

Revisão de Literatura (Fisioterapia e Terapia Ocupacional)

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA
FISIOTERAPÊUTICA PRESTADA A
PARTURIENTE DURANTE O PARTOTHE IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPY
ASSISTANCE PROVIDED TO THE PARENTAL
DURING BIRTH

doi 10.31072/rcf.v10iedesp.756

Aine Cristina Motta de Oliveira

Acadêmica do curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). E-mail: chrisoliveira2612@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5372-1483>.

Patricia Caroline Santana

Mestre em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto (2019). Professora Adjunta da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). E-mail: patricia.santana541@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4498-9178>.

Copyright¹:

Submetido em: 25 mar. 2019. Aprovado em: 30 maio 2019. Publicado em: 26 jul. 2019.
E-mail para correspondência: chrisoliveira2612@gmail.com.

Descritores (DeCS)²:

Fisioterapia
Saúde da mulher
Parto normal

RESUMO: A gestação é uma etapa do ciclo normal da vida feminina e pode suceder-se de diversas formas, sendo o parto o estágio final desse ciclo. A Organização Mundial de Saúde tem incentivado a prática de partos humanizados e o fisioterapeuta por sua formação é um profissional apto a atuar no âmbito da saúde da mulher, auxiliando na vivência de um parto mais saudável e satisfatório a mulher. Assim, o objetivo desta pesquisa é discorrer a importância da assistência fisioterapêutica prestada à parturiente no parto humanizado. Em suma, espera-se com essa revisão bibliográfica esclarecer o papel da fisioterapia neste cenário, bem como auxiliar futuros pesquisadores em seus trabalhos bibliográficos e disponibilizar aos profissionais evidências científicas atuais que auxiliem na assistência prestada à parturiente. O presente estudo consiste em uma revisão de literatura de caráter descritivo, embasado em livros e documentos acadêmicos publicados entre os anos de 2003 a 2018. Dentre os recursos fisioterapêuticos mais empregados no trabalho de parto humanizado são a cinesioterapia, terapia manual, exercícios respiratórios e eletroestimulação nervosa transcutânea, técnicas empregadas conforme o quadro clínico da parturiente. Os achados desta revisão demonstraram que a fisioterapia no centro obstétrico contribui significativamente no parto, tornando-o mais ativo, humanizado e satisfatório à mulher.

Descriptors:

Physical therapy
Women's health
Natural childbirth

ABSTRACT: Pregnancy is a stage of the normal cycle of women's life and can take place in several ways, with childbirth being the final stage of this cycle. The World Health Organization has encouraged the practice of humanized deliveries and the physiotherapist for her training is a professional able to act in the field of women's health, helping in the experience of a healthier and satisfactory delivery to the woman. Thus, the objective of this research is to discuss the importance of the physiotherapeutic assistance provided to the parturient in natural childbirth. In summary, it is expected that this literature review clarifies the role of physiotherapy in this scenario, as well as assist future researchers in their bibliographic work and make available to professionals current scientific evidence that will assist in the assistance provided to the woman. The present study consists of a descriptive literature review, based on books and academic documents published between the years of 2003 and 2018. Among physiotherapeutic

Imagem: StockPhotos (Todos os direitos reservados).

¹ Atribuição CC BY: Este é um artigo de acesso aberto e distribuído sob os Termos da *Creative Commons Attribution License*. A licença permite o uso, a distribuição e a reprodução irrestrita, em qualquer meio, desde que creditado as fontes originais.

² Descritores em Saúde (DeCS). Vide <http://decs.bvs.br>.

resources the most used in natural labor are kinesiotherapy, manual therapy, respiratory exercises and transcutaneous nerve electrostimulation, techniques of which are used according to patients' needs. Findings of this review demonstrated that physiotherapy in obstetric centers contributes significantly to childbirth, making it more active, humanized and satisfying to woman.

1 INTRODUÇÃO

A maternidade constitui o marco de uma nova etapa na vida da mulher ⁽¹⁾, vista como uma das tarefas mais difíceis e de grandes responsabilidades, tendo em vista que o corpo da mulher e sua vida irão passar por diversas adaptações ⁽²⁾.

A gestação trata-se de um processo fisiológico que engloba inúmeras modificações hormonais que ocasionam transformações físicas, comportamentais e psíquicas na mulher, consequentemente influenciando na inserção social, na autoimagem e na identidade feminina ⁽³⁾.

No organismo materno o embrião irá atuar como um ser que carece de substâncias nutritivas, em virtude disso diversas adaptações irão decorrer para suprir suas necessidades ⁽⁴⁾. Essas adaptações podem ser vistas como uma condição de saúde que inclui mudanças fisiológicas iguais ou superiores as mudanças que acompanham condições patológicas ⁽⁵⁾, sendo fundamentais para o desenvolvimento do embrião e posteriormente do feto, bem como para adaptação da mulher aos ciclos da gestação ⁽⁶⁾.

Historicamente a atenção à saúde da mulher era centralizada na função de reprodução, principalmente no período gestacional e no trabalho de parto. O Ministério da Saúde ao identificar tal problemática que evidencia a má assistência e o descumprimento dos direitos reprodutivos, instituiu em 1/6/2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria/GM nº 569 com intuito de garantir qualidade no acompanhamento do pré-natal e da assistência no parto e pós-parto ⁽⁷⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado a prática de partos normais, visto que são mais vantajosos tanto para mãe quanto para o bebê ⁽⁸⁾, em virtude da interação mãe-bebê, as chances de ocorrer hemorragias ou infecções são menores e a recuperação no pós-parto é praticamente imediata ⁽⁹⁾.

No Brasil, tal como em outras nações o parto está exageradamente medicalizado com ampla utilização de altas tecnologias e limitada participação da gestante ⁽¹⁰⁾. O índice de partos cesarianos no Brasil aumentou de 32% em 1994, para 46,5% no ano de 2007 e 52% em 2010 ⁽¹¹⁾.

Esse aumento é considerado um fenômeno mundial, contudo a realização de inúmeras cesarianas são consideradas inapropriadas, tendo em vista que o índice de mortalidade e morbidade é superior ao parto vaginal. Submeter à mulher aos riscos pertinentes a um procedimento cirúrgico por razões nem sempre válidas é uma ação que deve ser reavaliada ⁽¹⁰⁾.

A proposta de humanizar o parto vem do fato de que diversas unidades de saúde desconsideram as recomendações da Organização Mundial de Saúde e acabam por realizar partos com intervenções consideradas desnecessárias e inadequadas ⁽⁹⁾. Em virtude disso, a humanização no parto visa desestimular o paradigma de que os partos devam ser cada vez mais medicalizados ⁽¹²⁾, bem como assegurar o respeito aos direitos da parturiente e a participação ativa da mulher nas decisões ⁽¹³⁾.

Dentre as ações de um parto humanizado, destaca-se a atuação do fisioterapeuta. Na assistência à saúde da mulher esse profissional tem apresentado escala crescente de participação, visto que recursos não farmacológicos que promovam o alívio da dor no parto são temáticas abordadas frequentemente em pesquisas científicas ⁽¹⁴⁾. Contudo no Brasil, a assistência fisioterapêutica durante o trabalho de parto ainda não é uma prática pré-estabelecida e não encontra-se inclusive no sistema de saúde pública ⁽¹⁵⁾.

O fisioterapeuta é um profissional apto e respaldado legalmente a atuar no preparo para o trabalho de parto, bem como durante o parto juntamente com a equipe obstétrica, pois dispõe de conhecimentos relacionados à fisiologia osteomuscular ⁽¹⁶⁾, bem como de recursos para diminuição da percepção de dor e na facilitação do trabalho de parto, contribuindo significativamente na qualidade do atendimento a gestante ⁽¹⁷⁾.

Diante do contexto, o presente estudo justifica-se pela tamanha importância em esclarecer o papel do fisioterapeuta e suas intervenções no acompanhamento durante o trabalho de parto humanizado, proporcionando um aprofundamento e compreensão neste cenário.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo, embasado em livros e documentos acadêmicos (artigos científicos, monografias e teses).

Os livros foram buscados no acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA), Biblioteca Virtual da FAEMA e no Google Livros. Os artigos científicos, monografias e teses foram encontrados por meio de consulta em base de dados indexados online: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS) e Google Acadêmico.

Os descritores utilizados foram selecionados por meio de consulta de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo

os descritores em português: Fisioterapia; Saúde da Mulher; Parto Normal; e seus correspondentes em inglês: Physical therapy; Women's Health; Natural Childbirth.

Os critérios de inclusão estabelecidos para este estudo foram monografias, teses e artigos científicos publicados entre os anos de 2003 a 2018 e livros publicados entre os anos de 2004 a 2018, ambos escritos na língua portuguesa e língua estrangeira abrangendo o tema da pesquisa. Dentre os critérios de exclusão, três artigos pré-selecionados por preencher os critérios de inclusão, contudo foram excluídos, em virtude de não apresentar informações fidedignas e de cunho fisioterapêutico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 GESTAÇÃO

A vida feminina é compreendida por ciclos que ocorrem desde a infância até a senescência, dentre esses ciclos a mulher tem o privilégio de gerar uma vida em seu ventre, ciclo esse conhecido como gravidez ⁽¹⁸⁾.

A gravidez trata-se de um processo fisiológico, no qual ocorre uma sequência de eventos que se inicia com a fertilização e prossegue para a implantação e posteriormente o desenvolvimento embrionário e fetal ⁽¹⁹⁾. O período gestacional dura em torno de 40 semanas ou 280 dias, essa duração pode ser dividida em três trimestres com treze semanas ou três meses conforme o calendário ⁽²⁰⁾.

A percepção da gestação pode sobrevir antes da confirmação pelo exame clínico, e até mesmo antes que ocorra o atraso menstrual. Não é incomum a mulher de modo inconsciente captar as mudanças bioquímicas e corporais que indicam uma gravidez. No entanto, existem mulheres que só percebem a gravidez a partir do quarto mês de gestação, acredita-se que seja pela mulher não possuir sintonia com seu corpo e recusar a existência das modificações provocadas pela gravidez, ou a ocorrência de eventuais sangramentos no primeiro trimestre levando a mulher a acreditar que seja a menstruação ⁽¹⁰⁾.

Os sinais e sintomas da gravidez são classificados em três grupos: presuntivo, provável e positivo. Os sinais e sintomas presuntivos sugerem uma gestação, contudo não evidenciam a gravidez ⁽²⁰⁾, são eles a ausência menstrual, alteração nas mamas (seios doloridos e inchados), náuseas, vômitos, sonolência, fadiga e aumento da frequência miccional ⁽²¹⁾.

Os sinais e sintomas prováveis consistem em achados detectados entre a 12ª e a 16ª semana de gestação, como o aumento abdominal, alterações no útero (tamanho, formato e densidade) e bem como sensação de movimento fetal no abdômen. Já os sinais e sintomas positivos ocorrem após a confirmação da gestação, como a presença de batimentos cardíacos e movimentos fetais, evidências encontradas na

ultrassonografia transvaginal e esboço do corpo fetal ⁽²⁰⁾.

No decorrer da gestação observam-se determinadas inquietações típicas, ordenadas por uma divisão de trimestres. Desta forma, no primeiro trimestre é frequente as incertezas, anseio de abortar, mudanças de humor, bem como os primeiros sinais e sintomas, como a alteração das mamas, náuseas, indisposição, desejos e repugnâncias por alguns alimentos. O segundo trimestre é caracterizado pelas mudanças corporais, percepção dos movimentos do feto e a sua influência. No terceiro trimestre as inquietações se intensificam, em decorrência da proximidade do trabalho de parto, bem como os anseios de sentir dor e até mesmo quanto à morte, neste período ocorre um aumento nas queixas físicas ⁽²²⁾.

A gestante que manifesta maior vulnerabilidade, bem como ansiedade tende a receber uma quantidade maior de medicação durante o trabalho de parto. A quantidade de anestésicos empregados durante o parto depende do contexto institucional, bem como a rotina da equipe local e das particularidades da parturiente ⁽¹⁰⁾.

3.2 ASPECTOS BIOMECÂNICOS E CINESIOLÓGICOS DA PELVE RELACIONADOS À GESTAÇÃO

É primordial que a gestante adquira o conhecimento corporal, principalmente quanto à morfologia e funcionamento interno e externo dos órgãos envolvidos no período gestacional e no parto, visto que é fundamental para o êxito do tratamento fisioterapêutico. Contudo, em virtude dos aspectos culturais e sociais esses conhecimentos têm sido deixados de lado, resultando em uma complexidade na prática de exercícios que abrangem a musculatura do assoalho pélvico ⁽²³⁾.

A expressão pelve originou-se do latim que significa "bacia" ou "tigela" e consiste em uma bacia óssea formada por dois ossos ilíacos (lado esquerdo e direito) ⁽²⁴⁾, que se unem anteriormente por meio da sínfise púbica e o osso sacro, posteriormente com os ossos do quadril. Os componentes pélvicos são formados pela fusão dos ossos ílio, ísquio e púbis que ocorre em torno dos 14 anos de idade do indivíduo ⁽²³⁾, apesar de serem ossos individuais aderem-se para constituir a pelve e cooperar na formação do acetábulo, cavidade no qual se fixa a cabeça do fêmur para originar a articulação do quadril ⁽²⁴⁾.

O assoalho pélvico é constituído por músculos, ligamentos e fâscias localizados entre os ossos púbis e cóccix ⁽¹⁾, tendo como função a sustentação dos órgãos internos como o útero, reto e bexiga, bem como assegurar a ação dos esfíncteres e possibilitar a passagem do bebê no trabalho de parto ⁽²⁵⁾.

O assoalho pélvico é composto pelos músculos coccígeo, levantadores do ânus (pubocccígeo, pubovisceral e ileococcígeo), bulbocavernoso,

isquiocavernoso, bem como o músculo perineal transverso superficial e profundo⁽²⁶⁾. Essa musculatura deve ser exercitada em todas as fases da vida da mulher principalmente no período gestacional, visto que o períneo insuficiente pode ocasionar prolapso genital, incontinência urinária e disfunções sexuais. Em torno de quatro a seis meses de pós-parto a musculatura do assoalho pélvico retorna a sua normalidade, portanto é contraindicado nesse período o emprego de eletroestimulação vaginal ou anal⁽²⁵⁾.

O fisioterapeuta deve compreender e conhecer todas as estruturas anatômicas do quadril e do sacro, visto que a anatomia palpatória dessa região auxilia no raciocínio clínico da biomecânica da pelve, contribuindo para esclarecer a relação da mesma com a condição clínica da paciente, e conseqüentemente facilitar a tomada de decisões visto que são inúmeras as alterações fisiológicas que a gestante passa⁽²³⁾.

3.3 ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS DURANTE A GRAVIDEZ

A gravidez proporciona ao corpo da mulher uma série de adaptações hormonais e musculoesqueléticas que ocorrem a partir da fecundação. O preparo do corpo para a gestação abrange adaptações de diversos sistemas e pode ser vista como uma condição de saúde que inclui mudanças fisiológicas iguais ou superiores a mudanças que acompanham condições patológicas⁽⁵⁾.

Essas mudanças são necessárias para que ocorra desenvolvimento do embrião e posteriormente do feto dentro da normalidade, bem como para adaptação da mulher aos ciclos da gestação⁽⁶⁾. Dentre essas mudanças, salienta-se as alterações do sistema musculoesquelético, mudanças hemodinâmicas e alterações da dinâmica respiratória, visto que tais alterações são responsáveis pela maior parte dos quadros clínicos das gestantes que procuram por atendimento fisioterapêutico⁽²⁷⁾.

3.3.1 SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

As alterações na mecânica do esqueleto da gestante ocorrem em consequência da ação hormonal (estrogênio, progesterona e relaxina) que intensifica a frouxidão ligamentar e as alterações biomecânicas⁽⁵⁾.

A postura da gestante é influenciada pelo deslocamento do centro de gravidade que se projeta anteriormente, em decorrência do crescimento abdominal e dos seios. Dentre as alterações que a gestante pode apresentar encontram-se a instabilidade articular, redução do arco plantar, anteversão pélvica e aumento da lordose lombar⁽²⁸⁾, com intuito de auxiliar na conservação do equilíbrio⁽²⁹⁾.

Em virtude dessas modificações posturais a coluna vertebral e as articulações são sobrecarregadas, ocasionando alterações musculoesqueléticas como a cervicalgia, lombalgia e a algia em região sacroilíaca, interferindo no desempenho das atividades diárias da

gestante. Durante a gestação, 80% das gestantes relatam sentir dor em coluna vertebral e aproximadamente 50% em coluna lombar, sendo a região sacroilíaca e a coluna lombar os locais de ocorrência de dor⁽³⁰⁾.

Devido essas alterações as gestantes são encaminhadas para o acompanhamento fisioterapêutico visando a diminuição dos desconfortos e quadros álgicos, bem como prevenir o surgimento de disfunções uroginecológicas e a prática de exercícios físicos supervisionados⁽¹²⁾.

O acompanhamento fisioterapêutico pode iniciar-se logo nos primeiros meses de gestação com o intuito de ajudar a gestante a lidar com as transformações que ocorrem do início ao final da gestação, bem como na preparação da musculatura do assoalho pélvico para o parto⁽²³⁾.

3.3.2 SISTEMA CIRCULATÓRIO

No período gestacional o sistema cardiovascular passa por alterações consecutivas ocasionando mudanças hemodinâmicas, como o aumento de volume sanguíneo, do débito cardíaco e redução da resistência vascular sistêmica⁽²⁹⁾.

Essas modificações se acentuam no terceiro trimestre gestacional e permanecem até o parto, ainda que a viscosidade sanguínea esteja diminuída, a coagulação da gestante está aumentada, devido à fibrinólise estar inibida e todos componente da coagulação possuem um aumento nítido⁽⁴⁾.

O volume sanguíneo aumenta em média de 40% para suprir as exigências gradativas da parede uterina, bem como do útero e das demais regiões corporais, em virtude disso ocorre a elevação do plasma e da massa eritrocitária. O débito cardíaco aumenta gradativamente a partir da 10ª a 12ª semana de gestação chegando entre 30% a 50% em relação aos níveis antes da gestação, em virtude disso ocorre uma acentuação do volume sistólico secundário ao aumento do volume e da frequência cardíaca. Devido ao aumento do número de leucócitos polimorfonucleares neutrófilos, os glóbulos brancos são elevados podendo atingir um pico na trigésima semana, intensificando as particularidades fagocitárias e bactericidas do sangue⁽²⁹⁾.

Essas adaptações são fundamentais para a gestante, pois favorecem o desenvolvimento do feto e protegem a mulher de hemorragias no trabalho de parto, em virtude da reserva sanguínea⁽⁴⁾.

3.3.3 SISTEMA RESPIRATÓRIO

No período gestacional, em virtude da frouxidão em torno da coluna vertebral ocorre uma maior mobilidade nas articulações das costelas, conseqüentemente as costelas inferiores alargam-se lateralmente. O espaço transversal da caixa torácica amplia em torno de 2 cm e sua circunferência aumenta em média 6 cm, em consequência dessa expansão manifesta-se

alterações no diafragma que irá refletir nas costelas, cartilagens costais, esterno, nas vértebras lombares e no tendão central ⁽²⁶⁾.

O sistema respiratório passará por adaptações que acabam por afetar a função pulmonar e as trocas gasosas no organismo materno. Durante o período gestacional a respiração fica mais profunda, aumentando o nível da frequência respiratória, volume corrente e a ventilação por minuto ⁽²⁹⁾, elevando o consumo de oxigênio em média de 15 a 20% ⁽⁴⁾.

A frequência respiratória aumenta em média de quinze para dezoito movimentos respiratórios por minuto com declínio de 20 a 25% da tensão de dióxido de carbono, a elevação da capacidade respiratória geralmente acompanha o decréscimo da capacidade residual funcional, volume residual e volume de reserva expiratória. Em virtude do crescimento uterino o diafragma é elevado cerca de 4 cm, predominando a respiração diafragmática na gestante ⁽²⁹⁾.

Essas alterações no sistema respiratório da gestante possibilitam a eliminação de dióxido de carbono fetal por meio de difusão passiva na placenta ⁽²⁰⁾.

3.4 PARTO

O parto trata-se de um processo fisiológico multifatorial que abrange tanto influências maternas quanto fetais ⁽²⁷⁾ e caracteriza o estágio final da gestação, quando o indivíduo gerado dará início a uma vida independente fora do corpo materno ⁽³¹⁾.

A parturição é uma prática que acompanha a história da humanidade e, principalmente da mulher. Durante muito tempo foi apontada como uma prática acima de tudo feminina, executada exclusivamente por parteiras. O processo de inclusão da obstetrícia por médicos iniciou-se na Europa nos séculos XVII e XVIII, expandindo-se ao Brasil em 1808 com a fundação de escolas de medicina e cirurgia nos estados do Rio de Janeiro e Bahia, aqueles que desempenhavam essa prática eram nomeados de parteiros ou médicos-parteiros. No século XX após a segunda guerra mundial o parto hospitalar tornou-se predominante, as mudanças criaram circunstâncias para a inserção de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático ⁽³²⁾.

A episiotomia é uma incisão realizada no períneo para aumentar a abertura do canal do parto e o fórceps é um instrumento cirúrgico semelhante a uma pinça, no parto ele é introduzido na vagina da parturiente para auxiliar na expulsão do bebê ⁽⁹⁾. Contudo, a realização da episiotomia não é vantajosa para o assoalho pélvico da mulher e o uso do fórceps aumenta consideravelmente o risco de lacerações perineais e neuropatias pélvicas ⁽³³⁾.

O parto cesáreo trata-se de um procedimento cirúrgico que envolve uma incisão horizontal na parede abdominal e uterina ⁽¹²⁾ de 15 a 20 cm, acima dos pelos pubianos. Sendo sua indicação em casos de infecções herpéticas ativas, posição do bebê invertida, riscos de

vida da parturiente e do bebê, bem como em parto que não estiver progredindo normalmente. Vale salientar que por ser um procedimento cirúrgico, a recuperação é lenta e necessita de internação hospitalar por alguns dias ⁽⁹⁾.

O elevado número de cesarianas eletivas é considerado um fenômeno mundial, no Brasil ocorre de forma descontrolada e o país encontra-se entre os líderes em taxas de cesarianas. O Governo Federal ao identificar tal problemática instituiu programas como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Rede Cegonha, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) visando reduzir esse percentual e alcançar o proposto pela OMS de entre 10% e 15% de cesarianas ⁽¹¹⁾.

O parto normal é um recurso natural de nascimento que não envolve procedimentos cirúrgicos ⁽¹²⁾, decorre por via vaginal respeitando a ação biológica do corpo materno. Os benefícios do parto normal incluem recuperação pós-parto mais rápida, não há cicatrizes aparentes, minimiza as chances de hemorragias e infecções, bem como proporciona uma interação mãe e bebê potencializando os laços afetivos ⁽⁹⁾.

O trabalho de parto possui duas fases, sendo a primeira representada por contrações uterinas que propiciam a dilatação gradativa do colo do útero e a segunda fase que condiz com a expulsão fetal ⁽³⁴⁾.

A duração do primeiro estágio do parto pode variar conforme as condições clínicas da parturiente. Esse estágio é dividido em duas fases, sendo elas: fase de latência (inicial) em que ocorre uma dilatação de 0 a 3 cm e no final da fase as contrações ocorrem em média a cada 5 minutos. Fase ativa onde ocorre uma dilatação de 4 a 7 cm, normalmente as contrações ocorrem a cada 2 a 5 minutos com duração de 40 a 60 segundos e com intensidade de moderada a forte, e na transição (estágio final da fase ativa) a dilatação é em torno de 8 a 10 cm, as contrações ocorrem em média a cada 2 a 3 minutos com duração de 50 a 60 segundos, em algumas parturientes pode durar até 120 segundos ⁽²⁰⁾.

A segunda fase do trabalho de parto condiz com a expulsão fetal em que as contrações e a dilatação tornam-se mais acentuadas, essa fase pode durar de 1 a 4 horas ⁽³⁴⁾.

A proposta de humanização no parto se dá em virtude do descumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde nas unidades hospitalares que por fim realizam intervenções cirúrgicas consideradas inadequadas e desnecessárias ⁽⁹⁾. Por esse motivo, a humanização no parto tem o intuito de quebrar o paradigma de que os partos deveriam ser cada vez mais medicalizados ⁽¹²⁾. Portanto, o parto humanizado é aquele em que o emprego de intervenções é mínimo, podendo este ser entendido como sinônimo de parto natural ⁽⁹⁾.

Os objetivos da humanização no parto consistem em preservar as características fisiológicas do nascimento, permitir a gestante a liberdade de mover-se e escolher as posições que sentir mais confortável

no decorrer das contrações e na fase expulsiva, estimular o aleitamento materno e o contato da mãe com o bebê, emprego de recursos não farmacológicos para o alívio da dor, limitar o uso de ocitocina para induzir o parto, bem como episiotomia, fórceps e rupturas precoces de membranas ⁽²³⁾.

O processo de humanização no trabalho de parto além do apoio do cônjuge e familiares, requer intervenções não farmacológicas correlacionadas às informações recebidas pela gestante no seu processo de preparo para o parto, bem como o respeito à individualidade e a autonomia da mulher. É fundamental que os recursos não farmacológicos para o alívio da dor sejam estudados, visto que são mais seguros, implicam o mínimo de intervenções e resgatam o significado fisiológico que o parto deve simbolizar para a mulher e para o bebê ⁽³¹⁾.

Nesse contexto, a assistência fisioterapêutica no parto torna-se indispensável principalmente no que tange ao alívio da dor, suporte físico e posicionamento ⁽²³⁾.

3.5 O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA ASSISTÊNCIA PRESTADA À PARTURIENTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, preserva e reabilita as disfunções cinéticas funcionais causadas por variações genéticas, traumáticas ou patológicas adquiridas. O fisioterapeuta é um profissional capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde contribuindo significativamente para a preservação da saúde e promoção de qualidade de vida do indivíduo ⁽³⁵⁾.

O fisioterapeuta é um profissional apto e respaldado legalmente para atuar na promoção de saúde da mulher e da criança, tendo como função a conscientização da gestante quanto às mudanças físicas que ocorreram do início ao final da gestação, bem como orientar quanto às posições adequadas para a progressão do trabalho de parto, realizar o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, minimizar o quadro algico no parto e proporcionar bem estar físico e psíquico a gestante ⁽³⁶⁾.

Durante o trabalho de parto o assoalho pélvico da parturiente sofre mudanças significativas para que o bebê consiga passar pelo canal da vagina. Dentre as lesões obstétricas perineais as mais comuns ocorrem em virtude dos tecidos moles (pele, fáscia e músculos) não alcançarem a distensibilidade necessária para a passagem do bebê sem gerar lesões. Essa distensibilidade é fundamental na segunda fase do trabalho, quando a pressão exercida sobre o assoalho pélvico pela cabeça do bebê é maior, juntamente com o aumento da pressão intra-abdominal para auxiliar na expulsão ⁽³⁷⁾.

Algumas intervenções têm sido propostas com intuito de diminuir as chances de desenvolvimento de traumas ou lacerações perineais durante o trabalho de parto, como o dispositivo Epi-No (balão inflável) um

dilatador vaginal utilizado durante a gestação para preparação da musculatura do assoalho pélvico para o parto ⁽³⁸⁾, bem como a massagem perineal ⁽³⁷⁾.

A massagem perineal trata-se de uma técnica utilizada no pré-parto durante o último mês de gestação visando expandir o tecido perineal mais facilmente no parto, bem como aumentar a flexibilidade dos músculos perineais e reduzir a resistência muscular. Possibilitando que o períneo alonga-se durante o trabalho de parto, conseqüentemente evitando que ocorram lacerações perineais, bem como o uso da episiotomia ⁽³⁹⁾.

No estágio inicial do trabalho de parto o fisioterapeuta irá orientar a parturiente quanto às posturas que auxiliam na facilitação da dilatação, bem como proporcionar alívio da dor por meio de recursos não farmacológicos. Já na segunda fase do trabalho de parto o fisioterapeuta irá estimular a participação ativa da parturiente, associando com uma postura e respiração adequada para facilitar no processo de expulsão do bebê ⁽³⁶⁾. No que tange a atuação fisioterapêutica no parto sabe-se que cada orientação e intervenção são executadas conforme a necessidade do estágio funcional do parto ⁽¹⁴⁾.

Durante o trabalho de parto, a parturiente realiza demasiado uso da musculatura abdominal, respiratória e do assoalho pélvico. Em virtude disso, o fisioterapeuta por estudar e dispor de conhecimentos relacionados à biomecânica muscular, bem como das alterações musculoesqueléticas ocorridas no período gestacional, irá auxiliar a parturiente na adoção de posturas, na contração e no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico ⁽⁴⁰⁾.

Estudos demonstram que a assistência fisioterapêutica no centro obstétrico contribui positivamente no trabalho de parto, auxiliando na diminuição do tempo do parto, tornando-o mais ativo, humanizado e satisfatório a mulher ⁽⁸⁾.

Os recursos fisioterapêuticos utilizados durante o trabalho de parto incluem a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), terapia manual, crioterapia, mobilização pélvica, técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios, visando proporcionar confiança, tranquilidade e alívio da dor a parturiente ⁽²⁷⁾.

3.6 RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS UTILIZADOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A *International Association for the Study of Pain* conceitua a dor como uma experiência sensorial e emocional, ligada a uma lesão real ou iminente tecidual ⁽⁴¹⁾. A dor durante o parto corresponde a uma resposta fisiológica, enigmática, relativa e pluridimensional aos estímulos sensoriais ⁽³⁴⁾, desencadeado pelas contrações uterinas, hipóxia da musculatura do útero, bem como o estiramento cervical, vaginal e perineal no estágio expulsivo ⁽⁴¹⁾.

Durante o trabalho de parto recomenda-se o emprego de técnicas não farmacológicas e não

invasivas como meio de diminuir o quadro algóico da parturiente ⁽⁴²⁾, no entanto é indispensável que o fisioterapeuta realize a mensuração da intensidade da dor por meio da escala analógica visual (EVA), assim como a identifique os fatores de risco que acentuam sua intensidade para então definir quais recursos utilizar para a analgesia ⁽⁴¹⁾.

Dentre os recursos fisioterapêuticos empregados durante o trabalho de parto, destacam-se a eletroestimulação nervosa transcutânea, massagem terapêutica, cinesioterapia e exercícios respiratórios ⁽²⁷⁾.

3.6.1 ELETROESTIMULAÇÃO NERVOSA TRANSCUTÂNEA (TENS)

A eletroestimulação nervosa transcutânea trata-se de uma corrente de baixa intensidade que gera impulsos elétricos com frequência de 0 a 200 Hz que são enviadas por meio de eletrodos. O efeito analgésico deste recurso terapêutico é fundamentado pela “Teoria das Comportas”, onde ocorre à estimulação das fibras aferentes de diâmetro largo, inibindo a transmissão sináptica nas vias de diâmetros estreitos responsáveis pelos estímulos dolorosos, consequentemente o estímulo nociceptivo não chega aos centros sensoriais superiores ⁽⁴³⁾.

A frequência de 50 a 100 Hz tem se mostrado efetiva no alívio da dor durante o trabalho de parto, no entanto recomenda-se que um par de eletrodos seja posicionado em região de paravertebrais em nível de T10 e L1, visto que essa região condiz à inervação do útero e cérvix (colo do útero) e o outro par de eletrodos seja posicionado em nível de S2 e S4 região que representa a inervação do canal do parto e assoalho pélvico ⁽²³⁾.

O TENS é um recurso muito utilizado pelo fisioterapeuta durante o trabalho de parto, em virtude de ser uma técnica segura, de baixo custo e sem efeitos colaterais ⁽³⁶⁾.

3.6.2 MASSAGEM TERAPÊUTICA

A massagem trata-se de uma manipulação manual dos tecidos moles corporais, sendo um dos recursos terapêuticos mais naturais para promoção do alívio da dor, visto que proporciona o relaxamento muscular e consciência corporal, apresentando um efeito sedativo e analgésico. A massagem proporciona a liberação de endorfinas que ocasiona a diminuição da transferência de sinais entre as células nervosas reduzindo a percepção de dor ⁽⁴²⁾.

No intervalo das contrações a massagem pode ser aplicada nos ombros, na região dorsal, em membros inferiores e superiores ⁽²³⁾, podendo ser do tipo deslizamento superficial, amassamento e pinçamento ⁽⁴⁴⁾. Contudo, durante as contrações recomenda-se que a massagem seja aplicada em região lombo-sacra em nível de T10 e L2, visto que essa região condiz à inervação do útero e ao canal do parto (S2-S4) ⁽²³⁾.

Os benefícios da massagem durante o trabalho do parto incluem melhora do fluxo sanguíneo e alongamento das fibras musculares, consequentemente a tensão é aliviada evitando lacerações e o uso da episiotomia ⁽¹⁾.

Estudos evidenciam que a utilização da massagem terapêutica é satisfatória para diminuição do quadro algóico e redução do nível de estresse em todas as fases do trabalho de parto, visto que este método não interfere no tipo e na evolução do trabalho de parto ⁽³¹⁾.

3.6.3 CINESIOTERAPIA

A cinesioterapia consiste em uma técnica de movimentos ⁽³³⁾ que se baseia nos princípios da anatomia musculoesquelética, biomecânica e fisiologia neuromuscular ⁽⁴¹⁾.

Estudos randomizados apontam que as posições verticais durante o trabalho de parto oferecem benefícios tanto na perspectiva gravitacional quanto no aumento do diâmetro pélvico, em virtude disto devem ser empregada na assistência prestada à parturiente. Contudo, a mulher pode adotar a posição em que sentir-se mais confortável, cabendo ao profissional que está prestando assistência orientá-la e ter o conhecimento das vantagens e desvantagens de cada posicionamento ⁽⁴⁵⁾.

Um estudo de revisão sistemática demonstrou que as parturientes que realizaram posturas verticais, tais como sentada, ortostática, cócoras e ajoelhada, bem como deambularam na fase inicial do parto desfrutaram de um parto mais rápido e solicitaram menos emprego de anestésicos ⁽²³⁾.

A bola suíça é um instrumento lúdico e de baixo custo que auxilia na realização da mobilização pélvica ⁽¹⁾, bem como o emprego de posições verticais, podendo ser utilizada no chão, cama e no chuveiro ⁽²³⁾. Os exercícios realizados com a parturiente sentada sobre a bola suíça trabalham os músculos pélvicos, favorecendo a descida do feto pelo canal do parto ⁽⁴⁶⁾.

O ritmo de descida do polo cefálico é influenciado por diversos fatores, tais como o peso do feto, o tônus da musculatura do assoalho pélvico, força das contrações e o posicionamento adotado pela parturiente. Portanto, cabe ao fisioterapeuta auxiliar a parturiente na percepção de seu corpo, bem como os movimentos pélvicos e posições que auxiliem nas contrações uterinas e no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, refletindo positivamente no trabalho de parto. Contudo, antes de orientar a adoção de posições verticais o fisioterapeuta deve avaliar, visto que em caso de membranas rotas a deambulação só é recomendada quando o polo cefálico estiver completamente apoiado na bacia da gestante, com intuito de evitar o prolapso do cordão umbilical ⁽²³⁾.

A mobilidade influencia significativamente no parto, visto que proporciona uma melhor evolução da dilatação, reduzindo o uso de analgésicos e anestésicos, bem como proporciona o aumento da tolerância à dor na parturiente ⁽⁴¹⁾.

3.6.4 EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

Durante o trabalho de parto o fisioterapeuta deve orientar a parturiente quanto aos exercícios respiratórios que propiciem uma respiração fisiológica que forneça a mulher e ao bebê uma oxigenação adequada, evitando a ocorrência de fadiga durante o parto ⁽⁴²⁾.

Historicamente recomendavam-se o uso da respiração rápida e superficial durante o trabalho de parto, no entanto, estudos evidenciaram que essa prática ocasiona fadiga, diminuição do fluxo sanguíneo

e conseqüentemente desmaios. Atualmente recomenda-se a utilização da respiração profunda, em que a parturiente inspira até encher todo pulmão e expira lentamente com os lábios franzidos, em virtude de proporcionar a mãe e ao bebê a oxigenação adequada, bem como diminuir a ansiedade ⁽¹⁾.

A seguir apresentam-se os principais estudos evidenciando a utilização da eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), massagem terapêutica, cinesioterapia e exercícios respiratórios durante o trabalho de parto, conforme o **Quadro 1**.

Quadro 1 - Principais estudos que evidenciam as intervenções fisioterapêuticas no trabalho de parto

AUTOR	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADO
Osório SMB, Júnior LGS, Nicolau AIO ⁽³¹⁾ .	Revisão sistemática	Avaliar a efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto.	Foram analisados 22 estudos que avaliaram os métodos não farmacológicos como intervenção terapêutica.	Evidenciou-se que a massagem é um método eficaz para aliviar a dor no trabalho de parto, pois além de diminuir a percepção dolorosa, ainda reduz os níveis de ansiedade e de estresse. Sendo eficaz principalmente quando aplicada na primeira fase do trabalho de parto. Além disso, a intervenção não interfere no tipo e na duração do trabalho de parto, mostrando-se segura à prática clínica.
Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Cathy E ⁽⁴⁸⁾ .	Estudo randomizado	Avaliar os efeitos de incentivar as mulheres a assumir diferentes posições verticais versus posições reclinadas para mulheres no primeiro estágio do trabalho de parto de trabalho de parto.	Utilizado métodos descritos no Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions para realizar a coleta de dados, avaliar a qualidade do estudo e analisar os resultados.	No geral, o primeiro estágio do trabalho de parto foi aproximadamente uma hora mais curto para as mulheres randomizadas para a posição vertical em oposição às posições reclinadas. As mulheres randomizadas para posições verticais foram menos propensas a terem analgesia por via epidural.
Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM ⁽⁴⁹⁾ .	Estudo randomizado e controlado	Avaliar o efeito das técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade na parturição.	O estudo foi realizado com 36 parturientes. Onde 17 pacientes do Grupo Controle receberam os cuidados habituais da maternidade enquanto que as 19 do Grupo Experimental receberam orientação e estímulo para realizarem técnicas de respiração e relaxamento.	A dor e a ansiedade foram avaliadas por meio da EVA e dos inventários de ansiedade-traço e estado, respectivamente. Neste estudo, observaram que as técnicas utilizadas pelo Grupo Experimental não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram por mais tempo a manutenção de um nível mais baixo de ansiedade durante a parturição.
Abreu EA, Santos JDM, Ventura PL ⁽⁴⁷⁾ .	Ensaio clínico controlado	Avaliar a efetividade do TENS no alívio da dor durante o trabalho de parto.	Realizado na Maternidade Dona Evangelina Rosa, envolvendo 20 parturientes na faixa etária entre 18 e 26 anos em trabalho de parto. Elas foram divididas em dois grupos, o que recebeu a intervenção da TENS (grupo TENS) e o	Em relação aos escores da escala analógica visual no grupo controle, as medianas dos escores iniciais e finais foram 8 e 9, respectivamente, enquanto no grupo TENS obteve-se 9,5 e 7, respectivamente. Durante o trabalho de parto, obteve-se com o TENS um alívio de moderado a muito bom em 80% dos casos e nenhum caso de alívio no grupo controle. A duração do trabalho de parto obteve mediana de 12,8 horas no grupo controle e 11,1 horas no grupo TENS.

			grupo controle, incluindo placebo.	
Oliveira MCB ⁽³⁸⁾ .	Ensaio Clínico	Verificar os efeitos da intervenção fisioterapêutica com uso do dilatador vaginal Epi-No® sobre a extensibilidade dos músculos do assoalho pélvico em gestantes.	O estudo foi realizado 15 gestantes primíparas e com idade gestacional de 34 semanas. As voluntárias foram submetidas a avaliação inicial, após quatro sessões e após oito sessões de intervenção.	O resultado deste estudo demonstrou que a intervenção com o Epi-No® é capaz de aumentar a extensibilidade dos músculos do assoalho pélvico em gestantes, o que pode resultar em maiores chances de perineos íntegros após o parto vaginal.

Mesmo que a utilização de meios não farmacológicos para a diminuição do quadro algico no parto seja recomendada⁽¹⁴⁾, a assistência fisioterapêutica não é uma prática rotineira e não está inclusa no sistema de saúde pública⁽⁴⁾.

Portanto, vale ressaltar que é necessário o aperfeiçoamento e o desenvolvimento de futuras pesquisas quanto ao papel da fisioterapia na atenção a saúde da mulher, com uma maior precisão metodológica para que se possa assegurar sua eficácia⁽²⁹⁾.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciado na presente revisão de literatura, no Brasil o parto tem se tornado extremamente medicalizado com emprego de múltiplas tecnologias e intervenções por vezes desnecessárias. Junto com essa realidade surge a necessidade da implementação de partos mais humanizados, contando com a assistência de profissionais capacitados como o fisioterapeuta, bem como o emprego de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor na parturiente.

A importância do fisioterapeuta nesta área de atuação reside nesse fato, já que poderá auxiliar a gestante a lidar com as alterações que ocorreram em

seu corpo no decorrer da gestação, no preparo para o trabalho de parto, bem como no processo de humanização do parto, tanto no alívio do quadro algico por meio de recursos não farmacológicos, quanto na evolução do parto e na respiração fisiológica.

Conforme demonstrado no presente estudo, a assistência fisioterapêutica no centro obstétrico contribui positivamente no decorrer do trabalho de parto, proporcionando uma diminuição no tempo do parto, tornando-o mais ativo, humanizado, saudável e satisfatório a mulher.

Dentre os recursos fisioterapêuticos utilizados durante o trabalho de parto destacam-se a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), massagem terapêutica, cinesioterapia e exercícios respiratórios, ambos evidenciaram eficácia no suporte a parturiente no parto vaginal.

Contudo, pode-se afirmar que não há um recurso que evidencie maior efetividade, mais sim que cada técnica é empregada conforme a necessidade do estágio funcional do parto, respeitando a autonomia e a particularidade de cada paciente.

Mais estudos são necessários para evidenciar dados mais precisos quanto ao papel da fisioterapia neste cenário, bem como, os recursos fisioterapêuticos empregados, seus benefícios à parturiente e no processo de humanização do parto.

REFERÊNCIAS

- Nunes GDS, Moreira PMCDs, Vial DDS. Recursos fisioterapêuticos para o alívio da dor no trabalho de parto. Rev. Faipe. 2015; 5(1):90-99. [citado em 19 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://revistafaipe.com.br/index.php/RFAIPE/article/view/51/50>.
- Ramalho S, Henriques C, Reis I, Santos S, Canário T. As dificuldades da mulher no processo de transição para a maternidade. II Encontro Nacional de Novos Investigadores em Saúde, 2017. [citado em 19 de novembro de 2018]. Disponível em: https://www.iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2804/1/Ebook_ENNIS_2017%2028.pdf.
- Francisquini AR, Higarashi IH, Serafim D, Bercini LO. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. Ciênc cuid saúde. 2010; 9(4):743-751. [citado em 19 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13826/719>.

- Valenciano CMVS, Rodrigues MF. A importância da intervenção fisioterapêutica na assistência do trabalho de parto. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. 2015. [citado em 19 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/58550.pdf>.
- Mann L, Kleinpaul JF, Mota CB, Santos SG. Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão. Motriz. 2010; 16(3):730-74. [citado em 19 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n3/a22v16n3.pdf>.
- Queroz AA. Conhecendo as alterações da gestação para um melhor cuidar no pré-natal. Brumadinho: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. [citado em 19 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3819.pdf>.
- Liz AN, Magalhães GM, Beuttenmuller L, Bastos VPD. Fisioterapia no Período Puerperal: Revisão Sistemática. CORPVS/Rev. dos Cursos de Saúde da Faculdade Integrada do Ceará; 2013; 27(1):09-20. [citado em 19 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.publica-estaciofic.com.br/revistas/index.php/CORPVS/article/view/65/34>.

8. Rodrigues CVC, Teixeira D, Pereira DL, Rosa LS, Rangel RCT, Viana SBP. Atuação da Fisioterapia no Centro Obstétrico durante o Trabalho de Parto. *Rev Cad Educ, Saúd e Fisiot.* 2015; 2(3). [citado em 19 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/472>.
9. Roveratti DS. Guia da sexualidade. 1 ed. São Paulo; 2012.
10. Maldonado MT. Psicologia da gravidez. Editora Jaguatirica Digital; 2013. [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://books.google.com.br>.
11. Leite ICR, Margoto RM, Borges TC, Xavier EA, Corassa GP, Freitas MA. A Análise da Taxa de Cesáreas no Distrito Federal e em um Hospital Público Regional nos últimos 15 anos. *Rev Med Saud Bras.* 2018; 7(1):24-37. [citado em 11 de março de 2019]. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/9055/5733>.
12. Poglitsch FAB, Shuman S. Parto Humanizado: Intervenção da Fisioterapia na da Equipe Multidisciplinar. *Rev Cient Eletr Cien Aplic da FAIT.* 2014; 4:1-11. [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível em: http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/DoB3CO6b0yg46OX_2014-4-16-18-14-59.pdf.
13. Silva IA, Silva PSF, Andrade EWO, Moraes FF, Silva RSS, Oliveira LS. Percepção das Puérperas acerca da Assistência de Enfermagem no Parto Humanizado. *Revista UNINGÁ.* 2017; 53(2):37-43. [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1440/1057>.
14. Brandolfi JA, Duminelli KG, Bobsin ES, Madeira K, Pacheco R, Minetto AI. Atuação fisioterapêutica para redução do quadro algíco no trabalho de parto ativo. *Rev Inova Saúde.* 2017; 6(2):20-34. [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/2554/3889>.
15. Bio E. O corpo no trabalho de parto: o regaste do processo natural do nascimento. São Paulo; 2015. [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://books.google.com.br>.
16. Santos LO, Carvalho ML. Oferta dos Serviços de Fisioterapia Obstétrica no Município do Rio de Janeiro: Cenário Atual e Fatores que Contribuem para o mesmo [Internet]. *Rev Cader Educ, Saúd e Fisiot.* 2016; 3(6). [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1076>.
17. Poglitsch FAB, Shuman S. Tratamento fisioterapêutico em parturientes. *Rev Cient Eletron Ciên Aplic da FAIT.* 2012; 1:1-11. [citado em 20 de novembro de 2018]. Disponível em: http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/DoB3CO6b0yg46OX_2014-4-16-18-14-59.pdf.
18. Costa ES, Pinon GMB, Costa TS, Santos RCDA, Nóbrega AR, Sousa LB. Alterações Fisiológicas na Percepção de Mulheres durante a Gestação. *Rev Rede de Enferm Nordeste.* 2010; 11(2):86-93. [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.redalyc.org:9081/html/3240/324027970010/>.
19. Tortora GJ, Derrickson B. Corpo Humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia. 10 ed. Artmed Editora; 2017. [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://books.google.com.br>.
20. Nettina SM. Brunner Prática de Enfermagem. Rio de Janeiro; 2012.
21. Mehoudar A. Da gravidez aos cuidados com o bebê – Um manual para pais e profissionais. São Paulo: Summus; 2012. [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível em: <https://books.google.com.br>.
22. Sarmento R, Setúbal MSV. Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos Emocionais da Gravidez, Parto e Puerpério. *Rev Ciênc Méd. Campinas;* 2003; 12(3):261-268. [citado em 25 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1260/1235>.
23. Baracho E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. 6 ed. Rio de Janeiro; 2018.
24. Houglum PA, Bertoti DB. Cinesiologia Clínica de Brunnstrom. 6 ed. Barueri; 2014.
25. Baracho E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. 5 ed. Rio de Janeiro; 2012.
26. Stephenson RG, Oconnor LJ. Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia. 2. Barueri; 2004.
27. Abreu NS, Cruz MV, Guerra ZF, Porto FR. Atenção Fisioterapêutica no Trabalho de Parto e Parto. *Rev Interd Est Exper.* 2013; 5:7-15. [citado em 11 de dezembro de 2018]. Disponível em: <https://riee.ufjf.emnuvens.com.br/riee/article/view/2842/1053>.
28. Santos MM, Gallo AP. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. *Arq Bras Ciên Saúde.* 2010; 35(3):174-179. [citado em 11 de dezembro de 2018]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2010/v35n3/a1683.pdf>.
29. Alves TSG. Efeitos da fisioterapia na qualidade de vida da mulher durante o período gestacional: Revisão Sistemática. Universidade Jean Piaget de Cabo Verde; 2012. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/38682754.pdf>.
30. Cortez PJO, Franco TAS, Sene TM, Carvalho TD, Tomazini JE. Correlação entre a dor lombar e as alterações posturais em gestantes. *ArqBrasCiên Saúde.* 2012; 37(1):30-35. [citado em 11 de dezembro de 2018]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2012/v37n1/a2906.pdf>.
31. Osório SMB, Júnior LGS, Nicolau AIO. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Rev Rede Enferm do Nordeste.* 2014; 15(1):174-184. [citado em 20 de dezembro de 2018]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3112/2386>.
32. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e sociedade.* 2008; 17:138-151. [citado em 20 de dezembro de 2018]. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902008000300014&script=sci_arttext&tlng=pt#ModalArticles.
33. Palma PCR. Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 1 ed. Campinas; 2009. [citado em 20 de dezembro de 2018]. Disponível em: <https://books.google.com.br>.
34. Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioter Pesq.* 2012; 19(3):210-214. [citado em 20 de dezembro de 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n3/a04v19n3.pdf>.
35. Moreira DO. Fisioterapia: uma ciência baseada em evidências. *Fisioter Mov.* 2017; 30(1):9. [citado em 11 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v30n1/1980-5918-fm-30-01-00009.pdf>.
36. Freitas AS, Lima VS, Sousa JN, Zuchelo LTS, Martinelli PM. Atuação da fisioterapia no parto humanizado. *DêCiência em Foco.* 2017; 1(1):18-29. [citado em 11 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/15/10>.
37. Mendes NA, Mazzaia MC, Zanetti MRD. Análise crítica sobre a utilização do Epi-No na gestação e parto. *ABCS Health Sci.* 2018; 43(2):117-123. [citado em 25 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1091/812>.
38. Oliveira MCB. Efeito da Intervenção Fisioterapêutica com uso de dilatador vaginal sobre a extensibilidade perineal em gestantes. Universidade Federal de Uberlândia. 2018. [citado em 25 de maio de 2019]. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/23790>.

39. Marcelino TC, Lanuez FV. Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré-parto. *ConScientiae Saúde*. 2009; 8(2):339-344. [citado em 25 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/929/92912014023/>.
40. Canesin KF, Amaral WN. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. *Femina*. 2010; 38(8):429-433. [citado em 11 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1587.pdf>.
41. Canesin KF. Efeito da aplicação de cinesioterapia e eletroestimulação no trabalho de parto. Universidade Federal de Goiás; 2011. [citado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/1699>.
42. Mello LFD, Nóbrega LF, Lemos A. Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. *Rev. bras. Fisioter*; 2011; 15(3). [citado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552011000300002&script=sci_arttext.
43. Schulz AP, Chao BC, Gazola F, Pereira GD, Nakanishi MK, Kunz RI, Canto TDO, Carvalho AR, Vilagra JM, Bertolini GRF. Ação da estimulação elétrica nervosa transcutânea sobre o limiar de dor induzido por pressão. *Rev Dor*; 2011; 12(3):231-234. [citado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2011/v12n3/a2223.pdf>.
44. Silva HCF, Luzes R. Contribuição da Fisioterapia no Parto Humanizado: Revisão da Literatura. *Alumni*; 2015; 3(6):25-32. [citado em 15 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/view/2146/1480>.
45. Leite DMS. Efeitos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de trabalho de parto, na mulher primípara. Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014. [citado em 25 de janeiro de 2019]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9527/1/Relat%C3%B3rio%20Diana%20Leite.pdf>.
46. Oliveira LMN, Cruz AGC. A utilização da bola suíça na promoção do parto humanizado. *RevBrasCiênc Saúde*. 2014; 18(2):175-180. [citado em 25 de janeiro de 2019]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/16698/12924>.
47. Abreu EA, Santos JDM, Ventura PL. Efetividade da eletroestimulação nervosa transcutânea no alívio da dor durante o trabalho de parto: um ensaio clínico controlado. *RevDor*. 2010; 11(4):313-318. [citado em 25 de maio de 2019]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n4/a1654.pdf>.
48. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Cathy E. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Sao Paulo Med. J*. 2011; 129(5). [citado em 25 de maio de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802011000500015.
49. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FEMINA*. 2011; 39(1). [citado em 25 de maio de 2019]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>.

Como citar (Vancouver)

Oliveira ACM, Santana PC. A importância da assistência fisioterapêutica prestada a parturiente durante o parto. *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambiente* [Internet]. 2019;10(1): 156-166. doi: <http://dx.doi.org/10.31072/rcf.v10iedesp.756>