

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO**

**Curso de Fisioterapia**

**Ariane da Nóbrega Trigueiro**

**Júlia Tamires Rodrigues Ferreira**

**Nathália Nistal Mariano da Cruz**

**A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO EM  
PARTURIENTES DE BAIXO RISCO: UM ENSAIO CLÍNICO  
RANDOMIZADO**

**São Paulo**

**2019**

**Ariane da Nóbrega Trigueiro**  
**Júlia Tamires Rodrigues Ferreira**  
**Nathália Nistal Mariano da Cruz**

**A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO EM  
PARTURIENTES DE BAIXO RISCO: UM ENSAIO CLÍNICO  
RANDOMIZADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof.<sup>a</sup> Ébe dos Santos Monteiro Carbone, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**São Paulo**

**2019**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani**

Trigueiro, Ariane da Nobrega

A influência da fisioterapia no trabalho de parto em parturientes de baixo risco: um ensaio clínico randomizado / Ariane da Nóbrega Trigueiro, Júlia Tamires Rodrigues Ferreira, Nathália Nistal Mariano da Cruz. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2019.  
58 p.

Orientação de Ébe Monteiro

Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia (Graduação),  
Centro Universitário São Camilo, 2019.

1. Modalidades de Fisioterapia 2. Obstetrícia 3. Parto I. Ferreira, Júlia Tamires Rodrigues II. Cruz, Nathália Nistal Mariano da III. Monteiro, Ébe IV. Centro Universitário São Camilo V. Título

CDD: 615.82082

**Ariane da Nóbrega Trigueiro**  
**Júlia Tamires Rodrigues Ferreira**  
**Nathália Nistal Mariano da Cruz**

**A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO EM  
PARTURIENTES DE BAIXO RISCO: UM ENSAIO CLÍNICO  
RANDOMIZADO**

São Paulo, 21 de maio de 2019

---

Professora Orientadora

---

Professor(a) Examinador(a)

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos, primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de nossas vidas, e não somente nestes anos como universitárias, mas que em todos os momentos foi nosso melhor mestre, pai e protetor, nos mostrando sempre o melhor caminho a seguir.

Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, pois sem o amor e o trabalho árduo de vocês nada disso seria possível e nosso sonho não poderia ser concretizado.

À Instituição Centro Universitário São Camilo, seu corpo docente, direção e administração que nos deram a oportunidade de realizar esse trabalho em nome da mesma. E ao Hospital Ipiranga que aceitou a parceria e nos proporcionou momentos e experiências enriquecedoras.

Às nossas orientadoras Fátima Fani Fitz e Ébe dos Santos Monteiro Carbone pela orientação, apoio, confiança e empenho dedicado à elaboração deste trabalho. E a professora Luiza Torelli por toda a dedicação e paciência conosco no início das pesquisas.

Aos nossos amigos que de alguma forma nos ajudaram com palavras de incentivo, conforto, amor e esperança quando parecia que nada dava certo, quando queríamos desistir, e a todos que fizeram parte da nossa formação.

Por fim, gratidão ao nosso grupo que em meio às dificuldades permaneceu unido e em harmonia. Obrigada!

## **EPÍGRAFE**

“Tudo coopera para o bem daqueles que amam a Deus.”

– Versículo bíblico Romanos 8:28

## RESUMO

TRIGUEIRO, Ariane da Nóbrega; FERREIRA, Júlia Tamires Rodrigues; CRUZ, Nathália Nistal Mariano da. **A influência da fisioterapia no trabalho de parto em parturientes de baixo risco: um ensaio clínico randomizado.** 2019. 58f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Fisioterapia) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2019.

**Introdução:** O trabalho de parto é um processo fisiológico e natural, porém doloroso, portanto, o seu alívio é conduta reconhecida como um dos pilares da humanização ao parto. A atuação da fisioterapia no trabalho de parto objetiva facilitar a evolução da dilatação cervical e da descida fetal, promover o suporte contínuo e aliviar a dor das parturientes, por meio de inúmeros recursos terapêuticos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi comparar a evolução do trabalho de parto e a eficácia da atuação fisioterapêutica, durante o trabalho de parto em parturientes que realizaram fisioterapia durante o trabalho de parto, com parturientes que receberam apenas orientações fisioterapêuticas. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo, randomizado, controlado, com análise comparativa entre grupo estudo (n=6) e grupo controle (n=7), com intervenção realizada no centro obstétrico do Hospital Ipiranga em São Paulo. O grupo estudo obteve, comandos de técnicas propostas pela fisioterapia como deambular, agachar, banhos de aspensão/imersão para redução do quadro algico, acolhimento e massagem reflexa sempre que desejado por elas, com acompanhamento integral do terapeuta durante todo o período de trabalho de parto até a fase expulsiva; e o grupo controle recebeu orientações da equipe de fisioterapia e poderiam realizar as mesmas técnicas com o acompanhante. **Resultados:** Foram atendidas 16 parturientes, sendo, 8 no grupo estudo, no qual duas foram excluídas, uma por evoluir para parto cesárea, e outra por falta de dados; e 8 no grupo controle, em que apenas uma foi excluída devido a involução do trabalho de parto. Deste total 6 eram primíparas e 7 multíparas distribuídas aleatoriamente entre os dois grupos. Em relação ao tempo de duração do trabalho de parto em minutos no grupo estudo foi de 518,5 ( $\pm 230,2$ ) e, no controle 445,7 ( $\pm 281,3$ ). De acordo com a Escala Visual Analógica (EVA) inicial do grupo estudo obteve-se a média de 9,3 ( $\pm 1,2$ ) e no grupo controle 8,8 ( $\pm 1,8$ ). Quanto ao número de episiotomias apenas duas (33,3%) das seis parturientes do grupo estudo apresentaram necessidade de episiotomia; e duas (28,5%) no grupo controle, todas realizadas no sentido médio-lateral direito. Em relação laceração perineal, três (42,8%) do grupo controle apresentaram laceração grau 1 e duas (28,5%) grau 2, não ocorrendo no grupo estudo. **Conclusão:** Observa-se em ambos os grupos, o alívio da dor, o relaxamento e a satisfação das parturientes com as intervenções realizadas, sendo estes métodos não farmacológicos indispensáveis no parto. Não foi possível observar diferença significativa entre os grupos nas medidas de desfecho estudadas, pois a dilatação cervical no grupo estudo menor do que no grupo controle, o que justifica maior tempo de duração do trabalho de parto; e, o quadro algico nas parturientes do grupo estudo se mostrou mais intenso.

**Palavras-chave:** Modalidades de fisioterapia, Parto, Obstetrícia.

## ABSTRACT

TRIGUEIRO, Ariane da Nóbrega; FERREIRA, Júlia Tamires Rodrigues; CRUZ, Nathália Nistal Mariano da. **The influence of physical therapy on labor in low-risk parturientes: a randomized clinical trial.** 2019. 58p. Undergraduate thesis (Bachelor of Physical therapy) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2019.

**Introduction:** Parturition is a physiological and natural process, but painful, therefore, its relief is an accepted conduct as one of the pillars of humanization at childbirth. The acting of physiotherapy in parturition objectify to facilitate the evolution of cervical dilatation and fetal decline, promote continuous support and assuage the parturient's pain, with innumerable therapeutic resources. **Objective:** The objective of this study was to compare the evolution of parturition and the effect of physical therapy at childbirth in women who practiced physiotherapy during parturition, with women receiving only physiotherapeutic conducts. **Methods:** This was a prospective, randomized, controlled study with a comparative analysis between the study group (n=6) and control group (n=7), with intervention performed at the obstetric center at Ipiranga Hospital in São Paulo. The study group obtained commands of techniques proposed by physiotherapy such as wandering, squatting, sprinkler/immersion baths to reduce pain, cherish and reflex massage whenever desired by them, with full follow-up of the therapist throughout the parturition period until the expulsive phase; and the control group received conducts from the physiotherapy team and could perform the same techniques with the companion. **Results:** 16 parturientes were attended, 8 of which were excluded in the study group, one to be submitted to cesarean section, and another due to lack of data; and 8 in the control group, in which only one was excluded due to the involution of labor. Of these, 6 were primiparous and 7 multiparous were randomly distributed between the two groups. The duration of labor in minutes in the study group was 518.5 ( $\pm$  230.2) and in the control 445.7 ( $\pm$  281.3). According to the initial Visual Analogue Scale (EVA) of the study group, the mean was 9.3 ( $\pm$  1.2) and in the control group 8.8 ( $\pm$  1.8). As to the number of episiotomies, only two (33.3%) of the six parturientes in the study group had episiotomy; and two (28.5%) in the control group, all performed in the right mid-lateral direction. Regarding perineal laceration, three (42.8%) of the control group presented laceration grade 1 and two (28.5%) grade 2, not occurring in the study group. **Conclusion:** Pain relief, relaxation and parturient satisfaction with interventions were noticed in both groups, and these non-pharmacological methods are indispensable in childbirth. It was not possible to observe a significant difference between the groups in the outcome measures studied, since the cervical dilatation in the study group smaller than in the control group, which justifies a longer duration of parturition; and the pain in the parturientes of the study group was more intense.

**Key-words:** Physical therapy modalities, Delivery, Obstetrics.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 Justificativa .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 Objetivos primários .....	13
2.2 Objetivos secundários .....	13
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	14
3.1 Tipo de estudo .....	14
3.2 Local de desenvolvimento do estudo .....	14
3.3 Período de realização do estudo.....	14
3.4 Amostra.....	14
3.4.1 Tamanho da amostra.....	15
3.4.2 Randomização: geração de sequências .....	15
3.4.3 Critérios de inclusão .....	15
3.4.4 Critérios de exclusão .....	16
3.4.5 Intervenção .....	16
3.4.6 Medidas de desfecho.....	20
3.4.6.1 Características da amostra .....	20
3.4.6.2 Avaliação do quadro algico.....	20
3.4.6.3 Avaliação da presença de episiotomia e/ou laceração perineal .....	21
3.4.6.4 Satisfação com a intervenção e/ou orientação realizada e fornecida pela fisioterapia .....	21
3.5 Busca eletrônica.....	21
<b>4 DESENVOLVIMENTO</b> .....	22
4.1 Gestação.....	22
4.1.1 Alterações musculoesqueléticas.....	23
4.1.2 Alterações metabólicas.....	24
4.1.3 Alterações respiratórias .....	25
4.1.4 Alterações cardiovasculares .....	25
4.2 Trabalho de parto normal.....	27
4.3 Parto .....	30
4.3.1 Parto vaginal.....	30
4.3.2 Parto pélvico .....	31

4.3.3 Parto instrumentado.....	31
4.3.4 Cesariana e histerotomia periparto.....	32
4.4 Fisioterapia no trabalho de parto.....	33
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE B – Carta de responsabilidade do pesquisador.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE C – Carta de autorização da Instituição co-participante para realização da pesquisa.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados – Ficha para coleta de dados.....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho de parto é um processo fisiológico e natural, porém doloroso. A dor durante o trabalho de parto promove o aumento da secreção de catecolaminas e cortisol, resultando em respostas fisiológicas como o aumento do débito cardíaco, da pressão arterial e da resistência vascular periférica, portanto o seu alívio é conduta reconhecida como um dos pilares da humanização ao parto (SANTANA et al., 2013).

Segundo Oliveira e Cruz (2014), o parto normal é considerado pelas parturientes, um momento caracterizado por sentimentos de medo e angústia, porém é o método natural de nascer, a recuperação da mãe é imediata, e as complicações são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico, a amamentação do recém-nascido se torna mais fácil e mais saudável, e a infecção hospitalar menos frequente (OLIVEIRA, CRUZ, 2014).

A atuação da fisioterapia na fase do trabalho de parto objetiva facilitar a evolução da dilatação cervical e da descida fetal, promover o suporte contínuo e aliviar a dor das parturientes, por meio de seus inúmeros recursos terapêuticos como a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), a bola suíça, massoterapia, banho de imersão e de chuveiro, exercícios respiratórios, mudanças de posturas, deambulação, relaxamento, mobilidade materna, banquetas, suporte contínuo, dentre outros (SANTANA et al., 2013).

Uma das fases mais importantes para o parto normal é a dilatação cervical, que amplia a capacidade do colo uterino, viabilizando a sua participação na formação do canal de parto. Na evolução normal do trabalho de parto, a cervicodilatação pode ser representada por uma curva sigmóide, composta de fase latente e fase ativa (SASS, OLIVEIRA, 2013).

A fase latente inicia-se no período preparatório com contrações regulares e estende-se até a fase de inclinação máxima do período de dilatação e início da fase ativa. As contrações encontram-se em processo de orientação, coordenação e polarização, com pouca variação da dilatação. Esta fase tem duração média de 8h, com velocidade de dilatação cervical de, aproximadamente, 0,35 cm/h, com a sua evolução dependendo das adaptações que antecedem o parto. Considera-se fase latente prolongada quando a duração excede 20 h em primíparas e 14 h em múltiparas (SASS, OLIVEIRA, 2013).

A fase ativa coincide com o final da fase latente, iniciando-se quando são alcançados 4 cm de dilatação cervical. A velocidade de dilatação é de aproximadamente, 1,2 cm/h, com duração média de 6 h nas primigestas, e de 1,5 cm/h por aproximadamente 3 horas nas múltiparas. Esta fase é subdividida em aceleração (elevação da curva com início da modificação da velocidade de dilatação cervical), aceleração ou dilatação máxima (a dilatação de 2 a 3 cm alcança 8 a 9 cm) e, desaceleração (declinação da curva antecedendo a dilatação total, caracterizada pelo início da descida da apresentação fetal) (SASS, OLIVEIRA, 2013).

Contudo, a intervenção fisioterapêutica pode ocorrer em ambas as fases com técnicas específicas para cada uma delas (VALENCIANO, RODRIGUES, 2015).

### **1.1 Justificativa**

O parto normal proporciona a mulher uma melhor e mais rápida recuperação quando comparado ao parto por cesárea, além de um retorno precoce às suas atividades diárias o que possibilita um contato precoce com recém-nascido, que por sua vez, necessita de cuidados especiais maternos logo nos primeiros dias de vida.

A intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica de baixo risco valoriza a responsabilidade da gestante no processo, por meio do uso ativo do próprio corpo.

A mulher no momento do parto necessita de mobilidade corporal, principalmente pélvica, e uso intensivo da musculatura abdominal juntamente com o relaxamento do assoalho pélvico. O fisioterapeuta por estudar toda a biomecânica do sistema musculoesquelético, contração e relaxamento, está apto a contribuir no atendimento à parturiente, visando otimizar a fisiologia humana no trabalho de parto. Além disso, a atuação fisioterapêutica é importante para acolher e conscientizar a parturiente, de que seu corpo ativo pode ser uma ferramenta para facilitar o processo do trabalho de parto e trazer-lhe satisfação com a experiência do nascimento.

Hoje, a presença do fisioterapeuta no trabalho de parto ainda não é uma prática definida na sociedade e no sistema único de saúde, no entanto este profissional é de suma importância visto que exerce o conhecimento da cinesiologia e biomecânica corporal trazendo essas ciências como base para todas as condutas utilizadas no trabalho de parto em relação à mobilidade adequada, as posturas e as técnicas de terapia manual, influenciando de maneira positiva nas fases do trabalho

de parto, diminuindo a dor e o tempo do mesmo, assim demonstrando a relevância desse estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos primários**

Comparar a evolução do trabalho de parto e a eficácia da atuação fisioterapêutica durante o trabalho de parto em parturientes que realizaram fisioterapia durante o trabalho de parto e parturientes que receberam apenas orientações da fisioterapia.

### **2.2 Objetivos secundários**

- Analisar e comparar o tempo de trabalho de parto nas parturientes que realizarão fisioterapia com as que receberão orientações da fisioterapia.
- Analisar e comparar a progressão (tempo) da dilatação e apagamento do colo uterino entre os grupos.
- Analisar e comparar a presença de episiotomia e/ou laceração entre parturientes que realizaram fisioterapia com as que receberam orientações da fisioterapia.
- Analisar e comparar a intensidade da dor entre as parturientes que realizaram fisioterapia com as que receberam orientações da fisioterapia.
- Analisar e comparar a satisfação com o parto entre as parturientes que realizaram fisioterapia com as que receberam orientações da fisioterapia.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo prospectivo, randomizado e controlado, não cego, com intervenção efetuada durante o trabalho de parto, sendo realizado em um único hospital da cidade de São Paulo, Brasil, sendo a coleta de dados realizada no período de outubro de 2018 a abril de 2019.

#### **3.2 Local de desenvolvimento do estudo**

Esta pesquisa foi aprovada inicialmente pelo Hospital Ipiranga (instituição de saúde pública), localizado no Endereço: Avenida Nazaré, 28 - Vila Monumento, CEP: 04262-000 na cidade e no Estado de São Paulo, local onde foi realizada a intervenção, após aceite e termo de acordo assinado.

Esse hospital é uma unidade de atendimento a nível terciário que presta atendimento de Urgência/Emergência, Ambulatório de Especialidades e Internações nas especialidades de Clínica Médica, Ortopedia, Cirurgia Geral, Urologia, Neurocirurgia/Neurologia, Ginecologia/Obstetrícia, Neonatologia, entre outros, além de dispor de diversos serviços de alta complexidade tais como: Cirurgia Ortopédica Especializada e Maternidade de Alto Risco.

Aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo sob o parecer nº 2.975.187 em 22/10/2018 e, registrada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC) TRIAL: RBR-4JG93F.

#### **3.3 Período de realização do estudo**

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2018 a abril de 2019 (apenas após a aprovação do comitê de ética e pesquisa), às quartas-feiras, no horário das 8:00 às 16:40. Neste dia, a supervisora responsável pelo estágio de Fisioterapia em Uroginecologia e obstetrícia, esteve supervisionando os atendimentos que foram realizados com as parturientes pelos alunos do último ano do curso de fisioterapia do Centro Universitário São Camilo.

#### **3.4 Amostra**

### **3.4.1 Tamanho da amostra**

O tamanho da amostra dependeu diretamente dos dias escolhidos para a intervenção (somente às quartas-feiras); do fluxo hospitalar e da disponibilidade de leitos para aceitação do hospital em realizar os partos. Além disso, o curto período de tempo e, um único dia na semana, foram limitadores para o tamanho da amostra.

Durante o estudo, foram atendidas 16 parturientes. No entanto, três foram excluídas: a primeira devido à indicação de cesárea por exceder o tempo de espera para a descida do feto após longo período de tempo de trabalho de parto, mesmo realizando diversas técnicas e adotando durante a maior parte do tempo a postura vertical, a segunda por falta de dados e a terceira pela involução do trabalho de parto. Portanto, foram selecionadas 6 participantes randomizadas por tábua randômica para grupo estudo e 7 para grupo controle. Ao final participaram do estudo um total de 13 parturientes, tornando-se então um estudo piloto.

### **3.4.2 Randomização: geração de sequências**

Para aleatorização da amostra foi utilizado tábua de números randômicos, que se trata de um gerador que randomiza cada sujeito para um único tratamento usando o método de blocos aleatoriamente permutados. O site gera uma lista com o número estipulado de participantes que pretende-se utilizar no estudo, com cada número correspondente à um determinado grupo (<http://randomization.com>).

### **3.4.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídas no estudo apenas as parturientes que concordaram em participar do estudo e com a divulgação dos dados para fins acadêmicos e mediante o consentimento, assinado no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE - Apêndice 1).

O estudo incluiu adolescentes e mulheres de 16 a 36 anos, primíparas e múltiparas de parto normal a termo, com gestação de 37 à 42 semanas, admitidas em trabalho de parto no Hospital Ipiranga independentemente da dilatação cervical, não submetidas à cirurgia abdominal ou urogenital prévia; sem doenças ou condições físicas que poderiam interferir no parto (lesão pélvica ou da coluna

vertebral, prolapso de órgão pélvico e doenças neurológicas); não apresentar dificuldade de comunicação por diminuição da acuidade auditiva ou limitação da fala.

#### 3.4.4 Critérios de exclusão

Não foram incluídas parturientes com parto prematuro ou com apresentação pélvica, que evoluíram para cesárea por indicação materna e/ou fetal, que referiram ter hipertensão arterial específica da gestação (DHEG) e/ou diabetes gestacional (DG), no qual ambos não estivessem controlados, pois conforme demonstraram os estudos de Katz e Dertkigil (2005), a atividade física em água e imersão tende a deslocar o fluido extracelular para os espaços vasculares, produzindo um aumento no volume sanguíneo central, causado pela força hidrostática da água que poderia prejudicar a mãe e/ou o feto, pacientes oncológicas e com gestação gemelar.

#### 3.4.5 Intervenção

Os recursos podem ser aplicados de forma isolada, combinada ou sequencial, dependendo das características e perfil de cada parturiente, do treinamento das equipes de saúde e da disponibilidade dos recursos nas maternidades (GALLO, 2011).

Grupo de intervenção (A): as parturientes receberam acompanhamento da equipe do centro obstétrico (enfermagem e médico obstetra) e da equipe da fisioterapia. A equipe de fisioterapia acompanhou as parturientes durante todo o trabalho de parto e realizou todas as técnicas necessárias de acordo com cada fase do trabalho de parto. A descrição de todas as intervenções realizadas está descrita no Quadro 1.

#### Quadro 1 - Recursos fisioterapêuticos, não-farmacológicos, utilizados na fase latente e ativa do trabalho de parto.

Fases da Dilatação	Dilatação cervical	Recurso Terapêutico	Tempo	Técnica
FASE LATENTE	Até 5 cm	Acolhimento (BECKENKAMP, 2015).	Durante todo o período	Informar, acalmar.
		Caminhada (DUARTE, MEJIA, 2012).	No intervalo entre as contrações.	Favorecer a retroversão e a mobilidade pélvica.

Fases da Dilatação	Dilatação cervical	Recurso Terapêutico	Tempo	Técnica
FASE LATENTE	Até 5 cm	Técnica respiratória (BOING, SPERANDIO, SANTOS, 2007)	Livre	Ensinar a paciente a fazer a respiração para a expulsão.
		Massagem reflexa (LEMOS, et al., 2014; RITTER, 2012).	Durante as contrações	Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4.
		Agachamentos (LEMOS, et al., 2014).	No intervalo entre as contrações	Favorecer a postura vertical, evitando que o joelho ultrapasse a linha do pé.
		Bola suíça (SILVA et al., 2011).	No intervalo entre as contrações	Movimentos que favorecem a descida do feto, a mobilização pélvica e a dilatação do colo uterino.
		Banqueta (LEMOS et al., 2014).	No intervalo entre as contrações	Posicionamento que favorece a descida do feto.
FASE ATIVA	5-6 cm	Banho de aspersão - Chuveiro (SANTANA et al., 2013).	Mínimo: 20 minutos	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre.
		Acolhimento (BECKENKAMP, 2015).	Durante todo o período	Informar, acalmar e acolher a parturiente.
		Caminhada (DUARTE, MEJIA, 2012).	No intervalo entre as contrações	Favorecer a retroversão e a mobilidade pélvica
		Massagem reflexa (LEMOS, et al., 2014; RITTER, 2012).	Durante as contrações	Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4.

<b>Fases da Dilatação</b>	<b>Dilatação cervical</b>	<b>Recurso Terapêutico</b>	<b>Tempo</b>	<b>Técnica</b>
<b>FASE ATIVA</b>	5-6 cm	Técnica respiratória (BOING, SPERANDIO, SANTOS, 2007).	Durante e entre as contrações.	Respiração lenta e profunda.
		Mudança de posturas (LEMOS, et al., 2014).	15 minutos (cada)	Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada ou posição ortostática.
		Relaxamento (SANTANA et al., 2013).	Intervalo entre as contrações	Relaxamento muscular progressivo, visualizações, massagem.
		Agachamento (LEMOS, et al., 2014).	No intervalo entre as contrações	Favorecer a postura vertical, evitando que o joelho ultrapasse a linha do pé, estimular a retroversão, e a mobilidade pélvica
		Bola suíça (SILVA et al., 2011).	No intervalo entre as contrações	Movimentos que favorecem a descida do feto, a mobilização pélvica e a dilatação do colo uterino.
		Banqueta (LEMOS, et al., 2014).	No intervalo entre as contrações	Posicionamento que favorece a descida do feto.
	7-10 cm	Banho de imersão (SANTANA et al., 2013).	Livre	Banheira protegida por material descartável. A água deve estar aquecida em torno de 37 a 38°C.
		Acolhimento (BECKENKAMP, 2015).	Durante todo o período	Informar, acalmar e acolher a parturiente.

<b>Fases da Dilatação</b>	<b>Dilatação cervical</b>	<b>Recurso Terapêutico</b>	<b>Tempo</b>	<b>Técnica</b>
FASE ATIVA	7-10 cm	Banho de aspersão - Chuveiro (SANTANA et al., 2013).	Mínimo: 20 minutos	Idêntica a conduta anterior.
		Agachamentos/dança (LEMOS, et al., 2014).	No intervalo entre as contrações	Favorecer a postura vertical, evitando que o joelho ultrapasse a linha do pé, estimular a retroversão, e a mobilidade pélvica.
		Caminhada (DUARTE, MEJIA, 2012).	No intervalo entre as contrações	Favorecer a retroversão e a mobilidade pélvica
		Massagem reflexa (LEMOS, et al, 2014; RITTER, 2012).	Durante as contrações	Idêntica a conduta anterior.
		Mudança de posturas (LEMOS, et al., 2014).	15 minutos (cada)	Idêntica a conduta anterior.
		Técnica respiratória (BOING, SPERANDIO, SANTOS, 2007).	Durante e entre as contrações	Respiração lenta e profunda.
		Relaxamento (SANTANA et al., 2013).	Intervalo entre as contrações	Relaxamento muscular progressivo, visualizações, etc.
		Associação de recursos	Durante ou entre as contrações	Durante as contrações: relaxamento, massagem, imersão; Entre as contrações: agachamento, dança, caminhada.
		Bola suíça (SILVA et al., 2011).	No intervalo entre as contrações	Movimentos que favorecem a descida do feto, a mobilização pélvica e a dilatação do colo uterino.

<b>Fases da Dilatação</b>	<b>Dilatação cervical</b>	<b>Recurso Terapêutico</b>	<b>Tempo</b>	<b>Técnica</b>
FASE ATIVA	7-10 cm	Banqueta (LEMOS, et al., 2014).	No intervalo entre as contrações	Posicionamento que favorece a descida do feto.

Grupo controle (B): as parturientes receberam acompanhamento obstétrico e orientações da equipe da fisioterapia. As orientações foram fornecidas para parturiente e para o seu acompanhante quando este estava presente. A equipe de fisioterapia orientou quanto às posições que deveriam ser adotadas durante o trabalho de parto (posição vertical sentada na bola), manter a mobilidade (andar) pela sala de parto, usar o chuveiro e/ou a banheira para alívio da dor e também quanto à respiração durante a fase expulsiva do trabalho de parto.

### **3.4.6 Medidas de desfecho**

#### **3.4.6.1 Características da amostra**

Foram coletadas as características sóciodemográficas e clínicas das participantes; bem como a dilatação cervical e apagamento do colo uterino inicial (momento da admissão da parturiente na sala de parto); a dinâmica das contrações uterinas durante 10 minutos; o horário de início da atuação (acompanhamento a parturiente) da fisioterapia no trabalho de parto e o horário final (após o parto) para a verificação do tempo de trabalho de parto e comparação com o grupo controle; a presença de intercorrências e o tipo de apresentação fetal também foram observados. Todos estes itens foram anotados e arquivados em uma ficha de coleta de dados produzida especialmente para o estudo.

#### **3.4.6.2 Avaliação do quadro algico**

A avaliação do quadro algico foi avaliada de acordo com a Escala Visual Analógica (EVA), que gradua a intensidade da dor em uma escala de 0-10. Esta avaliação foi realizada no momento da admissão da parturiente na sala de parto, durante a fase latente (até 5 cm de dilatação) e ativa (entre 5 e 6 cm e entre 7 e 10 cm de dilatação) do trabalho de parto.

#### 3.4.6.3 Avaliação da presença de episiotomia e/ou laceração perineal

A avaliação da presença de episiotomia e/ou laceração foi feita pelo questionamento ao profissional médico que acompanhou a parturiente ao término do parto. Foi avaliado como presença e/ou ausência da episiotomia e/ou laceração perineal. Esta avaliação será apresentada em porcentagem (%).

#### 3.4.6.4 Satisfação com a intervenção e/ou orientação realizada e fornecida pela fisioterapia

Após o parto as parturientes foram questionadas em relação a intervenção e/ou orientação realizada. A parturiente foi questionada se estava satisfeita, insatisfeita ou declarava indiferença em relação ao atendimento e/ou intervenção recebida.

### 3.5 Busca eletrônica

Foram elaboradas estratégias de busca para a obtenção de informações em publicações científicas dos últimos 8 anos, nas línguas Portuguesa e Inglesa. Para a identificação dos estudos incluídos e considerados neste trabalho, foram utilizadas estratégias detalhadas e desenvolvidas para as bases BVS – Biblioteca Virtual em Saúde (Medline, Scielo, Biblioteca Cochrane, Lilacs e IBECs) e PubMed. Os descritores utilizados foram de acordo com o Decs (Descritores em Ciência da Saúde), na língua portuguesa: Modalidades de fisioterapia, Parto, Obstetrícia, e na língua inglesa: *Physical therapy modalities, Delivery, Obstetrics*.

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 Gestação

A gestação é um fenômeno fisiológico que tem início na concepção do feto, (momento em que o óvulo entra em contato com o espermatozóide), ocorrido 48 horas após o coito. A suspeita de uma gestação é confirmada através de exames laboratoriais, de imagem e de achados clínicos, que inclui sintomas e sinais como cessação da menstruação, náusea, aumento na frequência de micção, fadiga, sonolência, percepção de movimentos fetais, alterações das mamas, ausculta de batimentos fetais, alterações nas secreções do colo uterino e aumento do volume uterino (ZAMBIAZZI, 2012).

A gestação é uma fase importante na vida de qualquer mulher e corresponde ao período que antecede ao parto. É um momento de mudanças físicas, em um corpo que se transforma a cada dia e que são acompanhadas de alterações emocionais (SILVA, 2013).

Durante uma gestação normal, praticamente todos os sistemas orgânicos passam por alterações anatômicas e funcionais. Muitas dessas mudanças começam logo após a fecundação e continuam por toda a gestação, a maioria ocorrendo em resposta a estímulos fisiológicos a partir do feto e da placenta. Estas alterações poderiam ser identificadas como anormalidades em uma mulher não grávida. Assim, as adaptações fisiológicas da gestação normal, podem ser mal interpretadas como patológicas, mas também, desmascarar ou agravar uma doença pré-existente (CUNNINGHAM, 2016).

A gravidez é um estado em que ocorre uma série de mudanças na anatomia e fisiologia das mulheres. Isto supõe uma adaptação contínua para permitir o desenvolvimento adequado do feto, a preparação para o parto e a lactação (DIAZ, 2017).

O pré-natal deve ser conceituado como atendimento multidisciplinar que objetiva a manutenção da integridade das condições de higiene fetal. A assistência pré-natal deve ter início em fase precoce, assim as medidas profiláticas podem ter alcance maior, e o tratamento de certas afecções pode ser efetuado antes de possível comprometimento do conceito. Até a trigésima semana de gestação, as consultas devem ser feitas com intervalos de quatro semanas, depois quinzenais,

até a data provável do parto e semanais, se as condições assim o exigirem (SILVA, 2013).

#### **4.1.1 Alterações musculoesqueléticas**

As alterações fisiológicas que ocorrem no sistema musculoesquelético são responsáveis por muitos dos sintomas que ocorrem durante a gravidez, entre eles, o crescimento uterino, com o aumento de seu volume em 24 vezes e a sua capacidade de cerca de 500 vezes, o que provoca uma mudança no centro de gravidade da mulher, gerando hiperlordose, um distúrbio que pode causar lombalgias (dor nas costas) ou lombociatalgias (dor nas costas com irradiação pelo comprometimento do nervo ciático), principalmente se a musculatura do abdômen como o transversal abdominal, não estiverem fortes (DIAZ, 2017).

Há também a separação dos músculos abdominais (7-15 cm) para acomodar o útero (diástase do músculo reto abdominal), o que enfraquece ainda mais a região abdominal. O aumento dos seios mamários também contribui para essa condição (DIAZ, 2017).

Além disso, com a distensão da pele, pode ocorrer a ruptura de suas fibras elásticas, de modo que apareçam as estrias. Geralmente, surgem após um período de prurido, sendo inicialmente de cor violácea, evoluindo para branca. Aparecem principalmente no abdômen, flancos, mamas e região lombar. Observa-se ainda, no decorrer da gestação, a hipertrofia das glândulas sudoríparas e sebáceas, favorecendo a hipersecreção sebácea e a transpiração excessiva, sintomas que desaparecem após o parto (ZAMBIAZZI, 2012).

As mudanças marcantes durante a gravidez que afetam os ligamentos e o tecido fibroso são necessários para o corpo se adaptar ao crescimento fetal. A ação da relaxina e de estrogênio tornam os ligamentos frouxos, e aumenta o fluido sinovial, o que permite a separação das superfícies articulares do púbis (articulação sacroilíaca e sínfise púbica principalmente) favorecendo o aumento da mobilidade, facilitando a passagem do bebê (DIAZ, 2017; ZAMBIAZZI, 2012).

O aumento de peso durante a gravidez gera sobrecarga nos joelhos e patelas, podendo levar a disfunções. Agindo em conjunto com a ação dos

hormônios, pode gerar instabilidades e condromalácia nessa articulação. Os músculos do assoalho pélvico provavelmente irão ficar mais fracos após o parto, pois sofrem estiramento e traumatismos durante o parto normal e pela sustentação do peso abdominal e extra pélvico durante toda a gestação (ZAMBIAZZI, 2012).

A gestante também pode adotar uma marcha sinuosa que a deixará impossibilitada de permanecer em pé por longos períodos de tempo. O objetivo de todas essas mudanças é facilitar a passagem do feto através do canal do parto (DIAZ, 2017).

#### **4.1.2 Alterações metabólicas**

A principal fonte de energia e ganho de peso para o feto é a glicose materna. As mudanças no metabolismo da glicemia durante a gravidez visam atingir níveis adequados de glicose para que o feto possa atender às suas necessidades básicas. O aumento acentuado do peso durante a gravidez pode causar intolerância à glicose, levando ao desenvolvimento do diabetes gestacional (DIAZ, 2017).

O ganho de peso ideal seria um quilo por mês de gravidez. Entretanto, a recomendação sobre o ganho de peso deve ser individualizada em relação ao peso pré-gestacional e ao estado nutricional. Segundo a Associação Médica Americana, o valor atual do ganho de peso reprodutivo é de 13 a 15 quilos no final da gravidez e está relacionado a distúrbios hipertensivos e aumento da glicemia (CUNNINGHAM, 2016).

Na segunda metade da gravidez, os responsáveis pelas alterações na gravidez são o cortisol, lactogênio placentário e prolactina. O cortisol estimula a produção de glicose e inibe a produção de insulina. O lactogênio placentário é considerado um hormônio diabetogênico que é liberado em resposta à hipoglicemia e interfere com a ação da insulina na segunda metade da gravidez. A prolactina, por sua vez, desencadeia um aumento nos níveis de glicose e insulina no sangue após sobrecarga glicêmica (DIAZ, 2017).

Pelos fatores hormonais torna-se comum as gestantes, no início da gravidez, terem aumento de saliva, náuseas e vômitos. Esses sintomas dificilmente persistem após o segundo trimestre. Pela compressão do útero e pela ação dos hormônios pode ocorrer constipação, diminuindo a motilidade intestinal e, conseqüentemente, o

seu funcionamento fica prejudicado. Também é comum o aparecimento de pirose (azia), a qual se deve ao refluxo gastroesofágico gerado pela compressão do estômago pelo útero (ZAMBIAZZI, 2012).

#### **4.1.3 Alterações respiratórias**

A função respiratória é expressivamente afetada durante a gravidez. O crescimento do útero gera uma elevação na posição de repouso do diafragma e uma mudança na configuração do tórax, que se amplia no diâmetro ântero-posterior. O ângulo subcostal aumenta e, conseqüentemente, a circunferência torácica também. Além disso, os músculos abdominais vão sendo submetidos a um extremo alongamento. Durante o primeiro trimestre gestacional ocorre o aumento do volume minuto decorrente do aumento do volume corrente. Essa hiperventilação pode, portanto, explicar o número de queixas subjetivas de dispnéia durante a gestação. Podem ocorrer ainda outras alterações, desde aumento da frequência respiratória e cansaço até situações mais severas, como insuficiência respiratória, tendo conseqüências graves. Com isso, além de grave risco à saúde da gestante, pode haver também danos ao feto (PINTO, 2015).

De acordo com Diaz (2017) uma hiperventilação ocorre devido, entre outras causas, a progesterona aumentar a sensibilidade ao CO<sub>2</sub> do centro respiratório, ocasionando uma mudança na base de ácido, resultando numa alcalose respiratória leve.

#### **4.1.4 Alterações cardiovasculares**

Durante o período gestacional, o coração aumenta seu tamanho de 10 a 20% devido à hipertrofia do músculo cardíaco (cardiomegalia). Com isso, e pelo aumento do volume abdominal, o diafragma sobe e altera a posição do coração para cima e para a esquerda; isso se reflete no eletrocardiograma como um desvio do eixo elétrico para a esquerda. O aumento da frequência cardíaca ocorre precocemente de 15-20 batimentos/minuto, atingindo a frequência máxima por volta da 30ª semana. O débito cardíaco também aumenta de 40-50% em comparação com mulheres não grávidas. A pressão arterial diminui durante o primeiro e segundo trimestres, atingindo os valores mínimos por volta da 28ª semana. Isto ocorre devido

a uma diminuição na resistência vascular periférica. Durante o terceiro trimestre, a pressão arterial aumentará progressivamente até atingir a normalidade (DIAZ, 2017).

O aumento do fluxo sanguíneo na pele causa obstruções nasais, parestesia e aumento da sudorese. (ZAMBIAZZI, 2012).

De acordo com Diaz (2017), a pressão venosa das extremidades inferiores aumenta devido à compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico, o que contribui para o aparecimento de edema maleolar, veias varicosas nos membros inferiores, hemorroidas e varizes vulvares, aumentando a probabilidade de desenvolver uma trombose venosa profunda (TVP). Além disso, há diminuição do retorno venoso quando a mulher adota a posição de decúbito dorsal, pelo mesmo motivo. Devido a essa alteração, pode ocorrer a síndrome de hipotensão ortostática (bradicardia, hipotensão, tontura, palidez). A melhor solução, portanto, é posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo, proporcionando a diminuição da compressão da veia cava.

O aumento do útero gravídico gera compressão sobre as veias abdominais, diminuindo o retorno venoso, propiciando o aparecimento de edemas e varizes em membros inferiores. A pressão arterial tem uma diminuição no primeiro trimestre, acentuando-se mais no segundo; no terceiro tende a normalizar-se e voltar aos níveis pré-gravídicos (ZAMBIAZZI, 2012).

## 4.2 Trabalho de parto normal

Ao final da gestação, por volta da 36<sup>o</sup> a 38<sup>o</sup> semana, começam a ocorrer preparações extensivas do útero e do colo uterino, no qual as contrações começam a apresentar uma frequência maior e, em consequência disso, ocorre a distensão da parte inferior do útero e pequeno grau de encurtamento cervical, o que justifica a percepção de diminuição do volume do abdome nessa fase (queda do ventre), encontrando-se o miométrio em estado preparatório para o parto os últimos momentos da gravidez, sendo caracterizados pelas contrações uterinas fortes e dolorosas que produzem a dilatação cervical (CUNNINGHAM, 2016).

Todavia, a evolução do parto é um fenômeno físico que depende da harmonia de três componentes: o trajeto, representado pela pelve e assoalho pélvico; a força, representada pela contração uterina; e o objeto, representado pelo feto. O mecanismo do parto relaciona-se com a maneira como o feto desce e desprende-se do canal de parto, sendo este, um fenômeno passivo e que ocorre sucessivamente, de modo a compor um movimento com descida progressiva (SASS, OLIVEIRA, 2013).

No entanto, o processo de parturição de toda a gestação é dividido em 4 fases que correspondem as principais transições fisiológicas do miométrio e do colo uterino durante a gravidez, sendo as fases de prelúdio (incapacidade de reação contrátil, amolecimento cervical); preparação (preparação do útero para o trabalho de parto e amadurecimento cervical); processo do parto (contração uterina, dilatação cervical e expulsão do feto e da placenta) e recuperação (involução uterina, reparação cervical e aleitamento materno), sendo a fase 3 efetivamente o trabalho de parto em si. Portanto, o trabalho de parto é o processo que resulta no nascimento do bebê, começando com o início das contrações uterinas regulares e terminando com o nascimento da criança e a expulsão da placenta (CUNNINGHAM, 2016).

O diagnóstico de trabalho de parto se firma diante de contrações uterinas regulares e da modificação cervical progressiva. O início desse trabalho é considerado quando a dilatação atinge 2 cm, sendo o início das contrações na parte superior do útero, local em que são mais intensas e se propagam com intensidade decrescente pelo corpo do útero até atingir a porção inferior (ZUGAIB, 2016).

Na evolução normal, o processo de parto pode ser representado por duas fases de dilatação cervical, sendo definidas como a fase latente correspondente à divisão de preparação e fase ativa ligada à divisão de dilatação (SASS, OLIVEIRA, 2013).

A fase latente do trabalho de parto, é o momento em que a mãe percebe contrações regulares. Na maioria das gestantes, a fase latente termina quando se alcança dilatação de 3 a 5 cm. Esse limite pode ser clinicamente útil, pois define os limites de dilatação depois dos quais se pode esperar trabalho de parto ativo, mas há fatores como sedação excessiva ou analgesia epidural que podem prolongar a duração da fase latente (CUNNINGHAM, 2016).

Já na fase ativa, a dilatação se torna maior ou igual a 4 cm, aumentando progressivamente; fazendo com que o colo do útero mais dilate do que afine; com duração média 6 a 12 horas, as contrações aumentam progressivamente até que na fase final de dilatação chegam a ter intervalos de um minuto e meio e podem durar cerca de 60 a 90 segundos (BALASKAS, 2016).

Segundo Cunningham (2016) e Friedman (1972) demonstram que as multíparas progredem um pouco mais rapidamente na fase ativa do trabalho de parto. Sua pesquisa descreve concomitantemente as velocidades de descida fetal e dilatação cervical. Conjuntamente Moron (2011) também descreve que na parturiente multípara, o apagamento cervical e a dilatação ocorrem ao mesmo tempo, pois, os partos prévios diminuem a resistência do orifício externo e do canal do colo.

E a fase de expulsão, na qual a dilatação cervical está completa, ocorrendo o nascimento do feto, tem duração de cerca de 50 minutos para as nulíparas e 20 minutos para as multíparas, embora seja altamente variável. Nas mulheres multíparas com vagina e períneo anteriormente dilatados, dois ou três esforços expulsivos depois da dilatação cervical podem ser suficientes para completar o parto. Entretanto, nas mulheres com a pelve contraída, com feto grande ou com esforços expulsivos comprometidos pela analgesia por condução ou sedação, o segundo estágio pode tornar-se anormalmente longo. Com a dilatação cervical total, a mulher comumente começa a fazer força para baixo (CUNNINGHAM, 2016). A duração desta fase é bastante variável, pois depende da eficiência contrátil do útero,

da proporção correta do encéfalo do bebê com a pelve da mãe e dos músculos abdominais (SASS, OLIVEIRA, 2013).

Após a saída do feto o útero continua a apresentar contrações rítmicas cuja função é propiciar a dequitação fisiológica da placenta, que ocorre em aproximadamente 5 a 10 minutos na maioria das vezes, sendo o limite superior de 30 minutos. Após descolar-se, a placenta é expelida, pela diminuição do volume uterino após o nascimento do bebê e em decorrência das contrações indolores que ainda persistem (MORON et al., 2011).

Passadas as primeiras 12 horas após o parto pode-se registrar uma contração em 10 minutos, e nos dias subsequentes sua intensidade e sua frequência reduzem-se. No entanto durante as mamadas, a sucção do leite determina a liberação de ocitocina, o que causa aumento na frequência das contrações ocasionalmente podendo provocar desconforto na puérpera (ZUGAIB, 2016).

Contudo, Lawrence (2012) destaca que gravidez e nascimento são processos fisiológicos e, desse modo, o trabalho de parto e o nascimento devem ser considerados normais para a maioria das mulheres, o qual a maior parte experimenta sem complicações. No entanto, as complicações intraparto, que frequentemente surgem com rapidez e de maneira inesperada, devem ser antecipadas. Dessa maneira, os profissionais de saúde devem fazer todas as mulheres e seus acompanhantes sentirem-se confortáveis, garantindo a segurança da mãe e do neonato caso ocorram complicações repentinas.

### 4.3 Parto

O final natural do segundo estágio do trabalho de parto é o desprendimento controlado por via vaginal de neonato saudável com trauma mínimo à gestante. O parto vaginal é a via preferencial para a maioria dos fetos, embora alguns cenários clínicos favoreçam a cesariana (CUNNINGHAM, 2016).

#### 4.3.1 Parto vaginal

No parto vaginal o feto poderá aparecer na maioria dos casos, em apresentação occiptopúbica (cefálica) ou com ligeira rotação oblíqua. A cada contração, a abertura vulvovaginal é dilatada pela cabeça fetal até que gradualmente se forme uma abertura ovóide e, por fim, quase circular. Este envolvimento do maior diâmetro da cabeça pelo anel vulvar é conhecido como coroação. Neste momento o períneo afina-se e, principalmente em nulíparas, pode sofrer laceração espontânea envolvendo a uretra e os grandes lábios. Para reduzir as lacerações vaginais espontâneas, alguns realizam massagem perineal intraparto para aumentar o intróito para a passagem da cabeça. Em caso de episiotomia, o risco de laceração é maior para o esfíncter anal externo e/ou para o reto. Após a liberação da cabeça fetal, haverá a liberação dos ombros e o clampeamento do cordão umbilical (CUNNINGHAM, 2016).

A apresentação do feto também poderá ser occiptossacra persistente. Muitos fetos nascidos bem apresentação OS estavam em apresentação occiptopúbica (OP) no início do trabalho de parto, o que reflete uma má rotação durante o parto. Entre os fatores de risco predisponentes estão analgesia peridural, nuliparidade, feto de maior peso e parto anterior em apresentação occiptossacra. O parto poderá ser realizado espontaneamente ou com instrumentação vaginal (CUNNINGHAM, 2016).

A apresentação occiptotransversa também ocorre, porém de forma transitória, a menos que as contrações sejam hipotônicas, a cabeça em geral sofrerá rotação espontânea para a apresentação occiptopúbica (CUNNINGHAM, 2016).

O significado de parto normal é atribuído àquele que ocorra naturalmente como um fenômeno natural, sendo por isso considerado também como parto natural. Para que este fenômeno possa ser considerado como parto normal, ele tem que ser

realizado de modo que intercorrências ou procedimentos desnecessários não ocorram ao longo do trabalho de parto propriamente dito (VICENTE et al., 2017).

Sob esse conceito e como forma de reagir à violência obstétrica, surgiu a proposta de humanização na assistência à parturiente, abrangendo os momentos do pré-parto, parto e pós-parto. Essa proposta implica que o parto seja provido de apoio, ternura, carinho, valorização e respeito à dignidade da mulher que está sendo assistida. Este programa visa principalmente ao longo do processo parturitivo resgatar a dignidade da mulher em trabalho de parto, suas transformações quanto aos cuidados durante a gravidez, parto e puerpério, tendo o parto de modo natural como prioritário, não expondo a gestante ao uso excessivo de terapia medicamentosa e procedimentos cirúrgicos sem que haja real necessidade, transformando-o cada vez mais ativo para usuária de saúde em questão (VICENTE et al., 2017).

#### **4.3.2 Parto pélvico**

Quando as nádegas ou as pernas do feto encaixam-se na pelve da mãe antes da cabeça, a apresentação é pélvica. As relações variáveis entre os membros inferiores e as nádegas dos fetos em apresentações pélvicas definem as categorias de apresentação pélvica franca, completa e incompleta. Na apresentação pélvica franca, os membros inferiores estão flexionados nos quadris e estendidos nos joelhos e, por essa razão, os pés estão muito próximos da cabeça. A apresentação pélvica completa difere pelo fato de que um ou ambos os joelhos estão flexionados. Com a apresentação pélvica incompleta, um ou ambos os quadris não estão flexionados, e um ou os dois pés ou joelhos estão situados abaixo da nádega, de modo que um pé ou joelho está em posição mais baixa no canal de parto. A apresentação podálica é uma pélvica incompleta com um ou ambos os pés abaixo da nádega (CUNNINGHAM, 2016).

#### **4.3.3 Parto instrumentado**

Os partos instrumentados são partos vaginais realizados com a utilização de um dispositivo de vácuo ou fórceps. Está indicado em qualquer condição que ameace o bem estar materno ou fetal. As indicações mais comuns são exaustão materna e segundo estágio do trabalho de parto prolongado. Em nulíparas esta

última condição é definida por >3 horas com ou >2 horas sem analgesia regional, e nas múltiparas, >2 horas com e >1 hora sem analgesia regional. Outras indicações maternas são cardiopatia, lesão ou disfunção pulmonar, infecção intraparto, e alguns distúrbios neurológicos (CUNNINGHAM, 2016).

#### **4.3.4 Cesariana e histerotomia periparto**

Define-se parto cesariano como o nascimento de um feto via laparotomia (incisão da parede abdominal) seguida por histerotomia (incisão da parede uterina). Há dois tipos de cesariana, a primária, que se refere à primeira histerotomia, e a secundária, que denota um útero com uma ou mais histerotomias prévias. Mais de 85% dessas operações são realizadas por quatro motivos – cesariana prévia, distocia, risco ao feto ou apresentação fetal anormal. De forma geral, o parto cesariano está relacionado com mais riscos cirúrgicos maternos para a gestação atual e para as subsequentes. Esses riscos devem ser ponderados contra as baixas taxas de lesão perineal e de distúrbios do assoalho pélvico em curto prazo. Para o neonato, a cesariana apresenta baixas taxas de traumatismos porém, as taxas de dificuldades respiratórias iniciais são maiores (CUNNINGHAM, 2016).

O Brasil está entre os países que possuem as mais elevadas taxas de cesárea, aproximadamente 40%, ainda muito acima do limite de 15% esperado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Entre os motivos que levam os médicos a optarem pelas cesarianas pode ser justificado por justa causa em casos de necessidade real do procedimento, promovendo prováveis benefícios para a saúde do recém-nascido e da mãe como, por exemplo, sua importância em casos de descolamento prematuro de placenta, infecção pelo HIV, cardiopatia materna, má formação fetal, sofrimento fetal crônico, placenta prévia, rotura uterina, parto com desproporção céfalo-pélvica verdadeira e da eclâmpsia, dentre outras intercorrências obstétricas (VICENTE et al., 2017).

Há várias técnicas de cesariana e tipo de incisão, porém não será descrita neste trabalho.

#### 4.4 Fisioterapia no trabalho de parto

A atuação do fisioterapeuta é um incentivo para que a parturiente compreenda e se conscientize de que o seu corpo agindo de forma eficaz e ativa pode ser um meio para contribuir no processo de trabalho de parto, visto que a gestante necessita de mobilidade pélvica e exige intensamente dos músculos do abdômen, diafragma e períneo (BAVARESCO et al., 2011).

Desse modo, o fisioterapeuta sendo o profissional que previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais do corpo, preconiza-se que ele seja um profissional com suporte necessário para atuar com exercícios de alongamento e fortalecimento muscular, favorecendo a percepção e a consciência corporal da parturiente. Além disso, realiza práticas específicas para a musculatura respiratória e do assoalho pélvico que são grupos musculares bastante exigidos durante o trabalho de parto (SOUZA, RAMOS, 2017).

Para a Organização Mundial da Saúde, é fundamental que esses métodos não farmacológicos sejam explorados, por serem mais seguros e ocasionarem menos intervenções (FERREIRA, 2011).

O controle da dor representa um papel relevante durante o trabalho de parto, uma vez que contribui para o bem-estar físico da gestante e do bebê. Dessa forma, a fisioterapia é a ciência da saúde que dispõe de conhecimentos para proporcionar este suporte de maneira efetiva e adequada, priorizando por métodos não farmacológicos para alívio da dor (BAVARESCO et al., 2011).

A assistência emocional e física estimulada pelo fisioterapeuta no decorrer do trabalho de parto promovem à gestante bem-estar físico, redução da ansiedade e do medo, aumento da confiança e diminuição das sensações dolorosas, auxiliando ainda a tornar o processo de trabalho de parto mais ativo e satisfatório, dessa forma contribuindo qualitativamente no atendimento à parturiente (BAVARESCO et al., 2011).

Sendo assim, o fisioterapeuta está capacitado para lidar com as diversas alterações musculoesqueléticas que ocorrem durante a gestação, visto que compreende a anatomia humana, a biomecânica muscular e articular e a otimização da fisiologia humana, contribuindo na adoção de posturas durante o trabalho de

parto, entre as contrações e principalmente no momento de relaxamento da musculatura do assoalho pélvico e do canal vaginal, auxiliando ativamente na assistência à parturiente (BRANDOLFI et al., 2017).

Biet; Pires (2015) após análises concluiu que a atuação da fisioterapia durante o trabalho de parto é determinante, pois auxilia no desenvolvimento do parto e acaba permitindo alívio e conforto às gestantes e aos seus bebês, evitando assim o uso de métodos farmacológicos.

Romano et al. e Arruda et al. (2017), em seus estudos mostraram a eficácia dos exercícios terapêuticos nas fases do trabalho de parto, ressaltando a grande influência da fisioterapia na assistência à mulher. Constataram também que houve redução no tempo do trabalho de parto, tanto nas múltiparas quanto nas primíparas, dessa forma evidenciando que a fisioterapia promove benefícios nas parturientes.

A fisioterapia no trabalho de parto pode intervir mediante exercícios com a bola suíça trabalhando a mobilidade pélvica, a massagem alivia pontos de tensão e proporciona relaxamento, a deambulação acelera as contrações uterinas e reduz o tempo de trabalho de parto contribuindo para a evolução da descida do bebê, os exercícios respiratórios auxiliam no auto controle e uma maior oxigenação materna fetal, as mudanças de decúbitos, os banhos de imersão e aspensão, a utilização da eletroestimulação nervosa transcutânea e etc (CAMPANHA, VILAGRA, 2012).

A adoção de posturas e movimentos durante o processo do parto também auxilia no controle do quadro algico. Quando a gestante varia de posições ou se movimenta, ocorre uma alteração entre a pelve e o bebê em virtude da ação da gravidade, das mudanças na biomecânica pélvica e nas contrações uterinas (LEMOS, 2014).

É necessário incentivar a deambulação, visto que ela ativa as estruturas musculoesqueléticas, levando a um melhor encaixe do bebê no canal do parto. As caminhadas alternadas com agachamentos também contribuem na dilatação e na fase expulsiva (DUARTE, MEJIA, 2012).

A bola terapêutica é um recurso que favorece a mobilidade, estimulando os movimentos espontâneos e não habituais, podendo ser usada nos momentos de contração. Logo, por promover maior mobilidade pélvica como resultado ajuda na

descida do bebê no canal de parto e assegura maior conforto da parturiente (SILVA et al., 2011). É possível ainda, orientar a parturiente a manter uma flexão anterior do tronco com apoio na maca para poder receber massagens na região lombar, de forma que esta posição por si, já contribui para o parto (FERREIRA, 2011).

Uma técnica antiga que tem sido bastante aplicada durante o trabalho de parto é a massagem, que se baseia na aplicação de uma vibração ou força sobre alguns tecidos do corpo como pele, músculos, articulações e etc. O mecanismo de ação acontece através do bloqueio dos impulsos dolorosos, intensificando a transmissão das fibras A ou estimulando a liberação local de endorfinas. Tal procedimento ameniza a dor e o desconforto, visto que diminui o estresse e a ansiedade, reduz o espasmo muscular, tem atuação analgésica e sedativa, melhora da consciência corporal e gera benefícios emocionais, levando a um equilíbrio entre os sistemas simpático e parassimpático (LEMOS, 2014).

A massagem pode ser feita em qualquer ponto que a parturiente esteja sentindo desconforto, sendo aplicada frequentemente na região lombar durante as contrações uterinas e na faixa do músculo trapézio nos intervalos das contrações, visto que são regiões de grande tensão muscular (RITTER, 2012).

O banho de imersão e o banho de chuveiro influenciam no alívio da dor devido o efeito da água aquecida em torno de 37 a 38° C, redistribuindo o fluxo sanguíneo e, dessa maneira auxiliando no relaxamento dos músculos tensionados e na redução da liberação de catecolaminas. Em contrapartida, há o aumento das endorfinas, que abate a ansiedade e propicia a satisfação da parturiente (SANTANA et al., 2013).

Santana et al. (2013), constatou em seu estudo através da escala visual analógica (EVA) que as parturientes que receberam o banho de aspersão por 30 minutos tiveram uma redução na intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto (4-5 cm de dilatação).

O papel do fisioterapeuta é orientar a melhor forma de oxigenação à parturiente no momento em que mais é exigido a respiração. Sendo assim, a mulher deve de forma ativa iniciar uma inspiração com objetivo de expandir a parede abdominal e abaixar o diafragma. Em seguida, deve realizar uma expiração lenta, contraindo os músculos abdominais. Essa técnica controla a agilidade da expiração

permitindo a contração dos músculos abdominais. Durante o período de expulsão do bebê, a gestante realiza uma respiração profunda e logo após realiza uma apneia e gera força para a expulsão do bebê relaxando a musculatura do períneo (FREITAS, 2017).

Também pode ser utilizado a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), que consiste na aplicação de eletrodos na superfície da pele, que emitem uma corrente elétrica em forma de onda, com a função de estimular as fibras nervosas. É empregado nas regiões toracolombar e sacral, na área sob os nervos que conduzem os estímulos dolorosos para o útero, a cérvix e o períneo durante o trabalho de parto (LEMOS, 2014).

A musicoterapia ou audioanalgesia é uma técnica que utiliza a música para incentivar alterações nas funções psicológica, física, cognitiva e social, contribuindo para um ambiente mais tranquilo (LEMOS, 2014). Durante o trabalho de parto a melodia pode interferir no ciclo vicioso medo-tensão-dor de forma relaxante, tendo em vista à quebra deste ciclo e, desta maneira, reduzir a dor (SILVA et al., 2013).

Segundo Lemos (2014), o conforto físico abrange ações comuns como pegar na mão, auxiliar no banho, massagear as costas, entre outras. O suporte emocional deve compreender contato visual, incentivo, informações sobre o parto e sobre as possíveis intervenções que podem ocorrer.

Dessa forma, o fisioterapeuta dentro da área obstétrica, tem o papel de orientar e ofertar à parturiente condições para que ela possa se sentir segura e otimista, tornando o processo do parto menos doloroso e apreensivo (SOUZA, RAMOS, 2017). É o profissional que melhor apresenta o suporte à parturiente empregando diferentes recursos terapêuticos para o controle da dor durante o trabalho de parto (NUNES, 2015).

## 5 RESULTADOS

Participaram do estudo 16 parturientes, 8 no grupo estudo e 8 no grupo controle. No grupo estudo, duas (25%) foram excluídas, uma por evoluir para parto cesárea, e outra por falta de informações sociodemográficas e clínicas. As outras 6 foram incluídas (75%) e evoluíram para o parto vaginal. No grupo controle, 7 parturientes finalizaram o atendimento (87,5%), e apenas uma (12,5%) foi excluída por evoluir para cesariana.

A média de idade entre as parturientes foi de 29 ( $\pm 4,7$ ) anos para grupo estudo ( $n=8$ ) (mínimo de 21 e a máximo de 35 anos), com idade gestacional média de 39,5 ( $\pm 0,8$ ) semanas. Em relação a etnia observa-se que 50% (4) eram pardas, 25% (2) brancas, 12,5% (1) amarela e 12,5% (1) negra; destas 75% (6 parturientes) apresentavam ensino médio completo, 12,5% (1 parturiente) ensino fundamental completo, e 12,5% (1 parturiente) não respondeu a esta questão no questionário. Quanto ao estado civil, no grupo estudo 50% (4) das mulheres eram solteiras, 37,5% (3) casadas, e (1) 12,5% não respondeu a esta questão. Em relação ao índice de massa corporal (IMC) calculado, conforme IMC da gestante descrito pelo Ministério da Saúde (2017), no grupo estudo encontramos 12,5% (1) das parturientes com peso adequado (24,8-28,9 Kg/m<sup>2</sup>) para semana gestacional, 62,5% (5) com sobrepeso (29,0-33,0 Kg/m<sup>2</sup>), 12,5% (1) considerada obesa (>33,1 Kg/m<sup>2</sup>) e 1 não respondeu a esta questão.

O grupo controle ( $n=8$ ) apresentou resultados semelhantes: a média de idade foi de 24 ( $\pm 6,6$ ) anos (mínimo de 17 e máximo de 36 anos), com idade gestacional média de 39,4 ( $\pm 1,2$ ) semanas; sendo 62,5% (5) brancas, 25% (2) pardas e 12,5% (1) negra. Quanto ao nível de escolaridade, o grupo controle apresentou a média de 37,5% (3 parturientes) com ensino médio completo; 25% (2 parturientes) com ensino médio incompleto e, as demais com 12,5%, sendo, uma parturiente para cada nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto, ensino superior completo e ensino superior incompleto. Quanto ao estado civil, no grupo controle obtivemos 37,5% (3) do número de mulheres solteiras, e, 62,5% (5) casadas. Em relação ao IMC calculado para gestantes, as parturientes deste grupo apresentaram 12,5% (1) abaixo do peso para semana gestacional (<24,8 Kg/m<sup>2</sup>), 37,5% (3) com IMC adequado, 50% (4) com sobrepeso.

Em relação às doenças associadas, observou-se doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), em apenas uma (6,2%) das parturientes do grupo intervenção. No grupo estudo observa-se, polidrâmnio em 6,2% (1), hepatite C em 6,2% (1) e, infecção urinária em 12,5% (2) e, no grupo controle doença renal em 6,2% (1). As demais 68,7% relataram não ter nenhuma outra doença associada.

Apenas uma (6,2%) era tabagista no grupo controle, nenhuma delas era alcoólatra e/ou usuária de substância ilícita.

Em relação à história obstétrica observa-se, que dentre as parturientes do grupo estudo 33,3% (2) foram primíparas e, 66,6% (4) multíparas, no qual todas realizaram o parto vaginal, sem histórico de cesárea anterior. Duas parturientes (33,3%) apresentaram aborto espontâneo anterior. Todas permaneceram durante o trabalho de parto com seus acompanhantes, três delas (50%) com seus esposos e três (50%) com acompanhantes de outro grau de parentesco: cunhada, prima e sogra.

No grupo controle, participaram quatro primíparas (57,1%) e três multíparas (42,8%). Destas, duas multíparas já haviam realizado cesárea anteriormente. Cinco (71,4%) permaneceram com seus esposos, uma (14,2%) com a mãe, e uma (14,2%) com a cunhada como acompanhante.

Apenas duas (33,3%) das seis parturientes incluídas no grupo estudo realizaram episiotomia; e duas (28,5%) de sete parturientes no grupo controle realizaram episiotomia. Todas realizadas no sentido médio-lateral direito, com média de 1,5 cm.

Em relação laceração perineal, três (42,8%) do grupo controle apresentaram laceração grau 1 e duas (28,5%) grau 2. No grupo intervenção nenhuma das participantes apresentou laceração em nenhum grau.

Em média, o tempo de duração do trabalho de parto em minutos no grupo estudo foi de 518,5 ( $\pm 230,2$ ) e, no controle foi de 445,7 ( $\pm 281,3$ ).

A média do tempo de atendimento fisioterapêutico para o grupo estudo foi de 181,8 ( $\pm 55,4$ ) minutos. Já no grupo controle foi de 151,7 ( $\pm 98,5$ ) minutos.

A média de dilatação inicial no grupo estudo foi de 6,1 ( $\pm 1,4$ ), sendo cinco (83,3%) parturientes em fase ativa e uma (16,7%) em fase latente; e no grupo controle foi de 6,8 ( $\pm 1,4$ ), sendo seis (85,7%) em fase ativa e uma (14,2%) em fase latente.

Na avaliação da dor pela escala visual analógica (EVA), observa-se que o grupo estudo deu nota 9,3 ( $\pm 1,2$ ) e no grupo controle 8,8 ( $\pm 1,8$ ).

Os dados do recém-nascido (RN) em peso (g) e altura (cm) foram, respectivamente 3,2 ( $\pm 581,9$ ) gramas e 49,5 ( $\pm 2,1$ ) cm no grupo estudo; e 3,3 ( $\pm 471,9$ ) gramas e 48,1 ( $\pm 1,6$ ) cm no grupo controle.

## 6 DISCUSSÃO

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidência científica, garantindo o acesso da parturiente a recursos farmacológicos e não farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto. Uma das vantagens dos recursos não farmacológicos é que estes podem ser aplicados de forma isolada, combinada ou sequencial, dependendo das características e perfil de cada parturiente, do treinamento das equipes de saúde e da disponibilidade dos recursos nas maternidades (GALLO, 2011).

Castro e Mendonça (2012) observaram a necessidade de aliviar a dor e a ansiedade da parturiente, uma vez que os mecanismos da dor podem prejudicar o feto e afetar a progressão fisiológica do trabalho de parto, por isso o uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto tem a vantagem de reduzir e/ou postergar o uso de fármacos no controle da dor, proporcionando condições para a colaboração ativa da mulher e permitindo maior participação do acompanhante (CASTRO, MENDONÇA, 2012).

O banho terapêutico, ou seja, por meio de aspensão com um tempo de 30 minutos de intervenção, foi eficaz não apenas na redução da dor e desconforto, mas também no aumento do relaxamento, diminuindo a tensão e a ansiedade, corroborando assim com o presente estudo, no qual as parturientes relataram maior diminuição da dor quando receberam o banho de aspensão (STARK, 2016).

Tanto o banho de aspensão quanto o banho de imersão atuam no alívio da dor da parturiente devido à água aquecida em torno de 37 a 38° C. A redistribuição do fluxo sanguíneo proporciona relaxamento da musculatura tensa e redução da liberação de catecolaminas e, com o aumento das endorfinas, diminui a ansiedade e promove a satisfação da parturiente (SANTANA et al., 2013).

Os banhos sejam de imersão ou aspensão, podem ser associados à massagem que durante a fase ativa do trabalho de parto reduz significativamente a dor, mensurada na escala analógica visual (GALLO et al., 2013).

No presente estudo, observou-se que tanto o grupo experimental como o grupo controle, relataram que o banho promoveu o alívio da dor, ansiedade e

estresse durante a fase ativa do trabalho de parto, o que corrobora com os resultados obtidos por Gallo et al., cujo mostra ainda que os banhos seja de imersão ou aspersão, podem ser associados à massagem, e esta durante a fase ativa do trabalho de parto reduz significativamente a dor (GALLO et al., 2013). Outro estudo no qual os autores realizaram massagem rítmica e firme nos ombros, costas, deslizamento abdominal e pressão sacral, durante 30 minutos, nas três fases do trabalho de parto, apresentou menor estado de ansiedade e diminuição da intensidade da dor no grupo que recebeu a massagem (ANGELO et al., 2015).

Da mesma forma, Henrique et al. afirmam que as parturientes que receberam o banho quente também relataram diminuição da dor, e a associação da bola terapêutica resulta em maior ocorrência de parto vaginal (87,2%), maior progressão da dilatação cervical e melhor evolução da descida da apresentação fetal e aumento da frequência das contrações uterinas, fazendo também com que essa intervenção propicie um menor uso de medicalização e parto cesariana (HENRIQUE et al., 2016).

É importante ressaltar que a bola terapêutica fornece uma base a parturiente sem atribuir pressão sobre a lombar e o períneo, além de dar a liberdade de movimentos de balanço, anteversão e retroversão pélvica e pulos por exemplo que incentiva o feto a se estabelecer em uma posição mais propícia ao parto (GAU et al., 2011). Orientações quanto à movimentação e mudanças posturais verticais são eficazes para melhorar a evolução do trabalho de parto quando comparado a parturientes que permanecem em posição horizontal (SANTOS, 2014).

No estudo de Barbieri et al., 2013, foram realizados exercícios perineais na bola suíça associado ao banho de aspersão, sendo que as duas intervenções relacionadas apresentaram diminuição significativa do score de dor (BARBIERI et al., 2013).

A mobilidade e as constantes trocas posturais da parturiente durante o trabalho de parto traz grandes vantagens como a diminuição da duração de trabalho, visto que a amplitude de movimentos contribuem no encaixe do bebê à pelve e ao canal de parto. As principais posturas orientadas pelos fisioterapeutas são em sedestação, ajoelhada, quatro apoios, cócoras, posição ortostática com inclinação de tronco, porém, é necessário respeitar o posicionamento que a parturiente achar

mais confortável (BAVARESCO et al., 2011). Neste estudo, as atividades durante o trabalho de parto geraram o aumento da tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de fármacos durante o trabalho de parto, aceleraram o processo de dilatação, favorecendo o parto vaginal. Ao comparar a duração da fase ativa entre os grupos, o tempo de duração médio no grupo de intervenção foi significativamente inferior ao grupo controle, com uma diferença de três horas e doze minutos de tempo de duração no trabalho de parto.

Os resultados da pesquisa de Santos e Oliveira (2012) revelam que em relação à classificação de dor entre leve, moderada e intensa, o grupo que recebeu a intervenção teve na classificação leve um total de 13,3% de acordo com a escala da EVA, porém no grupo controle obteve 53,8%, isso evidenciou que quanto mais cinesioterapia, visando orientações sobre as posições verticais, gerou menos desconforto, estresse e dor na hora do trabalho de parto entre essas mulheres (SANTOS, OLIVEIRA, 2012). Também a evidência de que a massagem lombossacral é mais eficiente comparada à mudança postural para alívio da dor (ABDUL-SATTAR, MIRKHAN, 2018). Em referência ao tempo de trabalho de parto, verificou-se que a duração da fase ativa do grupo tratado foi consideravelmente inferior ao grupo sem intervenção ( $p < 0,005$ ). Além disso, as parturientes que durante o trabalho de parto se mantiveram em movimento, conseguiram acelerar o processo de dilatação, beneficiando o parto vaginal (SANTOS, OLIVEIRA, 2012).

Na pesquisa realizada por Beckenkamp (2015), todas as mulheres ponderaram que a qualidade de atenção e cuidados proporcionado pelos fisioterapeutas durante o trabalho de parto estavam em conformidade com as suas expectativas (BECKENKAMP, 2015). A atuação do profissional fisioterapeuta é um incentivo para que a parturiente tenha consciência que seu corpo é uma ferramenta para auxiliar todo o processo de trabalho de parto (BAVARESCO et al., 2011).

Os dados obtidos neste estudo durante a intervenção mostrou um efeito imediato e desejado pelas parturientes, trazidos com a massagem e o banho quente, quando em posição vertical no chuveiro, ou em quatro apoios no banho de imersão, que além do alívio do quadro algico, demonstram o aumento da dilatação cervical sem grandes alterações no quadro algico.

O suporte físico e emocional oferecido pelo fisioterapeuta durante o trabalho de parto colabora para sua humanização ao proporcionar à parturiente bem-estar físico, aumento de confiança, redução das percepções dolorosas, medo e ansiedade, além de maior consciência do processo do parto (BAVARESCO, 2011).

Inquestionavelmente é diferente para o fisioterapeuta a abordagem de uma grávida que faz acompanhamento fisioterapêutico na gestação e de outra em que o primeiro contato com a fisioterapia ocorre na hora do parto, mas independente disto é necessário que seja estabelecido um vínculo entre o fisioterapeuta e a parturiente. A atuação fisioterapêutica também ocorre durante a gestação como uma atividade preparatória principalmente para o assoalho pélvico com diversas técnicas como massagem perineal e epi-no<sup>®</sup>. Além disso, o preparo do assoalho pélvico durante a gestação com o Pilates pode beneficiar o final do trabalho de parto, bem como, reduzir o número de cesarianas e de episiotomias, e até mesmo melhorar a curvatura da coluna, importante para o processo de saída do bebê. Porém, mesmo sem a preparação no período gestacional, a intervenção fisioterapêutica no momento do trabalho de parto traz grandes benefícios para a mulher (DÍAZ, 2017).

Por ser um tema pouco discutido na área, a busca por ensaios clínicos randomizados e controlados foi limitada. Entretanto, àqueles estudos que contribuíram para esta discussão apresentam os efeitos esperados e aqui comprovados pela atuação da fisioterapia no momento do trabalho de parto, para primíparas e múltiparas que se beneficiaram com o atendimento realizado e muitas não conheciam a atuação fisioterapêutica no momento do trabalho de parto.

Dentre as limitações observadas no presente estudo, o tamanho da amostra foi limitado por depender diretamente do fluxo hospitalar e da disponibilidade de leitos para a realização dos partos. Além disso, a diferença quanto ao tempo de trabalho de parto e o fato da amostra não ser homogênea (composta por múltiparas e primíparas) podem ter interferido nos resultados, uma vez que, grande parte das parturientes incluídas, não souberam relatar com precisão o início do trabalho de parto, seja pelo baixo grau de instrução ou pelo fato da amostra conter primíparas, visto que, as múltiparas que já haviam experimentado o parto vaginal, apresentaram maior conhecimento sobre o trabalho de parto, podendo relatar melhor o seu início, e também, referir sentir menos dor quando comparadas às primíparas. Afirma-se ainda que, as parturientes foram incluídas independentemente da sua dilatação

cervical, e a média desta, foi menor no grupo estudo, o que justifica o maior tempo de duração de trabalho de parto e o quadro algico mais intenso neste grupo.

No entanto, a discordância dos resultados na análise comparativa entre os dois grupos, mostra os resultados de um estudo qualitativo, reportando-se à realização das técnicas e sua eficácia, que aplicadas por profissionais fisioterapeutas, criam vínculo afetivo e de confiança naquele momento com a parturiente, deixando-a motivada a realizar as técnicas propostas.

Em ambos os grupos, nota-se o alívio da dor e aumento do relaxamento, principalmente durante os banhos de aspensão e imersão, associados à massagem lombossacral. A satisfação das parturientes teve efeito positivo, visto que, todas ao serem questionadas sobre sua satisfação, mostraram-se satisfeitas e agradecidas pelo acompanhamento fisioterapêutico, sendo esses métodos não farmacológicos indispensáveis no momento do parto.

## 7 CONCLUSÃO

Conclui-se então que além da importância fisiológica das técnicas e sua eficácia para alívio da dor observado durante os atendimentos em ambos os grupos, houve grande diferença entre a necessidade da realização de laceração, uma vez que, o grupo intervenção não a apresentou em nenhum grau. Já o tempo de duração do trabalho de parto e o quadro álgico mostraram dados inconclusivos devido a amostra apresentar diferenças na dilatação cervical inicial e a inclusão de múltiparas. Além disso, a satisfação e o vínculo afetivo e de confiança estabelecido com a parturiente no momento do trabalho de parto, esteve extremamente relacionado à aceitação e à motivação das parturientes em aderirem ao atendimento fisioterapêutico e a realizar às atividades propostas.

## REFERÊNCIAS

ABDUL-SATTAR, Khudhur Ali S; MIRKHAN, Ahmed H. Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor. **Pain Management Nursing**, [s.l.], v. 19, n. 3, 288-294, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29680213>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

ANGELO, Priscylla H. M. et al. Recursos não farmacológicos: atuação da fisioterapia no trabalho de parto, uma revisão sistemática. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 285-292, 2016. Disponível em: <<http://brutus.facol.com/plataforma/assets/uploads/base/publicados/7b36ab92b1b259c5260e163958a76569.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

BALASKAS, Janet. **Parto ativo: Guia prático para o parto natural: A história e a filosofia de uma revolução**. 3. ed. São Paulo: Ground, 2016. 416 p.

BARBIERI, Márcia et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, 478-84, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a12v26n5.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BAVARESCO, Gabriela Z. et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, 3259-3266, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800025)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

BECKENKAMP, KAREN. **Avaliação de satisfação da assistência fisioterapêutica no pré-parto no centro obstétrico do Hospital Santa Cruz**. 2015. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

BIET, Delmary B.; PIRES, Vitória A.T.N. Assistência humanizada da equipe de enfermagem no transcurso do parto: o olhar das puérperas. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 8, n. 1, 1289-1302, ago. 2015. Disponível em: <<https://www.unileste.edu.br/enfermagemintegrada/artigo/v8/01.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BOING, Iara; SPERANDIO, Fabiana Flores; SANTOS, Gilmar Moraes. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. **Femina: Revista Contemporânea de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 41-46, jan. 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=458465&indexSearch=ID>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRANDOLFI, Joice de Abreu et al. Atuação fisioterapêutica para redução do quadro algico no trabalho de parto ativo. **Revista: Inova Saúde**, Criciúma, v. 6, n. 2, 20-34, dez. 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/2554/3889>>. Acesso em: 18 maio 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **IMC para gestantes**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/artigos/804-imc/40512-imc-para-gestantes>>. Acesso em: 17 abr. 2019

CAMPANHA, Marielle M.; VILAGRA, José M. Acompanhamento do fisioterapeuta em gestantes na sala de parto. **Fiep Bulletin**, Foz do Iguaçu, v. 82, n. Special Edition, 2012. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2250/4337>>. Acesso em: 16 maio 2018.

CASTRO, Amanda S.; CASTRO, Ana C.; MENDONÇA, Adriana C. Physiotherapeutic approach in the pre-partum: proposed protocol and evaluate pain. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 19, n. 3, 210-214, jul. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502012000300004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502012000300004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 06 jan. 2019.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, II, 2017, Campina Grande – PB. **Abordagem fisioterapêutica no pré parto: uma revisão integrativa. Campina Grande: Combracis, 2017. 12págs.** Disponível em: <[http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV071\\_MD1\\_SA9\\_ID1824\\_02052017175423.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA9_ID1824_02052017175423.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

CUNNINGHAM, F. Gary et al. **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: Amgh, 2016. 1376 p.

DERTKIGIL, Márcia San Juan et al. Líquido amniótico, atividade física e imersão em água na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, 403-410, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27758.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

DÍAZ, Luciano Rodríguez. **Efectividad de un programa de actividad física mediante el método pilates en el embarazo y en el proceso del parto**. 2017. 201 f. Tese (Doutorado em Atividade Física e Saúde) - Universidad de Granada, Granada, 2017.

DUARTE, Kallyne V.; MEJIA, Dayana P.M. **Fisioterapia no trabalho de parto: uma revisão literária**. 2012. 12 f. Artigo Científico (Pós-graduação em Uroginecologia, Obstetrícia e Mastologia) - Faculdade Ávila, Goiânia, 2012.

DUARTE E SILVA, A.C. et al. **Grau de satisfação das parturientes após assistência fisioterapêutica durante o trabalho de parto**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Fisioterapia), Belo Horizonte-MG, 2014.

FERREIRA, Cristine Homsy Jorge. **Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática**. 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. 416 p.

FREITAS, Andressa da Silva et al. Atuação da Fisioterapia no parto humanizado. **DêCiência em Foco**, Rio Branco, v. 1, n. 1, 18-29, dez. 2017. Disponível em:

<<http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/download/15/10>>. Acesso em: 18 maio 2018.

GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina: Revista Contemporânea de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, 41-48, jan. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

GAU, Meei-ling et al. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. **Midwifery Journal**, Taiwan, v. 27, n. 6, 293-300, fev. 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613811000192>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

HENRIQUE, Angelita José et al. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 6, 686-692, dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000600686&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000600686&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 06 jan. 2019.

LAWRENCE, Hal C. et al. Quality patient care in labor and delivery: a call to action. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, Washington, v. 207, n. 3, 147-148, set. 2012. Disponível em: <<https://www.acog.org/-/media/Departments/Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Call-to-Action-Paper.pdf?dmc=1&ts=20181115T1439078412>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

LEMOS, Andrea. **Fisioterapia Obstétrica Baseada Em Evidências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 480 p.

MORON, Antonio F.; CAMANO, Luiz; KULAY JÚNIOR, Luiz. **Obstetrícia**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2011. 1856 p.

NUNES, Gezanea da Silva; MOREIRA, Pamela Christine de Souza; VIAL, Daniela de Souza. Recursos fisioterapêuticos para o alívio da dor no trabalho de parto. **Revista Faipe**, Cuiabá, v. 5, n. 1, 90-99, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.revistafaipe.com.br/index.php/RFAIPE/article/view/51/50>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

OLIVEIRA, Luciana M.N.; CRUZ, Anna G.C. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 2, 175-180, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/16698/12924>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

PINTO, Anaelisa Venâncio Antunes et al. Avaliação da mecânica respiratória em gestantes. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, Paraná, v. 22, n. 4, 348-354, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n4/2316-9117-fp-22-04-00348.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

RITTER, Karoline Maturana. **Manejo não farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto em um hospital escola**. 2012. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SANTANA, Licia Santos et al. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 2, 111-113, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132013000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200007)>. Acesso em: 07 abr. 2019.

SANTANA, Licia Santos et al. Localização da dor no início da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, 184-186, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

SANTOS, Elene R.S.; OLIVEIRA, Cláudia. **Influência da cinesioterapia na fase ativa do trabalho de parto no centro de pré-parto, parto e pós-parto do Instituto da Mulher Dona Lindu**. 2012. 15 f. Artigo Científico (Pós Graduação em Fisioterapia Uroginecologia, Obstetrícia e Mastologia) - Faculdade Ávila, Goiânia, 2012.

SASS, Nelson; OLIVEIRA, Leandro Gustavo de. **Obstetrícia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 264 p.

SILVA, Dannielly Azevedo de Oliveira et al. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem: UFPE On-line**, Recife, v. 7, n. 5, 4161-4170, maio 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11645>>. Acesso em: 06 jul. 2018.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 2, 208-215, jun. 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/gestacao\\_preparo\\_parto\\_programas\\_intervencao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2018.

SILVA, Lia Mota et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, 656-62, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2019.

SILVA, Maria Lucinete Bentes da; SOUSA, Dayana Priscila Mejia de. **A atuação da fisioterapia no parto e pós parto**. 2011. 12 f. Artigo Científico (Pós-graduação em Fisioterapia Intensiva) - Faculdade Ávila, Goiânia, 2011.

SOUZA, Ana Paula Kovalski de; RAMOS, Daysi Jung da Silva. Fisioterapia e humanização do parto: uma análise partir de documentos oficiais da saúde. **Revista Fisioterapia Reabilitação**, Palhoça, v. 1, n. 1, 11-23, jun. 2017. Disponível em: <<http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/RFR/article/view/3557/2957>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

STARK, Mary Ann. Testing the Effectiveness of Therapeutic Showering in Labor. **The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing**, Western Michigan, v. 31, n. 2, 109-117, jun. 2017. Disponível em: <[https://journals.lww.com/jpnnjournal/Abstract/2017/04000/Testing\\_the\\_Effectiveness\\_of\\_Therapeutic\\_Showering.7.aspx](https://journals.lww.com/jpnnjournal/Abstract/2017/04000/Testing_the_Effectiveness_of_Therapeutic_Showering.7.aspx)>. Acesso em: 03 jan. 2019.

VALENCIANO, Cintia Maria Vieira da Silva; RODRIGUES, Maraísa de Fátima. **A importância da intervenção fisioterapêutica na assistência do trabalho de parto**. 2015. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Unisalesiano, Lins, 2015.

VICENTE, Albeniz Campos; LIMA, Ana Karla Bezerra da Silva; LIMA, Carlos Bezerra de. Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Revista Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 4, 24-35, dez. 2017. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

ZAMBIAZZI, Jaqueline Muttoni. **Percepções das gestantes em relação à fisioterapia na saúde da materna**. 2012. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Univates, Lajeado, 2012.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2016. 1329 p.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Senhora parturiente,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO EM PARTURIENTES DE BAIXO RISCO”, que tem o objetivo de analisar os benefícios que a atuação da fisioterapia trás para a mulher no momento do trabalho de parto, levando em consideração a dor e a duração do trabalho de parto. Caso você concorde em participar do estudo, inicialmente serão coletadas algumas informações referentes a gestação (idade, escolaridade, etnia, estado civil, peso, altura, semana gestacional, gestação única e/ou gemelar, presença de hipertensão arterial sistêmica específica da gestação e diabetes mellitus gestacional, fumante, uso de álcool e drogas). Após você poderá participar/receber (de forma aleatória) a intervenção de um dos grupos abaixo:

Grupo intervenção (A): este grupo será acompanhado pela equipe obstétrica e pela equipe de fisioterapia. Serão realizadas técnicas fisioterapêuticas como massagem durante as contrações, utilização de banheira ou chuveiro com água quente (38º) para controle e diminuição da dor, exercícios relaxantes na bola, andar, agachar, ficar de cócoras para melhorar e acelerar a descida do bebê e os exercícios de respiração para auxiliar na expulsão do bebê de forma correta;

Grupo controle (B): este grupo terá acompanhamento obstétrico e receberá orientações da fisioterapia quanto a manutenção da mobilidade (andar, agachar, ficar na posição de cócoras), utilização da banheira ou chuveiro para controle e diminuição da dor e também quanto a respiração durante a fase expulsiva do trabalho de parto.

Durante o trabalho de parto você também será questionada em relação a dor (qual a intensidade da dor em uma escala de 0 nenhuma dor-10 dor máxima). Após o parto será avaliado se houve a necessidade ou não de fazer a episiotomia (corte no períneo para facilitar a saída do bebê); e será questionada a sua satisfação com a intervenção recebida.

Deixamos claro que as intervenções e as orientações voltadas aos grupos de intervenção e controle, respectivamente, serão realizadas apenas às quartas-feiras por estagiários da equipe da fisioterapia no Hospital Ipiranga, em parturientes selecionadas a partir dos critérios de inclusão e os atendimentos serão supervisionados pela equipe de Professores do Centro Universitário São Camilo (Professoras Ébe Monteiro, Fátima Fitz e Luiza Torelli).

Os pesquisadores deste estudo estarão presentes durante a intervenção ou orientação dos grupos, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (COEP), autorização do Hospital e da parturiente. O estudo será realizado pelas alunas de Graduação do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo para elaboração de trabalho de conclusão de curso.

A pesquisa apresenta como benefícios o entendimento sobre a atuação da fisioterapia durante o trabalho de parto, visto que a literatura que aborda a fisioterapia de durante o trabalho de parto é escassa. Assim, os resultados deste estudo irão contribuir com a comunidade científica e beneficiarão a todas as mulheres durante o trabalho de parto.

As participantes devem saber que, por se tratar de um estudo com intervenção, em que serão realizadas atividades de manutenção da mobilidade (andar, exercícios de mobilidade do quadril na bola, uso da água do chuveiro ou banheira para alívio da dor), os riscos com este tratamento são mínimos, podendo haver desconforto e até mesmo intolerância da parturiente durante a realização da terapêutica proposta. Para minimização destes riscos, a parturiente, receberá todo auxílio da equipe (enfermagem, médico obstetra e fisioterapeuta) para minimização destes riscos e também receberá acompanhamento caso venha a acontecer alguma outra intercorrência não descrita.

Informamos que, a qualquer momento poderá retirar sua participação ou seu consentimento, sem nenhum prejuízo e sem precisar justificar sua saída da pesquisa. Terá direito e acesso às informações do estudo e dos procedimentos a qualquer tempo, os dados de sua identidade serão guardados em sigilo e privacidade e as dúvidas que surgirem poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Declaramos também que não haverá nenhum ônus pela participação nesta pesquisa.

Sendo assim, eu, \_\_\_\_\_,

portadora do RG \_\_\_\_\_, tendo sido orientada sobre a finalidade desse estudo e a forma de participação, manifesto meu livre consentimento em permitir minha participação, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar pela participação.

Declaro que li e aceito as condições do termo acima e autorizo o uso dos dados solicitados.

\_\_\_\_\_  
 Sujeito de pesquisa ou responsável

\_\_\_\_\_  
 Data

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, os responsáveis pelo projeto estarão à disposição, seja por e-mail ou pelos telefones: (11) 95106-8798 falar com Ariane; (11) 99965-1084 falar com Fátima, (11) 96331-5173 falar com Júlia e (11) 98541-1938 falar com Nathália e também pelo telefone do CoEP: (11) 3465-2654.

E-mail: ariane564@gmail.com; jtrfernandes@hotmail.com;

naty.nistal@hotmail.com; fanifitz@yahoo.com.br

\_\_\_\_\_  
 Pesquisador

\_\_\_\_\_  
 Data

Pesquisadores: Ariane da Nobrega Trigueiro<sup>1</sup>; Júlia Tamires Rodrigues Ferreira<sup>1</sup>; Nathália Nistal Mariano da Cruz<sup>1</sup>. Orientadores: Prof<sup>a</sup> Ebe Monteiro, Fátima Fitz e Luiza Torelli. São Camilo<sup>1</sup>

**APÊNDICE B – Carta de responsabilidade do pesquisador**

O projeto de pesquisa intitulado “A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO EM PARTURIENTES DE BAIXO RISCO” de responsabilidade dos pesquisadores “Ariane da Nóbrega Trigueiro, Júlia Tamires Rodrigues Ferreira e Nathália Nistal Mariano da Cruz” tem por objetivo: comparar a evolução do trabalho de parto e a eficácia da atuação fisioterapêutica durante o trabalho de parto em parturientes que realizarão fisioterapia durante o trabalho de parto e parturientes que receberão apenas orientações da fisioterapia..

Desta forma, nós pesquisadores nos comprometemos, em caráter irrevogável e por prazo indeterminado, em manter absoluto e total sigilo e confidencialidade em relação à identificação do sujeito e declaramos, expressamente, que somente as informações descritas neste projeto serão coletadas para realização deste estudo.

---

Assinatura dos Pesquisadores

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **APÊNDICE C – Carta de autorização da Instituição co-participante para realização da pesquisa**

Os pesquisadores Ébe Monteiro, Fátima Fitz, Luiza Torelli, Ariane da Nóbrega Trigueiro, Júlia Tamires Rodrigues Ferreira e Nathália Nistal Mariano da Cruz, responsáveis pela execução da pesquisa intitulada “A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO EM PARTURIENTES DE BAIXO RISCO”, solicitam autorização para realização da referida pesquisa nesta instituição, que em caso de aceite passa a ser co-participante do projeto. A autorização fica condicionada à prévia aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário São Camilo.

Em resposta a solicitação:

Eu, \_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_, autorizo a realização da pesquisa “A INFLUÊNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO EM PARTURIENTES DE BAIXO RISCO”, nesta instituição, sob a responsabilidade do pesquisador \_\_\_\_\_, tendo como objetivo comparar a evolução do trabalho de parto e a eficácia da atuação fisioterapêutica durante o trabalho de parto em parturientes que realizarão fisioterapia durante o trabalho de parto e parturientes que receberão apenas orientações da fisioterapia. Afirmando que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização de dados exclusivamente para fins científicos e que as informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determinar a legislação e não serão utilizadas em prejuízo desta instituição e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo da infraestrutura necessária para tal.

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável institucional

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável institucional

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**APÊNDICE D – Instrumento de coleta de dados – Ficha para coleta de dados**

Data do parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Etnia: Branca ( ) Negra ( ) Parda ( )  
Amarela ( ) Indígena ( )

Escolaridade:

Ensino fundamental completo ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Nenhum ( )

Ensino médio completo ( ) Ensino médio incompleto ( )

Ensino superior completo ( ) Ensino superior incompleto ( )

Estado Civil: Casada ( ) Solteira ( ) Separada/Divorciada ( ) Viúva ( )

**2. EXAME FÍSICO**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC: \_\_\_\_\_

Condição Prévia de Saúde: DHEG ( ) DMG ( )

Outras: \_\_\_\_\_

Fumante: SIM ( ) NÃO ( )

Alcoólatra: SIM ( ) NÃO ( )

Usuário de Drogas: \_\_\_\_\_

Tipo de Gravidez: Única ( ) Gemelar ( )

Tipo de Gestante: Primípara ( ) Multípara ( )

**3. GESTAÇÃO ATUAL**

Acompanhante durante o trabalho de parto: Sim ( ) Não ( )

Se sim, qual o parentesco: \_\_\_\_\_

Dilatação cervical inicial: \_\_\_\_\_ Dilatação cervical final: \_\_\_\_\_



( ) Chuveiro

( ) Massagem reflexa

EVA: 0( ) 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) 7( ) 8( ) 9( ) 10( )

Leve

Moderado

Intenso

## 5. CARACTERÍSTICAS DO PARTO

Tempo de duração: \_\_\_\_\_

Apresentação do feto: Cefálico ( ) Pélvico ( )

Intercorrências: \_\_\_\_\_

Laceração ( ) sim ( ) não Grau: \_\_\_\_\_

Episiotomia: ( )sim ( )não ( )médio-lateral-direita ( ) médio-lateral-esquerda

Dados do RN: Peso:\_\_\_\_\_ Altura:\_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_ Perímetro

Cefálico:\_\_\_\_\_

## 6. Satisfação com a intervenção e/ou orientação realizada e fornecida:

Satisfeita ( )

Insatisfeita ( )

Indiferente ( )