técnicas de deslizamentos superficiais e suaves, com cremes ou óleos, com a gestante posicionada sentada ou deitada em decúbito lateral esquerdo; técnicas respiratórias e de relaxamento realizadas com incursões inspiratórias e expiratórias prolongadas, propriocepção diafragmática, incluindo comandos verbais e orientações para preparação ao parto (Reberte e Hoga, 2015).

Em concordância, Teixeira e colaboradores (2016), em um ensaio clínico randomizado com 156 parturientes divididas em três grupos, por meio da escala EVA para avaliar a intensidade da dor no decorrer e após o tratamento. As parturientes receberam técnicas de acupressão durante as contrações relataram menor desconforto. Tal resultado fundamenta-se no equilíbrio de energia causado pela técnica oriental. Mesmo com resultado sutil, por se tratar de uma forma não invasiva, apresenta-se como aliado à prática do parto não medicamentoso afim de melhorar a qualidade do cuidado da parturiente sem causar efeitos adversos.

Entre os achados do estudo de Reberte e Hoga (2015), é ressaltado que a equipe médica 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. Neste interim, os estudos de Teixeira e colaboradores (2016) corroboram com os resultados, onde as pacientes que realizaram tratamento quando comparadas àquelas que não receberam intervenção fisioterapêutica não apresentaram resultados positivos.

Mesmo diante de diversos recursos, no Brasil, a fisioterapia é muito mais popularizada no período pré-natal o qual envolve a preparação e caminha a passos sutis para atuar durante o trabalho de parto. Isto pode estar justificado pois ainda não é uma prática estabelecida pelo Ministério da Saúde e nem pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), mas o tema está em constante



debate para cada vez mais promover a inclusão destes profissionais nesse campo de atuação (BRASIL, 2020).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pôde concluir que fisioterapia tem contribuições extremamente significativas no processo de humanização do parto. Essas contribuições são alcançadas por meio do suporte contínuo ou acompanhamento da parturiente, na utilização de recursos e técnicas que podem beneficiá-la, ressignificando este momento. O fisioterapeuta como integrante da equipe multidisciplinar é extremamente necessário devido a esse profissional ser capacitado a orientar as posições para alívio da dor, promover relaxamento e potencializando a qualidade do parto, tirando deste o estigma de traumas que carrega.

Na presente pesquisa, de acordo com os materiais revisados, é constatada que a importância da atuação da Fisioterapia no parto humanizado ainda não está bem difundida entre as equipes multidisciplinares, o que, por sua vez, inviabiliza a promoção deste saber para a sociedade.

Este debate é considerado recente, e com isso, temos uma vasta possibilidade de exploração do conhecimento acerca da importância e os benefícios da Fisioterapia para a humanização do parto, parte deles elencados no presente estudo de revisão. Novos estudos devem ser incentivados com esta temática, visando ampliar os horizontes do debate e promovendo avanços ainda maiores para as mulheres com os benefícios do parto humanizado.

## REFERÊNCIAS

Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.** Cad Saúde Pública. 2013; 29(11): 2287-96.

Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. **Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição.** Rev Latinoam Enferm. 2015;13(1):52-8.

Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, Caminha MFC. **Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência.** Rev Bras Saúde Matern Infant. 2014; 14 (1): 65-72.

Bio ER, Bittar RE, Zugaib M. **Influência da Mobilidade Materna na duração da fase ativa do trabalho de parto.** Rev Bras Ginecol Obstet [periódico na Internet]. 2016; 28(11):671-679.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Atualização das taxas de partos na saúde suplementar.** 2020. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticiasans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-departos-na-saude-suplementar>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).** Brasília, DF; 2021. Acesso em: 01 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Caderno Humaniza SUS – Volume 4: Humanização do parto e do Nascimento.** Brasília, DF: MS; 2020.

Cancino E, Gómez PI. **Analgesia obstétrica con estimulación eléctrica transcutánea (TENS).** Rev Colomb Obstet Ginecol. 2016;47(1):29-32.

Carroli G, Mignini L. **Episiotomy for vaginal birth**. Cochrane Database Syst Rev. [online] 2019; (1) [Acesso em: 28 mar. 2022.]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/pdf>

Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. **Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências**. Femina. [online] 2010; 38 (5): 265-70.

Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves BG, Quadros, VF. **Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil**. Rev Rene. [online]. 2015; 11 (Número Especial): 92-9.

Dias MAB, Domingues RMSM. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciência e saúde coletiva. 2015 [Acesso em 28 fev 2022;10(3):699-05. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>.

Diniz SG. **"O corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. Questões de Saúde Reprodutiva I [online]. 2016. [acesso em 10 mar 2022]. 1 (1): 80-91.

Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. **Aspectos das satisfações das mulheres com assistência ao parto: contribuição para um debate**. Cad Saúde Pública. 2014; 20 (1): 52-62.

Ferreira CHJ, Payno SMP. **A eletroestimulação nervosa transcutânea como recurso de alívio da dor no trabalho de parto**. Femina. 2012;30(2):83-6.

Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. **O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica**. Cad Saúde Pública. 2012. 18 (5): 1303-11.

Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. **Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da**

**mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cad Saúde Pública. 2014; 30.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto.** Cad Saúde Pública. 2014; 30: 17-47.

Lee EW, Chung IW, Lee JY, Lam PW, Chin RK. **The role of transcutaneous electrical nerve stimulation in management of labor in obstetric patients.** Asia Oceania J Obstet Gynaecol. 2016;16(3):247-54.

Melzack R, Wall PD. **Pain mechanisms: a new theory.** Science. 2015;150(699):971-9. 7.

Milfont PMS, Silva VM, Chaves DBR, Beltrão BA. **Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres.** Online Braz J Nurs. 2011 [acesso em 10 Mar 2022];10 (3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493>

Minayo MCS, Souza ER. **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira.** Cad. Saúde Pública. 2016; 20 (4): 23-47.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde.** Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.

Orange FA, Amorim MMR, Lima L. **Uso da Eletroestimulação Transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;25(1):45-52

Pereira WR. **O Poder, a violência e a dominação simbólicos nos serviços públicos de saúde que atendem mulheres em situação de gestação parto e puerpério.** Texto Contexto Enferm. 2014; 13 (3): 391-400.

Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. **A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland.** Int J Gynaecol Obstet. [online]. 2011; 115: 26-30.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K. **O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 186-192, abr/jun. 2015.

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. 2018. Revista Educação em Saúde, v. 3, n. 2, 2015.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2013.

Rocha JA, Novaes PB. **Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal.** Femina. [online] 2020; 38 (3) [acesso em 10 mar 2022]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>

Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. **Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde.** Rev Esc Enferm USP. 2013; 47 (5): 1031-8.

SILVA, *et al.* **Uso da Bola Suíça no Trabalho de Parto.** Acta Paul Enferm, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 656-662. 2012. Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN, p. 2177-8248, 2014.

Sabatino H, Dunn PM, Barcia RC. **Parto Humanizado: formas alternativas** Campinas: Editora da Unicamp; 2020.

SILVA, MGF **Fisioterapia no Suporte contínuo e Método das Cadeias Musculares (GDS), após processo de parto.** Rev Bras Fisioterapia Ginecologica. 2017 v. 24, n. 5, p. 656-662. 2012.

Teixeira NZF, Pereira WR. **Parto hospitalar: experiências das mulheres na periferia de Cuiabá.** Rev Bras Enf. 2016. 59 (6): 740-4.

Telles ER, Amaral VF. **Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS) em ginecologia e obstetrícia: alternativas nas síndromes dolorosas.** *Femina*. 2017;35(11):697-702.

VELHO, M.B.; *et al.* **Vivência do parto normal ou cesário: Revisão Integrativa sobre a percepção de mulheres.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 21, n.2, p. 458-466, abr/jun. 2012.