

Conduas fisioterapêuticas que beneficiam as parturientes no parto normal e humanizado: uma revisão sistemática

Physiotherapeutic procedures that benefit women in normal and humanized childbirth: a systematic review

DOI:10.34119/bjhrv5n6-136

Recebimento dos originais: 28/10/2022

Aceitação para publicação: 01/12/2022

Viviane Alves de Araújo

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN)
Instituição: Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN)
Endereço: Avenida Pau Brasil, S/N, Lote 02, Águas Claras, Brasília - DF,
E-mail: viane.alvesaraujo@gmail.com

Priscilla França Fernandes

Mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UNB)
Instituição: Universidade Paulista (UNIP)
Endereço: SGAS, Quadra 913, S/Nº, Conjunto B, Asa Sul, Brasília - DF, CEP: 70390-130
E-mail: priscilla.fernandes@docente.unip.br

Bruna Ferreira de Macedo

Mestre em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade Paulista (UNIP)
Endereço: SGAS, Quadra 913, S/Nº, Conjunto B, Asa Sul, Brasília - DF, CEP: 70390-130
E-mail: brunafisiomacedo@gmail.com

Camila Etelvina de Sousa Silva

Mestre em Ciências da Saúde
Instituição: Centro Universitário Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN)
Endereço: Av. das Castanheiras, Águas Claras, Brasília - DF, CEP: 71916-000
E-mail: camilas1301@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O trabalho de parto é um processo natural e doloroso que pode ser atenuado com a presença de um fisioterapeuta atuando com condutas que geram benefícios físicos e emocionais para a parturiente. **Objetivo:** Identificar as condutas fisioterapêuticas que podem beneficiar as parturientes no parto normal e humanizado. **Método:** Revisão sistemática, realizada através da análise da literatura nacional e internacional, no período de fevereiro a maio de 2022, onde foram selecionados estudos indexados nas bases de dados: *Scielo*, *Pubmed*, *BVS* e *PEDro*. **Resultados:** A busca nas bases de dados resultou em 13 artigos para leitura integral e destes, 3 foram excluídos por não se encaixarem com o tema proposto. Assim, a amostra final ficou composta por 10 artigos sendo que dentre as técnicas utilizadas, 10% (n=1) utilizou apenas a bola suíça como recurso, 10% (n=1) utilizou apenas a termoterapia, e 30% (n=3) abordavam os efeitos da bola suíça associado a termoterapia, 20% (n=2) utilizou apenas a massagem, 10% (n=1) associou a massagem a outro recurso e 20% (n=2) demonstrou como recurso apenas o uso do TENS. **Conclusão:** Foi observado que as condutas mais descritas na literatura são: uso

da bola suíça, termoterapia, massagem e TENS. E que todas as condutas avaliadas trouxeram benefícios para as parturientes durante a primeira fase do trabalho de parto, tanto em uso isolado quanto associadas, principalmente no alívio da dor.

Palavras-chave: fisioterapia, modalidades de fisioterapia, dor do parto, trabalho de parto.

ABSTRACT

Introduction: Labor is a natural and painful process that can be alleviated with the presence of a physical therapist working with behaviors that generate physical and emotional benefits for the parturient. **Objective:** Identify the physiotherapeutic conducts that can benefit parturients in normal and humanized childbirth. **Method:** Systematic review carried out through the analysis of national and international literature, from February to May 2022, studies indexed in the databases: Scielo, Pubmed, BVS and PEDro were selected. **Results:** The search in the databases resulted in 13 articles for full reading and of these, 3 were excluded because they did not fit the proposed theme. Thus, the final sample consisted of 10 articles and among the techniques used, 10% (n=1) used only the swiss ball as a resource, 10% (n=1) used only thermal therapy, and 30% (n =3) addressed the effects of the swiss ball associated with thermal therapy, 20% (n=1) used only massage, 10% (n=1) associated massage with another resource and 20% (n=2) demonstrated as a resource only the use of TENS. **Conclusion:** It was observed that the most described behaviors in the literature are use of the swiss ball, thermal resource, massage and TENS. That all the approaches evaluated brought benefits to the parturients during the first stage of labor, both in isolation and in combination, mainly in pain relief.

Keywords: physiotherapy, physiotherapy modalities, labor pain, labor.

1 INTRODUÇÃO

Para que aconteça um nascimento de forma fisiológica e natural, o corpo da mulher precisa passar por diversas adaptações, como as contrações miométriais que geram a dilatação uterina e conseqüentemente a saída do feto. Todo esse mecanismo apesar de fisiológico, é demasiadamente doloroso, pois o mecanismo do trabalho de parto consiste no trajeto que o feto percorre da cavidade uterina à fenda vulvar, para ser expelido para o meio externo¹.

Para que esse processo aconteça, o parto se divide em 3 fases: Dilatação ou 1º período, que consiste em contrações uterinas dolorosas, que dilatam e diminuem o espessamento do colo do útero unindo-se ao canal vaginal, formando o canal do parto e facilitando o encaixe do feto na pelve menor. Nesta etapa, destaca-se a participação e atuação da fisioterapia, como um recurso agregador e facilitador do processo de parturição. A Expulsão ou 2º período, que consiste na pressão que o feto exerce sobre o períneo, dando a mulher o reflexo expulsivo ou puxo, em que a mulher sente vontade de empurrar, fazer força. Neste período as contrações se intensificam, são mais dolorosas e em intervalos menores. Toda a musculatura do assoalho pélvico se estende e o canal vaginal se amplia para completa passagem do feto. Por fim, ocorre o Secundamento ou 3º período do parto, que é a retirada da placenta que se desprende do útero

devido as contrações que continuam acontecendo após a expulsão, porém, essas contrações são indolores e a mulher entra em estado de relaxamento^{2,3}.

Embora esses mecanismos vivenciados pela parturiente sejam difíceis, fatores biopsicossociais e ambientais podem interferir diretamente na dor do parto e na vivência da mulher nesse período, devendo esta, receber acolhimento e atendimento digno, proporcionando-lhes segurança, conforto e bem estar. Sua vontade deve ser levada em consideração e ela deve participar ativamente do trabalho de parto, conforme preconiza as abordagens do parto humanizado^{4,5}.

Para tanto, programas de humanização são importantes para garantir os direitos às gestantes, como o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN) de 2001 do Ministério da Saúde, que estabelece direitos na assistência ao parto humanizado, onde a equipe multiprofissional deve se responsabilizar pelo bom atendimento, acolhimento e direcionar condutas que favoreçam e beneficiem a mulher e o recém-nascido¹.

A fisioterapia se enquadra neste contexto, apesar do fisioterapeuta ser geralmente associado apenas à reabilitação, é de suma importância que se saiba que a fisioterapia também está inserida na atenção básica, na promoção a saúde e na prevenção de doenças e de agravos, como exemplo, em demandas com gestantes⁶. Isso se confirma com a resolução do COFFITO Nº 401 de 18 de agosto de 2011, que insere a especialidade de fisioterapia na saúde da mulher, descrevendo várias atribuições ao fisioterapeuta, como na maternidade, enfermaria de parturientes, no parto e pós parto⁷.

Dessa forma, o fisioterapeuta vem cada vez mais ganhando confiança e notoriedade dentro de programas multidisciplinares, inclusive no acompanhamento da grávida no pré natal, parturição e puéperio⁷, pois atua justamente nesse atendimento humanizado proposto pelo PHPN. O fisioterapeuta é um dos profissionais da área da saúde mais completos, pois compreendem o corpo humano de forma física, biomecânica e fisiológica. É um profissional capacitado para prestar auxílio necessário para a parturiente, trazendo-lhes confiança, conforto, segurança, apoio físico e psicológico, e atuando na principal característica do trabalho de parto e parto, que é a dor⁸.

Portanto, a presença de um fisioterapeuta na sala de parto não só traz confiança para a parturiente como também atua nela funcionalmente, de acordo com a necessidade encontrada a cada período do trabalho de parto e parturição. As condutas adotadas pelo fisioterapeuta na mobilidade, posicionamento adequado, respiração natural, e no controle muscular em relaxamento e contração, principalmente da musculatura pélvica, não só deixa a grávida mais confiante e segura, como reduz o desconforto, a dor e o tempo do trabalho de parto. As técnicas

de analgesia como eletroterapia e termoterapia além de gerar conforto, diminui o uso de medicamento, trazendo benefícios para a parturiente e para o feto. A atuação do fisioterapeuta na parturição ajuda a tornar essa experiência vivenciada pela família, mais humanizada^{8,9}.

Diante dos benefícios trazidos pelo fisioterapeuta enquanto profissional da saúde inserido numa equipe multidisciplinar no trabalho de parto e parto, o objetivo dessa pesquisa foi identificar as condutas fisioterapêuticas que podem beneficiar as parturientes no trabalho de parto e parto normal e humanizado.

2 MÉTODO

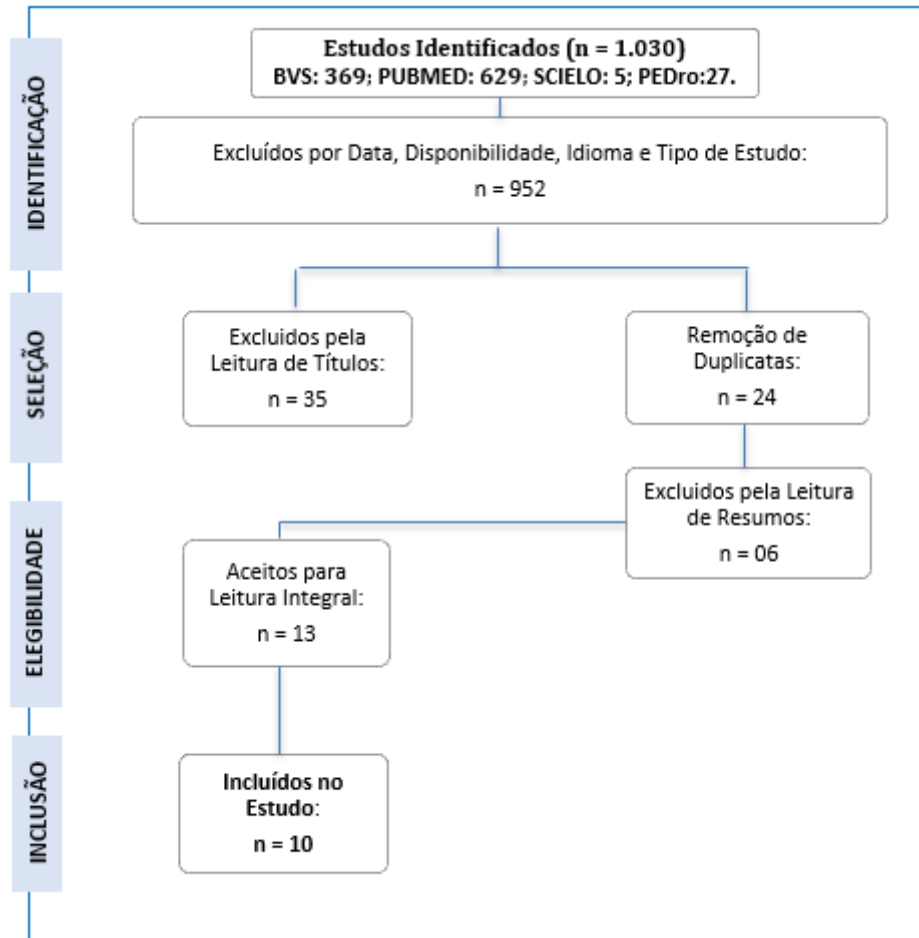
Este estudo caracteriza-se como revisão sistemática, onde o instrumento de análise foi através do método PRISMA, na qual foi fundamentada na análise da literatura nacional e internacional, sendo realizada no período de fevereiro a maio de 2022. Foram selecionados estudos indexados nas seguintes bases de dados: *Scielo (Scientific Eletronic Library Online)*, *Pubmed / NIH (National Library Of Medicine National Institutes Of Health)*, Biblioteca Virtual em Saúde (utilizando a Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Medline – Medical Literature Analysis and Retrievel System Online*) e *PEDro (Physiotherapy Evidence Database)*.

A busca dos artigos foi realizada através da combinação de descritores com o operador booleano “AND” nos idiomas português: Fisioterapia, Modalidades de fisioterapia, Dor do parto, Trabalho de parto, e inglês: Physiotherapy, Physiotherapy modalities, Labor pain, Labor.

Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos foram: artigos publicados nos últimos 10 anos (período de 2012 a 2022), que abordassem as condutas da fisioterapia durante a primeira fase do parto, e que estivessem disponíveis na íntegra nos idiomas português e inglês. Em contrapartida, os critérios de exclusão foram: teses, editoriais, estudos / relatos de casos e revisões sistemáticas, parto cesáreo e sobre atuação de Doulas no trabalho de parto.

A estratégia de pesquisa consistiu nas seguintes etapas: Foram encontrados 1030 artigos sem a aplicação de critérios. Após aplicar os seguintes filtros: ano de publicação (709), tipo de estudo (193), Português e Inglês (0), texto completo (50), leitura de título (35), duplicados (24) e leitura de resumo (6). Restou (13) artigos que foram lidos na íntegra e destes, (10) foram utilizados nesse estudo. Os resultados destas etapas estão sintetizados no fluxograma do processo de revisão sistemática que se encontra na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma das etapas realizadas no processo de revisão sistemática.



Fonte: A autora (2022).

3 RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou em 13 artigos para leitura integral e destes, 3 foram excluídos por não se encaixarem com o tema proposto. Assim, a amostra final ficou composta por 10 artigos (*Figura 1* - Fluxograma das etapas realizadas no processo de revisão sistemática), sendo, 0% (n= 0) encontrados na *PEDro*, 20% (n=2) na *BVS*, 30% (n=3) na *Pubmed* e 50% (n=5) na *Scielo*.

No que diz respeito ao período de publicação dos estudos, houve uma predominância de artigos publicados nos últimos 5 anos, 60% (n=6). Sobre o tipo de estudo, 90% (n=9) são do tipo Randomizado e 10% (n=1) do tipo ensaio clínico.

Quanto a população, 100% (n=10) eram primigestas de feto único, em trabalho de parto cefálico, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas e dilatação cervical a partir de 4-5 cm, maiores de 18 anos e sem complicações obstétricas.

Dentre as técnicas utilizadas, de 100% (n=10) da amostra, 10% (n=1) utilizou apenas a bola suíça como recurso, 10% (n=1) utilizou apenas a termoterapia, 20% (n=2) somente

massagem, 40% (n=4) abordavam os efeitos da bola suíça associado a termoterapia ou massagem e 20% (n=2) demonstrou como recurso apenas o uso do TENS.

Com relação ao efeito das técnicas utilizadas, de 100% (n=10) da amostra 80% (n=8) relataram apresentar redução do quadro algico. Gallo *et al* (2013) 20mm. Gallo *et al* (2014) 24mm. Santana *et al* (2013) 25mm. Taavoni *et al* (2016) o GB: reduziu de 8,57 para 7,57, o G Calor: de 8,57 para 8,08, enquanto o GC: aumento de 7,80 para 9,29. Gallo *et al* (2018) bola suíça 24mm, acumulado de bola e massagem 14mm, acumulado de bola, massagem e banho 17mm. Suarez *et al* (2018) T1: de 7,4 para 6,3, T2: de 8,1 para 5,9 e T placebo: de 6,6 para 8,8. E Njogu *et al* (2021) GT: de 5,56 para 5,45 enquanto o GC: de 5,64 para 9,29 contrapondo a 20% (n=2) que demonstraram aumento no score de dor. Nos estudos de Henrique *et al* (2018) e Cavalcanti *et al* (2019) GA: de 7,55 para 8,38, BG: de 7,56 para 8,02 e G terapias combinadas: de 7,54 para 8,08. Já no estudo de Lai *et al* (2021) não houve diferença nesse quesito. 90% (n=9), utilizou a escala visual analógica (EVA) para mensurar a dor antes e após as intervenções.

Quanto a duração do trabalho de parto, 70% (n=7) avaliaram esse efeito, sendo que 30% (n=3) relataram redução de tempo. Cavalcanti *et al* (2018) G terapias combinadas: 216,85, GA: 255,05 e GB: 288,49 minutos. Gallo *et al* (2018) 72 minutos a menos no GE. E no estudo de Njogu *et al* (2021) GT: 172,25 e GC: 272,15 minutos. 10% (n=1) descreveu aumento na duração do trabalho de parto, Gallo *et al* (2013) GE:6,8 e GC: 5,7 (diferença de 1,1h). E 30% (n=3) relataram não haver diferença. Já em relação a dilatação cervical, apenas 10% (n=1) avaliou e relatou que houve diferença significativa. Cavalcanti *et al* (2019) GA: 4,86 para 6,41cm, GB: 4,96 para 6,16cm e GC: 5,13 para 6,69cm. No que tange ao tempo de expulsão, Gallo *et al* (2018) observou e descreveu que no grupo intervenção foi 18 minutos mais rápido.

Com relação a satisfação da gestante 30% (n=3) relataram que estas ficam mais satisfeitas. Gallo *et al* (2013) as parturientes relataram reduzir o estresse e a ansiedade com as condutas. E Suarez *et al* (2018) T1: 175, T2: 177 e T placebo: 165 de acordo com a escala *COMFORTS*. Henrique *et al* (2018) e Cavalcante *et al* (2019) houve redução nos 3 grupos mas sem diferença significativa.

Os estudos selecionados para compor essa revisão segundo o objetivo, método, condutas e resultados estão descritos na *tabela 1* (Caracterização descritiva dos dados obtidos com os 10 artigos selecionados), mostrando que foi identificado que os recursos mais utilizados na primeira fase do trabalho de parto são: termoterapia, bola suíça, massagem e TENS.

Tabela 1. Caracterização descritiva dos dados obtidos com os 10 artigos selecionados.

AUTOR / ANO	OBJETIVOS	MÉTODO / AMOSTRA(N)	PROCEDIMENTOS/CONDUTAS	RESULTADOS
Gallo et al, 2013	Descrever se a massagem alivia dor na fase ativa do trabalho de parto, se altera as características e a localização da dor, se influencia os resultados obstétricos e neonatais e se as mulheres em trabalho de parto estão satisfeitas com a presença do fisioterapeuta para realizar a massagem.	Método: Ensaio randomizado com alocação oculta e cegamento do avaliador. Amostra (N): 46 parturientes com \pm 37 semanas, divididas em GE (23) e GC (23), ambos com dilatação entre 4 a 5 cm.	GC: Recebeu cuidados de rotina da maternidade e o pesquisador esteve presente apenas para observação e para responder perguntas, por 30 min. GE: Recebeu massagem na região lombar entre T10 e S4, na posição escolhida pela pct, por 30 min.	Redução significativa da dor durante o trabalho de parto no GE, melhorou 17mm na EVA, enquanto GC aumentou 3mm. Não alterou localização da dor. O tempo médio para uso de medicação algíca foi maior no GE. O tempo do trabalho de parto foi maior no GE. Não houve diferença, nas medidas dos RNs nem no APGAR. Ambos os grupos relataram diminuir ansiedade e estresse com a presença do fisioterapeuta.
Santana et al, 2013	Avaliar o efeito do banho de chuveiro no alívio da dor, durante a fase ativa do trabalho de parto.	Método: Ensaio clínico e controlado do tipo intervenção terapêutica. Amostra (N): 34 parturientes.	Banho de chuveiro a 37°C por 30 minutos, com dilatação cervical de 4 a 5 cm. Avaliadas pela EVA antes e depois da intervenção.	Os resultados da avaliação da dor foram através da EVA, sendo que a maioria das pcts teve uma média de 80 \pm 20mm antes da intervenção e 55 \pm 22mm após a intervenção, resultando em uma diferença de 25mm entre as duas mensurações, comprovando assim que o banho de chuveiro reduz a dor do trabalho de parto com dilatação de 4 a 5 cm.
Gallo et al, 2014	Avaliar efeito da bola suíça no alívio da dor e na duração do trabalho de parto em primigestas.	Método: Estudo controlado randomizado. Amostra (N): 40 parturientes com idade média de 19 \pm 4 anos, divididas em GC (20) e GB (20), ambos com dilatação entre 4 a 5 cm.	GC: Procedimentos da maternidade e liberdade de posição, por 30 min. GB: Exercícios de mobilidade pélvica, exercício ativo de anteversão, retroversão, lateralização e circundução pélvica e propulsão, por 30 min.	Redução significativa da dor durante o trabalho de parto no GB. Tempo do trabalho de parto, velocidade da dilatação e descida fetal não houve diferença entre os grupos.

Taavoni et al, 2016	Investigar os efeitos de 2 métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto.	Método: Ensaio clínico randomizado e controlado. Amostra (N): 90 mulheres primíparas com idade entre 18 e 35 anos, divididas em GC (26), GB (26) e GTC (26).	GC: Cuidados habituais sem nenhuma intervenção para controle da dor. GB: Sentar na bola, exercício ativo com movimento pélvico para frente e para trás e em circundação, por 30 min. GTC: Compressas com toalhas úmidas e quentes fervidas a $\pm 45^\circ$ e aplicadas na região sacral e perineal, por 30 min.	Os dois GI apresentaram score de dor mais baixos que o GC, mas não houve diferença significativa entre o uso da bola de nascimento e a terapia de calor.
Gallo et al, 2018	Identificar se aplicação sequencial de intervenção não farmacológica alivia a dor do parto, diminui o tempo do trabalho de parto e retarda o uso de analgesia farmacológica.	Método: Ensaio randomizado duplo cego e análise de intenção de tratar. Amostra (N): 80 mulheres em trabalho de parto de baixo risco. GC (40) e GI (40).	GC: Sem nenhuma intervenção. GI: Exercícios de mobilidade pélvica, exercício ativo de anteversão, retroversão, lateralização e circundação pélvica e propulsão com bola suíça. Massagem na região entre T10 e S4 com movimentos rítmicos de amassamento e deslizamento e banho morno a 37° . 40 min. cada intervenção.	A sequência destas 3 intervenções reduziu significativamente a dor do parto, atrasou o uso de medicação analgésica e aumentou a satisfação materna. GI reduziu 72" o tempo do trabalho de parto e 18" mais rápido o tempo de expulsão.
Henrique et al, 2018	Investigar o efeito da hidroterapia com chuveiro quente e exercícios perineais com bola suíça sobre parâmetros de dor, ansiedade e estresse neuroendócrino durante o parto.	Método: Ensaio clínico randomizado. Amostra (N): 128 parturientes divididas em GA (44) banho quente, GB (45) bola e GC (39) combinação das duas terapias.	GA: Jato de água morna a 37° na região lombo sacra por 15 min. + banho por 30 min. GB: Movimentação ativa de propulsão e rotação pélvica na bola de 60 cm, por 30 min. GC: Combinação das duas terapias por 30 min.	Na dor: todos aumentaram após a intervenção, com scores semelhantes, porém o GB apresentou a menor intensidade nesse score e também na ansiedade. Diminuição de endorfinas no GA e GC, aumento no GB.
Suarez et al, 2018	Investigar o efeito analgésico de uma aplicação de TENS durante o trabalho de parto e descobrir a dose mais eficaz.	Método: Estudo randomizado controlado, duplo cego. Amostra (N): 63 parturientes divididas em TENS placebo (21), TENS ativo1 (21) e TENS ativo2 (21).	TP: Foram conectados a uma unidade TENS mas sem estimulação elétrica. T1: Pulso assimétrico bifásico, largura de pulso $100\mu s$ e frequência de 100HZ. 30 min.	O grupo T2 teve melhora significativa na redução da dor em relação aos outros grupos, portanto melhores resultados usando altas frequências. As parturientes que receberam TENS ativo tiveram maior nível de satisfação geral e satisfação

			<p>T2: Onda quadrada bifásica, assimétrica e balanceada, com frequência de estimulação mista entre 80 a 100Hz e duração de pulso 350µs. 30 min. T1 e 2 com 4 eletrodos na regiões paravertebrais entre T10 e S4. EVA avaliada no início da intervenção e após 10 e 30 min.</p>	em relação a dor do que as do grupo placebo.
Cavalcanti et al, 2019	Avaliar efeito do banho quente de chuveiro e exercício perineal com bola suíça isolados e de forma combinada sobre a percepção da dor, ansiedade e progressão do trabalho de parto.	<p>Método: Ensaio clínico randomizado e controlado.</p> <p>Amostra (N): 128 parturientes alocadas em, grupo banho quente de chuveiro (44), bola suíça (45) e grupo banho quente e bola suíça (39).</p>	<p>Banho quente com jato direcionado a região lombo sacra por 30 min.</p> <p>Bola suíça de 60 cm realizando movimentos pélvicos de propulsão e rotação.</p> <p>Terapias combinadas de exercícios na bola durante banho quente por 30 min.</p>	<p>Na dor: todos aumentaram após intervenção, porém o grupo da bola apresentou menor intensidade de dor.</p> <p>Na ansiedade: o grupo da bola foi o maior antes da intervenção e também o que mais reduziu a ansiedade após intervenção.</p>
Lai et al, 2021	Investigar a eficácia de um programa abrangente de massagem combinada com respiração controlada e técnica de visualização, iniciadas no período pré-natal como método não farmacológico do alívio da dor no trabalho de parto e com objetivo de a petidina ou analgesia epidural.	<p>Método: Ensaio clínico randomizado.</p> <p>Amostra (N): GM (233). GC: 246</p>	Casais do GM receberam durante o pré-natal uma aula teórica por 30 min + prática de 90 min. sobre técnica de massagem na região lombar e 4 membros e respiração controlada e técnica de visualização (imaginar algo confortável) para serem realizados durante o trabalho de parto. O GC recebeu orientações pré-natal padrão, sem orientações sobre massagem, respiração controlada e técnica de visualização.	Menor proporção de mulher pediram analgesia peridural do GM e maior proporção de mulheres não solicitou nenhum tipo de analgésico. A dilatação cervical foi maior no momento da solicitação de analgésicos nas mulheres do GM. Já o score de dor no momento da solicitação de analgésicos foi semelhante nos dois grupos. Não foi demonstrado redução na duração do trabalho de parto.
Njogu et al, 2021	Determinar os efeitos da terapia TENS na primeira fase do trabalho de parto.	<p>Método: Estudo randomizado controlado simples cego.</p> <p>Amostra (N): Foram elegíveis 326 gestantes, sendo GE (161) GC (165).</p>	GE: Terapia TENS no início do trabalho de parto (4cm de dilatação), dois pares de eletrodos em ambos os braços, no punho e distal do antebraço. E dois eletrodos na região paravertebral entre T10 e S4 com pico de corrente de 15Am	O GE demonstrou menos duração na fase ativa do trabalho de parto, mas não houve diferença no segundo e terceiro estágio. Com relação a dor, o GE

e pico de tensão em circuito aberto de 300V, frequência e intensidade de acordo com a tolerância da mulher.

GC: Recebeu cuidados obstétricos de rotina.

obteve menor score nos 30, 60 e 120 min. após intervenção e 2-24hrs após o parto. Não houve diferença entre os grupos em relação ao uso de ocitocina e hemorragia após o parto.

Fonte: A Autora.

LEGENDA: GC (Grupo Controle); GB (Grupo Bola), GTC (Grupo Terapia de Calor); GI (Grupo Intervenção); GE (Grupo Experimental); EVA (Escala Visual Analógica); RN (Recém Nascido); PCT (Paciente); TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea); TP (TENS Placebo); T1 (TENS ativo 1); T2 (TENS ativo 2); GM (Grupo Massagem).

4 DISCUSSÃO

O programa de imunização do pré-parto e parto instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000 deu início ao resgate da mulher durante o parto com incentivo a terapias complementares e não farmacológicas, que auxiliam para uma experiência menos prejudicial para gestante e para o feto¹⁰.

O processo natural e fisiológico da parturição ocasiona alterações em diversos sistemas do corpo feminino, como respostas autonômicas aumentadas pelo Sistema Nervoso Central (SNC), como taquicardia, vasoconstrição na pele, vísceras e nos músculos estriados, hiperventilação em resposta as alterações respiratórias, além das alterações hormonais como a ocitocina que promove a contração uterina¹¹ dando início ao processo tão doloroso que é o trabalho de parto.

Associado ao processo fisiológico particularmente relacionado ao parto, questões psicológicas e sociais podem contribuir positivamente ou negativamente com essa experiência. A insegurança, medo, ansiedade e o estresse são fatores que afetam a experiência maternal¹² de forma negativa, aumentando a circulação de cortisol e catecolaminas, interferindo no débito cardíaco, na pressão arterial e na resistência vascular periférica¹³.

Com isso, buscar alternativas que controlam a dor, reduzam a ansiedade e o estresse e aumente a confiança e bem-estar da parturiente é um papel importante dos profissionais da saúde¹³. O fisioterapeuta pode atuar nesse contexto com condutas evidenciadas na literatura científica dentre as quais são mais comuns o uso da bola suíça, termoterapia, massagem e TENS, que podem ser utilizadas de forma conjunta ou isolada^{10,11,13,14}.

Com intuito de avaliar o efeito apenas da bola suíça na dor e na duração do trabalho de parto Gallo *et al* (2014)¹⁵ realizou um estudo onde constataram que o GB reduziu a dor significativamente (24mm na escala EVA) em relação ao GC. Já no estudo de Santana *et al* (2013)¹³ que ofereceu banho de chuveiro com temperatura entre 37° a 39° por 30 minutos em primigestas com dilatação cervical entre 4 e 5 cm, demonstrou redução da dor (25mm na escala EVA). Termoterapia acarreta em vasodilatação, relaxamento da musculatura e redistribuição de fluxo sanguíneo, elevando endorfinas que reduz a ansiedade e aumentam a satisfação e em contrapartida diminui a liberação de catecolaminas¹³. Esses estudos mesmo analisando recursos diferentes e de forma isolada, obtiveram scores semelhantes na redução da dor.

Quando avaliado de forma isolada se a massagem reduz a dor durante a fase ativa do trabalho de parto, através de mecanismos como redução dos níveis de cortisol e norepinefrina, ou aumento dos níveis de serotonina e ainda a estimulação de endorfinas liberadas ou até mesmo através da circulação promovendo melhora na oxigenação^{16,17}. Foi demonstrado no

estudo de Gallo *et al* (2013)¹⁶, que houve redução significativa da dor (20mm de acordo com a EVA), corroborando com o estudo de Lai *et al* (2021)¹⁷, que sugeriu que há modulação da dor com a técnica de massagem, com menor proporção de mulheres solicitando analgésico peridural e maior proporção sequer solicitou qualquer tipo de analgésico, no entanto, o estudo de Lai *et al* (2021)¹⁷ associou a massagem com respiração controlada e técnica de visualização.

No que se refere a terapias combinadas, 3 dos 10 artigos que compõem essa discussão associaram a termoterapia ao uso da bola suíça, como demonstrado no estudo de Cavalcanti *et al* (2019)¹¹ e Henrique *et al* (2018)¹² que utilizaram os recursos da bola suíça e banho de aspersão a 37° de forma isolada e combinada. O resultado foi equivalente em ambos os estudos que demonstraram aumento no score de dor, principalmente o grupo banho de aspersão, em contrapartida as parturientes se sentiram seguras, relaxadas, confortáveis e menos ansiosas.

Contudo no estudo de Henrique *et al* (2018)¹² após a intervenção, os 3 grupos avaliados aumentaram níveis de cortisol que está relacionado ao estresse causado pela dor e medo que a mulher sente durante o trabalho de parto, mas o GA (grupo banho) foi o que menos liberou esse hormônio. Quanto a endorfina que age na modulação nociceptiva, não abolindo a dor mas promovendo mudanças na percepção e tolerância, foi diminuída no GA e GC (grupo terapias combinadas), mais ainda no GA, porém, no GB (grupo bola) esse hormônio foi aumentado. Quanto a epinefrina, diminuiu pela metade no GB, esse hormônio está associado a sensações agradáveis. Todos os grupos tiveram aumento na noradrenalina, principalmente GA.

Entretanto no estudo de Cavalcanti *et al* (2019)¹¹ um resultado relevante foi o grupo das intervenções combinadas ter evoluído o trabalho de parto mais rapidamente em torno de uma hora, abreviando o tempo em que a parturiente se expõe à dor.

Já no estudo de Taavoni *et al* (2016)¹⁸ que também utilizou os recursos associados da bola suíça com termoterapia, porém, ao invés do banho no chuveiro utilizaram toalhas úmidas a 45°, obtiveram o resultado de redução na dor contrapondo-se aos estudos de Cavalcanti *et al* (2019)¹¹ e Henrique *et al* (2018)¹².

Aprimorando seus estudos Gallo *et al* (2018)¹⁰ foi além, associando o uso da bola suíça e banho morno à massagem, promovendo redução significativa da dor, além de atrasar ou diminuir o uso de medicação analgésica, numa diferença estatística considerável, 34(85%) do GC contra apenas 3(8%) do GE que utilizaram deste recurso. Destarte, condiz com estudo de Lai *et al* (2021)¹⁷ em que houve diferença no GM, que fizeram uso de analgésicos mais fracos e que mais mulheres não necessitaram de tais fármacos.

Além disso, no estudo de Gallo *et al* (2018)¹⁰ houve aumento na satisfação das parturientes aplicando esses três recursos em sequência e de acordo com a evolução da dilatação

cervical, sendo uso na bola aos 4-5 cm, massagem na região de T10 e S4 aos 5-6 cm e banho morno ao atingir 7cm de dilatação. Demonstrando que os recursos utilizados de forma combinada trouxe desfecho positivo assim como de forma isolada como proposto por Gallo *et al* (2014)¹⁵, Gallo *et al* (2013)¹⁶ e Santana *et al* (2013)¹³.

Por fim, Suarez *et al* (2018)¹⁴ identificou que o uso do TENS reduziu a dor na fase ativa do trabalho de parto, principalmente quando ajustado os parâmetros desse recurso à intensidades mais altas, corroborando com o estudo de Njogu *et al* (2021)¹⁹ que também identificou que o TENS promoveu analgesia além de reduzir o tempo do trabalho de parto, mesmo em baixas frequências. Esse fato pode ser explicado pela teoria da comporta da dor proposta por Melzack e Wall (1965)²⁰, ao qual, a percepção da dor é inibida ao passo que o estímulo do toque com suas fibras nervosas de maior diâmetro são mais rápidas e fecham a porta do estímulo nociceptivo.

5 CONCLUSÃO

Foi possível observar que as condutas avaliadas trouxeram benefícios para as parturientes durante a primeira fase do trabalho de parto, tanto em uso isolado quanto associadas, diminuindo a dor, estresse, ansiedade, medo e tempo do trabalho de parto ou aumentando a confiança, segurança, autonomia da mulher e até postergando o uso de analgésicos farmacológicos. E que são recursos de fácil aplicabilidade e de baixo custo.

Tendo em vista os aspectos mencionados, é de suma importância a inserção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar atuando na sala do trabalho de parto, beneficiando as parturientes no parto normal e humanizado. Faz-se necessário mais estudos que abordem especificamente a atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto e parto.

REFERÊNCIAS

- Baracho E. Fisiologia do Parto. In: Paula LB, Péret FJA, Barcellos LN. *Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher* (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2018. p. 141 – 49.
- Montenegro CAB, Filho JR. *Rezende Obstetrícia Fundamental*, 14ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
- Germain CB. *O períneo feminino e o parto: elementos de anatomia e exercícios práticos*. Barueri: Editora Manole; 2005.
- Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioter Pesq*. 2012;19(3):210-214.
- Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: Significados e percepções de enfermeiras. *Esc Anna Nery* 2017;21(4):e20160366.
- Nascimento AN, Silva AMB, Caxias CC, Paula DCA, Pereira MCA. Contribuições da vivência em comunidade para formação acadêmica em fisioterapia. *Revista Ciência Plural*. 2021; 7(2):149-162.
- Coffito. Resolução 401/2011 Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia na Saúde da Mulher e dá outras providências. Brasília: 18 ago 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3164>.
- Canesin KF, Amaral WN. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. *Feminina*. Agosto 2010; vol 38: nº 8.
- Abreu NS, Cruz MV, Guerra ZF, Porto FB. Atenção fisioterapêutica no trabalho de parto e parto. *Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais*, v. 5, n. único, p. 7-15, 2013.
- Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. A aplicação sequencial de intervenções não farmacológicas reduz a gravidade da dor do parto, atrasa o uso de analgesia farmacológica e melhora alguns resultados obstétricos: um estudo randomizado. *Jornal de Fisioterapia* 64 (2018) 33–40.
- Cavalcanti ACV, Henrique AJ, Brasil CM, Gabrielloni MC, Barbieri M. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40.
- Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Intervenções não farmacológicas durante o parto para alívio da dor, ansiedade e parâmetros de estresse neuroendócrino: um estudo controlado randomizado. *Prática de Enfermagem Int. J*. 2018; e12642.
- Santana LC, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Quintana SM, Marcolin CM. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. *Rev Dor*. São Paulo, 2013 abr-jun;14(2):111-3.

Suarez AB, Montesdeoca MPQ, Ferrer JFL, Castillo EM, Andújar JG, Hernández JAG. Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial. *BMC* (2018) 19:652.

Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Quintana SM. A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. *Rev Dor. São Paulo*, 2014 out-dez;15(4):253-5.

Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, Polineto AB, Duarte G, Quintana SM. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy* 2013 Vol. 59.

Lai CY, Wong MKW, Tong WH, Chu SY, Lau KY, Tam AML et al. Effectiveness of a childbirth massage program for labour pain relief in nulliparous pregnant woman at term: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med. J* 2021; 27:405–12.

Taavoni S, Sheikhan F, Adbolahian S, Ghavi F. Birth ball or heat therapy. *Terapias Complementares na Prática Clínica*. Elsevier Ltd. (2016) 99e102.

Njogu A, Qin S, Chen Y, Hu L, Luo Y. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2021) 21:164.

Melzack R, Wall PD (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150: 971–978.