



Intervenção fisioterapêutica no trabalho de parto: revisão

Fabiana Andriele da Silva Batista¹, Kétulem Raétylles de Paula e Silva¹, Rafaela de Lima Ferreira¹
Thayane Beatriz da Silva¹ e Vanessa Marques Barreto Pontes Maia²

RESUMO

Submissão: 12/06/2023

Aceite: 24/07/2023

Publicação: 10/08/2023

Panorama: O trabalho de parto ainda requer melhorias, e a Fisioterapia Pélvica pode ser útil. **Objetivo:** Descrever as principais intervenções fisioterapêuticas utilizadas no acompanhamento de mulheres durante o trabalho de parto. **Método:** Revisão integrativa nas bases LILACS, SCIELO e PUBMED. Seleccionados artigos publicados na língua portuguesa e inglesa, entre os anos 2011 e 2021, disponíveis em textos livres, sobre a intervenção fisioterapêutica durante o trabalho de parto. **Resultados:** No total, 61 artigos foram encontrados e, após análise, 24 artigos foram seleccionados para leitura de texto integral. Posteriormente, apenas 13 foram incluídos no estudo. **Conclusão:** O acompanhamento fisioterapêutico durante o parto é capaz de aumentar a tolerância à dor, diminuir o uso de fármacos, melhorar a dinâmica uterina, aumentar a confiança da mulher e tornar o processo mais ativo e natural.

ABSTRACT

Background: Labor still requires improvement, and Pelvic Physiotherapy can be helpful. **Aims:** To describe the main physiotherapeutic interventions used in the monitoring of women during labor. **Method:** Integrative review in LILACS, SCIELO and PUBMED databases. Selected articles published in Portuguese and English, between the years 2011 and 2021, available in free texts, on physiotherapeutic intervention during labor. **Results:** In total, 61 articles were found and, after analysis, 24 articles were selected for full text reading. Subsequently, only 13 were included in the study. **Conclusion:** Physiotherapeutic monitoring during childbirth is able to increase pain tolerance, reduce the use of drugs, improve uterine dynamics, increase women's confidence and make the process more active and natural.

INTRODUÇÃO

O parto é um marco na vida da mulher e de seus familiares, e este tem passado por diversas transformações. Os cuidados mais específicos com relação à assistência ao parto só foram iniciados quando as próprias gestantes começaram a se ajudar neste processo, com a participação da família e parteiras, que foram acumulando experiências e passando de uma geração para outra com finalidade de contribuir cada vez mais para o parto saudável, momento este tão esperado e importante na vida das mulheres¹.

Até o início do século XX, o parto era realizado exclusivamente por parteiras em domicílio e vivido como um processo natural e privativo onde a mulher tinha papel ativo². Com isso, muitos eram os casos de bebês natimortos e/ou em que a mãe não sobrevivia, ou ambos os casos, devido à falta de conhecimento da época. Inicialmente, sem a existência das técnicas de partos que temos na atualidade, não havia a possibilidade de redução das dores de parto e nem a possibilidade de facilitar a realização dele. Nesta época, as gestantes ao sentirem o aumento das contrações isolavam-se para parir sem nenhuma assistência ou cuidado especializado e, a partir deste momento deduziam por instinto que o momento do parto estava chegando³.

A partir da década de 1940, com o avanço tecnológico e científico, foram sendo introduzidas novas práticas no processo de parturição, transformando o parto em um evento intervencionista e realizado em instituições de saúde com a presença de vários profissionais². A partir deste momento, o aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal e ao uso excessivo de medicamentos, expôs a mulher a procedimentos desnecessários e sua autonomia deixou de ser respeitada⁴.

Na tentativa de preservar o caráter fisiológico do nascimento, foi criado o movimento de humanização do parto, através de práticas que promovem o nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, possibilitando aos profissionais e as instituições ligadas diretamente com essa assistência, mudança nos paradigmas, protocolos e atitudes diferenciadas das empregadas tradicionalmente, que visem o respeito e a dignidade à parturiente, ao recém-nascido e aos seus familiares, possibilitando um trabalho de parto ativo e saudável^{1,5}.

A intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica de baixo risco, como parte da rotina da equipe, valoriza a responsabilidade da gestante no processo estimulando uso ativo do próprio

corpo. A ação do fisioterapeuta é avaliar e monitorar as alterações físicas enfocando a manutenção do bem-estar da parturiente e do bebê, tanto na primeira quanto na segunda fase do trabalho de parto⁶.

O suporte físico e emocional promovido pelo fisioterapeuta durante o trabalho de parto pode proporcionar à parturiente bem-estar físico, redução das percepções dolorosas, aumento da confiança, redução do medo e ansiedade e maior consciência do processo parturitivo. Além disso, torna o parto mais ativo, natural e satisfatório, favorecendo uma vivência positiva na vida da mulher⁷.

A atuação da fisioterapia na fase do trabalho de parto pode facilitar a dinâmica das contrações uterinas, 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, suporte contínuo, dentre⁸.

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo analisar as principais intervenções fisioterapêuticas utilizadas no acompanhamento de mulheres durante o trabalho de parto. O estudo foi delineado para descrever a influência do trabalho fisioterapêutico na facilitação do processo de parturição e garantir uma assistência bem direcionada a parturiente, a família e ao recém-nascido.

MÉTODO

O estudo foi do tipo revisão de literatura integrativa, realizada no período de agosto a setembro de 2021. Para obtenção dos dados, estabeleceu-se a seguinte pergunta condutora: quais os principais recursos fisioterapêuticos utilizados no alívio da dor e facilitação do processo de parturição? A pergunta foi orientada pela estratégia PICO para auxiliar na busca da melhor informação científica disponível. Seus componentes foram decompostos em P (Paciente/Problema= dor em mulheres no trabalho de parto e, I (Intervenção= recursos não farmacológicos para alívio da dor ou posturas ou mobilidade e O (Outcomes/Desfecho= eficácia). O elemento C (comparação entre intervenção ou grupo) não foi empregado devido ao tipo do estudo.

O levantamento bibliográfico foi realizado eletronicamente por meio do portal da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PUBMED. A estratégia de busca envolveu a combinação dos termos cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no no Medical Subject Headings (MeSH). Para a lista dos DeCS foram utilizados os descritores: fisioterapia, dor no parto, parto normal. Para a do MeSH também foram utilizados os descritores: *natural childbirth, labor pain, physical therapy*.

Através dos cruzamentos dos descritores utilizando o operador booleano AND em todas as bases listadas, foram selecionados apenas artigos publicados em periódicos de língua portuguesa e inglesa, disponíveis em textos livres, com restrição quanto ao ano de publicação (2011 à 2021) e que abordassem especificamente a intervenção fisioterapêutica no acompanhamento de mulheres durante o trabalho de parto. Foram excluídos do estudo teses, dissertações, artigos não disponibilizados na íntegra e estudos que abordavam outras formas de alívio da dor no trabalho de parto.

Os artigos foram catalogados em pastas para extração de dados, interpretação e análise, de acordo com a descrição do título, idioma, tipo de estudo, ano de publicação, objetivo, métodos e intervenções.

RESULTADOS

As buscas nas bases de dados resultaram na coleta de 61 artigos. Destes, 55 atenderam aos critérios de inclusão, porém 31 foram excluídos durante análise dos títulos, abstracts e as revisões de literatura. Sendo assim, 24 artigos foram selecionados para análise de texto integral e, posteriormente, apenas 13 foram incluídos no estudo.

Os estudos selecionados para esta revisão estão descritos na Tabela 1 quanto ao desenho metodológico, a amostra, desfechos analisados, intervenção e resultados. Foram incluídos um total de treze estudos de diferentes metodologias, sendo dois estudos transversais, 11 estudos randomizados e controlados variando com ou sem cegamento, de alocação oculta, simples ou de caráter pragmático. Apenas um estudo foi do tipo experimental. Os estudos avaliaram métodos não

farmacológicos para o alívio da dor e/ou um tratamento placebo e foram aplicados por profissionais da saúde treinados e que seguem uma assistência humanizada e menos invasiva.

Nos artigos selecionados, a atuação fisioterapêutica mostrou-se útil durante o trabalho de parto, contribuindo para alívio da dor, redução do tempo de duração do parto, taxa de cesárea, nível de ansiedade, aumento da sensação de segurança/conforto e maior satisfação nas mulheres assistidas através de métodos não farmacológicos e não invasivos (Tabela 1).

Tabela 1: caracterização dos estudos que compuseram a amostra.

Autor (ANO)	Tipo do Estudo	Amostra	Materiais e Métodos	Resultados Encontrados
ABREU et al. (2013)	Estudo transversal	5 parturientes, nulíparas.	Cada mulher foi acompanhada por uma fisioterapeuta ao longo do trabalho de parto. Recursos utilizados: massoterapia, alternância de decúbitos, posição sentada em cadeiras, bancos ou bolas de diferentes tamanhos, deambulação, posição de cócoras, técnicas de respiração e percepção e acionamento dos músculos do assoalho pélvico.	Houve diminuição da percepção dolorosa. Incremento da sensação de segurança e conforto.
CASTRO, CASTRO E MENDONÇA (2012)	Estudo transversal	10 parturientes, entre 18 e 30 anos.	Cada parturiente recebeu intervenção fisioterapêutica durante 50 minutos. A avaliação da dor foi realizada através da EVA, antes e após a intervenção. Protocolo de tratamento foi realizado de acordo com a intensidade da dor: Cinesioterapia: exercícios com bola e bastão, exercícios pélvicos, exercícios ativos de membros superiores e inferiores, deambulação associada a exercícios de membros superiores e respiratórios. Massoterapia: técnicas de deslizamentos superficiais e suaves, com cremes ou óleos. Técnicas respiratórias e relaxamento: incursões inspiratórias e expiratórias prolongadas, propriocepção diafragmática. TENS: técnica tetrapolar cruzada na região lombar para dor aguda com frequência (150 Hz) e duração de pulso moderada (75 μ s) durante 30 minutos. Os eletrodos foram posicionados na região de T10 e L1.	Não houve aumento da dor até uma hora após a intervenção. A abordagem fisioterapêutica no pré-parto parece interferir positivamente sobre a dor e o desconforto materno no grupo estudado.
MAFETONI e SHIMO (2015)	Ensaio clínico controlado e randomizado, duplo-cego e de caráter pragmático	156 participantes	Foram selecionados 156 participantes com idade gestacional \geq 37 semanas, dilatação cervical \geq 4 cm e duas ou mais contrações em 10 min. Como gestantes foram divididas aleatoriamente em três grupos em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, Brasil, em 2013, para receber a acupressão aplicada no ponto BP6 durante as contrações por 20 minutos.	A acupressão no ponto BP6 mostrou ser uma medida complementar para conduzir o trabalho de parto. No entanto, não interferiu na taxa de cesárea.

GALLO et al. (2013)	Ensaio randomizado, de alocação oculta, cego.	46 parturientes com gravidez de baixo risco, feto em posição cefálica com IG > 37 semanas em TP espontâneo, dilatação cervical de 4-5 cm e com dinâmica uterina.	GE: recebeu massagem no início da fase ativa do parto (4-5 cm de dilatação) por 30 minutos. A técnica foi aplicada entre T10 e S4. A massagem foi realizada através de movimentos ascendentes e movimentos de amassamento na região lateral do tronco associada à pressão sacral na posição escolhida pela participante. Esse grupo também recebeu outros cuidados de rotina. GC: recebeu apenas cuidados de rotina do hospital para alívio da dor baseado nas recomendações OMS para o parto: analgesia de parto e posição de conforto. Desfecho primário: intensidade da dor pela EVA. Desfecho secundário: características da dor usando o Short-Form McGill Pain.	A intensidade da dor foi significativamente menor no GE do que no GC. Não houve diferença nas outras medidas de desfecho relacionadas à dor. Ambos os grupos ficaram satisfeitos com os cuidados prestados.
VIXNER et al. (2014)	Estudo longitudinal, randomizado controlado.	303 nulíparas, feto único, apresentação cefálica admitida em TP espontâneo na fase latente e/ou ativa.	As mulheres foram randomizadas em 3 grupos: GAM: acupuntura manual - 40 minutos de acupuntura manual através da aplicação de 13-21 agulhas bilaterais em pontos distais e 4-8 pontos locais bilaterais, dentro da área somática do colo do útero. As agulhas foram inseridas e estimuladas manualmente. GEA: eletroacupuntura - mesmo padrão do GMA associado a estímulo elétrico. GP: cuidado padrão - outras formas de alívio da dor. Desfecho primário: dor do parto avaliada pela EVA. Desfechos secundários: relaxamento, uso de alívio obstétrico da dor durante o trabalho de parto e avaliações pós-parto.	A acupuntura não reduziu a experiência da mulher com a dor do parto no GMA e GEA. No entanto, menos mulheres no grupo EA usaram peridural.
BÁEZ-SUÁREZ et al. (2018)	Ensaio randomizado, duplo-cego e controlado por placebo	63 participantes	Os participantes foram divididos aleatoriamente em três grupos: GTENS 1: aplicação do TENS com frequência de 100 Hz e largura de pulso de 100 µs. GTENS 2: aplicação do TENS com frequência variável de 80 Hz a 100 Hz e largura de pulso de 350 µs. GPLACEBO: aplicação do TENS sem estimulação elétrica. A terapia com TENS foi iniciada no início da fase ativa do parto e aplicado com dois eletrodos adesivos colocados paralelamente à medula espinhal (níveis T10 – L1 e S2 – S4). Desfecho primário: intensidade da dor pela EVA. Desfecho secundário: satisfação das mulheres.	Não foi encontrada diferenças estatísticas nos 3 grupos. O GTENS2 obteve uma melhora na intensidade da dor demonstrado pela EVA. Houve maior satisfação, nos grupos TENS ativo do que no grupo placebo.
AKBARZADEH et al. (2014)	Ensaio clínico	150 gestantes de baixo risco, no termo, feto único e saudável, em TP espontâneo, em fase ativa do parto e dilatação cervical entre 3-4 cm.	Grupo cuidados de suporte: apoio psicológico, físico e emocional através do toque das mãos, empatia, compaixão, encorajamento, e tranquilização mantendo os olhos em contato; suporte físico incluía mudança de posições como sentar em uma cadeira, inclinar-se e alongamento por 20 minutos com dilatação de 3-8 cm. Posições relaxantes semi-sentado e deitado de lado por 10 minutos. Quando em 8-10 cm de dilatação, as posições de descida da cabeça fetal como balançar, agachar e mãos e joelhos eram estimuladas. Grupo acupressão: compressão no ponto de acupuntura BL32 (região sacral - um dedo indicador acima da parte superior da linha glútea). GC: recebeu apenas a rotina de cuidados do departamento cuidados.	Houve diferença significativa em relação a intensidade da dor entre os três grupos após intervenção. Maior taxa de parto cesáreo foi relacionada ao grupo controle.

			A intensidade da dor foi medida por meio da Escala Visual Analógica.	
MAFETONI e SHIMO (2016)	Ensaio clínico controlado e randomizado de caráter pragmático	156 parturientes de qualquer idade ou Paridade com IG > 37 semanas, em TP espontâneo, induzido e/ou conduzido, com dilatação \geq 4 cm e em fase ativa. Feto vivo, em apresentação cefálica.	As gestantes foram divididas aleatoriamente em três grupos: Grupo acupressão: pressão profunda no ponto BP6 com descompressão brusca e rápida do dedo polegar. Grupo toque/placebo: um toque superficial, de baixíssima intensidade no mesmo ponto. Ambos durante 20 minutos. Grupo controle (GC): tratamento usual da unidade obstétrica. A intensidade da dor avaliada por meio da EVA.	As médias de dor pela EVA não foram diferentes nos três grupos na admissão, porém foram menores no grupo de acupressão imediatamente após e com 1 h do tratamento.
ASADI et al. (2015)	Ensaio clínico randomizado, simples cego	63 mulheres nulíparas, com feto saudável em apresentação cefálica, encaminhadas na fase ativa do parto e IG entre 37-42 semanas.	Grupo Acupuntura: A acupuntura foi realizada nos pontos SP-6 (4 dedos acima do maléolo medial - borda posterior da tíbia) e LI-4 (dorso da mão entre o 1 e 2 metacarpo do lado radial). A manipulação foi estimulada até a sensação de formigamento e dormência. GC: acupuntura simulada com agulhas no mesmo local por 20 minutos. Desfechos primários: intensidade da dor por meio da EVA e duração do trabalho de parto. Desfecho secundário: mudança no nível de cortisol sérico antes e imediatamente após a intervenção.	Não houve variação significativa nos escores de dor ou níveis de cortisol sérico nos dois grupos. A duração do trabalho de parto foi significativamente menor no grupo acupuntura.
SANTANA et al. (2016)	Ensaio randomizado	46 primigestas	O investigador principal aplicou a TENS ao grupo experimental por 30 minutos, começando no início da fase ativa do trabalho de parto. Um segundo investigador avaliou os resultados em ambos os grupos de controle e experimental. Ambos os grupos receberam cuidados perinatais de rotina.	A TENS produz uma diminuição significativa da dor durante o trabalho de parto e adia a necessidade de analgesia farmacológica para o alívio da dor.
HANJANI, TOURZANI e SHOGLI (2015)	Estudo experimental	80 primigestas, de baixo risco, feto em apresentação cefálica, em fase ativa de trabalho de parto.	Divididas aleatoriamente em: GI: reflexologia podal aplicada por meio de massagem leve na planta dos pés e pressão fixa ou rotativa na região da glândula pituitária (centro do polegar) e uterina (região entre a parte interna do tornozelo e planta do pé por 40 min). GC: os cuidados de rotina e a massagem em outras partes do pé. A intensidade da dor foi pontuada imediatamente após o final da intervenção e 30, 60 e 120 minutos após a intervenção em ambos os grupos com base no Questionário de McGill para Índice de Avaliação de Dor (IAD).	Houve diminuição significante na intensidade da dor (30, 60 e 120 minutos após a aplicação da reflexologia), duração do trabalho de parto e nível de ansiedade.
NJOGU et al. (2021)	Ensaio clínico randomizado simples e cego	326 mulheres com IG: 37-42 Semanas, primíparas e múltíparas de baixo risco em fase ativa do TP, feto único viável e cefálico.	As mulheres foram distribuídas em dois grupos: GE: terapia TENS na primeira fase do trabalho de parto. GC: recebeu cuidados obstétricos de rotina. O TENS foi aplicado inicialmente com dois pares de eletrodos em ambos os braços, entre o primeiro e o segundo ossos do carpo do dorsal e 4 cm acima da linha transversal medial no punho. Também foi aplicado dois eletrodos sobre a paravertebral dos participantes nas regiões nos níveis T10 – L1 e S2 – S4.	Houve pontuações médias estatisticamente mais baixas na EVA 30, 60 e 120 minutos no GE. O grupo experimental obteve menor da fase ativa do trabalho de parto do que o grupo controle.

GALLO et al. (2018)	Ensaio randomizado, controlado, de alocação oculta, cego	46 parturientes, primigestas de baixo risco, com IG >37 semanas, feto único, na posição cefálica; em TP espontâneo e dilatação cervical de 4 a 5 cm.	GE: recebeu três intervenções não farmacológicas: exercícios com bola suíça, massagem lombossacral e banho quente. Cada intervenção durava 40 minutos. GC: acompanhamento pelo mesmo pesquisador principal por 40 minutos durante o período de 4 a 5 cm de dilatação cervical.	Houve redução na intensidade da dor estatisticamente significativa após os exercícios, massagem e banho no grupo experimental. Isto permitiu retardo e redução do uso de medicação analgésica. Houve expulsão mais rápida, melhora do estado neonatal e maior satisfação materna. Nenhum efeito adverso foi identificado.
CAVALCANTI et al. (2019)	Ensaio clínico randomizado e controlado	128 gestantes	A pacientes foram distribuídas em 3 grupos: Banho quente, bola suíça e terapia combinada. Banho quente: durante 30 minutos utilizando-se água à temperatura de 37 graus na região lombo-sacra. Bola suíça: O exercício perineal com a paciente sentada na bola sobre uma superfície firme durante 30 minutos. Movimentos de propulsão e rotação pélvica eram realizados. Terapia combinada: bola suíça + banho quente. A percepção da dor e ansiedade foi avaliada antes e trinta minutos após a intervenção terapêutica por meio de escala visual analógica (EVA).	Houve aumento no escore de dor e redução da ansiedade em todos os grupos. A dilatação cervical, e as contrações uterinas aumentaram em todos os grupos de intervenção, sendo maior no grupo banho e bola associados. Grupo terapia combinada apresentou menor duração do tempo de trabalho de parto.

Legenda: EVA: Escala Visual Analógica; TENS: Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea; TP: Trabalho de Parto; GE: Grupo de Estudo; GC: Grupo Controle; OMS: Organização Mundial de Saúde; GAM: Grupo de Acupuntura Manual; GEA: Grupo de Eletroacupuntura; GP: Grupo de Cuidado Padrão; IG: Idade Gestacional; GI: Grupo de Intervenção; GE: Grupo Experimental;

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar as principais intervenções fisioterapêuticas utilizadas no acompanhamento de mulheres durante o trabalho de parto. De acordo com Cassol et al. (2011) a presença do fisioterapeuta no acompanhamento ao parto ainda não é uma prática estabelecida na sociedade e nem incluída no sistema de saúde. Porém, torna-se muito importante pela função de orientar e conscientizar a mulher valorizando sua potencialidade, por meio do uso ativo do próprio corpo e tornando-a segura e confiante.

A ansiedade e o estresse que ocorre durante o parto pode levar a um impacto negativo na saúde fetal e as intervenções voltadas para a dilatação cervical, redução da dor, segurança e relaxamento da parturiente tornam-se extremamente necessárias. O cuidado obstétrico deve ser estimulado através de métodos para aliviar a dor incluindo o suporte físico e emocional e a realização de exercícios que podem ser realizados utilizando a bola suíça, banho quente e a liberdade de movimento⁹.

Os estudos analisados descreveram técnicas fisioterapêuticas que podem ser aplicadas à parturiente para promover alívio da dor, relaxamento, aumento da sensação de segurança e conforto e diminuição da duração do trabalho de parto. Promoção de posturas verticais, deambulação, exercícios respiratórios, uso da bola suíça, analgesia com o uso da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea, massagem e acupuntura foram as principais estratégias utilizadas.

Com o intuito de observar a percepção de parturientes com relação à assistência fisioterapêutica ao longo do trabalho de parto, Abreu et al. (2013)² realizaram um estudo com 5 parturientes assistidas por um fisioterapeuta aplicando recursos não farmacológicos para alívio da dor, promoção de posturas verticais, técnicas de respiração e acionamento dos músculos do assoalho pélvico. Observou-se ao final do estudo que a atuação fisioterapêutica durante o trabalho de parto e parto foi importante para a diminuição da percepção dolorosa, maior sensação de segurança e conforto, segundo a visão das mulheres assistidas.

Em um estudo transversal realizado por Castro, Castro e Mendonça (2012)⁶, as mulheres foram encorajadas a realizar movimentos ativos de membros superiores e inferiores, exercícios pélvicos, posições e exercícios com a bola suíça, técnicas de relaxamento, controle respiratório e uso do TENS. Os autores concluíram que a abordagem fisioterapêutica no pré-parto parece interferir positivamente sobre a dor e o desconforto materno.

A dor, durante o trabalho de parto, é uma resposta fisiológica, complexa e subjetiva aos estímulos sensoriais gerados pela contração uterina. A atitude profissional durante a assistência à parturiente através de uma abordagem empática e com a aplicação de estratégias não farmacológicas tem se mostrado relevante. Os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro, apresentaram maior percentual de aceitação quando comparado com as estratégias de deambulação e balanço pélvico devido a efetividade dessas técnicas no alívio da dor¹⁰.

Bio, Bittar e Zugaib (2006)¹¹, apontam que a mobilidade adequada da parturiente favorece o mecanismo neuro-hormonal da produção das contrações e evolução da dilatação, influenciando de maneira positiva o trabalho de parto, aumentando a tolerância à dor, evita o uso de fármacos e diminui a duração da fase ativa do trabalho de parto.

Alguns estudos sugerem que o uso da técnica de estimulação elétrica transcutânea pode

ser utilizado para aliviar tensões musculares e diminuir a dor no trabalho de parto através da quebra do ciclo dor/espasmo/dor. Além disso, por ser um método de baixo custo e seguro com poucos efeitos colaterais, contribui para um trabalho de parto mais fisiológico, tranquilo e humanizado^{12,13}. A eficácia do TENS dependerá da duração, frequência e modulação de corrente. No entanto, uma revisão sistemática publicada no em 2011, foi inconclusiva quanto aos efeitos do TENS no controle da dor do parto quando comparado ao do grupo placebo. Os autores relatam ainda que há baixa qualidade metodológica na maioria dos estudos incluídos¹⁴.

A massagem terapêutica para melhora da dor e ansiedade materna no trabalho de parto é considerada uma prática de cuidado simples. Diferentes técnicas de massagens, com frequência e durações variadas podem ser aplicadas desde o final da gravidez até o momento do nascimento¹⁵. A massagem na região lombar, por meio de pressão e estiramento rítmico, a partir da estimulação mecânica nos tecidos, durante os momentos de contração uterina produz efeitos mecânicos, fisiológicos e psicológicos. Um estudo randomizado concluiu que a massagem deve ser aplicada pelos profissionais que auxiliam as parturientes, pois essa intervenção é de fácil aplicação e contribui para o controle da dor, facilitando a redução da necessidade de medicamentos analgésicos. Além disso, a massagem também pode ser oferecida pelo acompanhante após treinamento durante os cursos de pré-natal, ressaltando a necessidade de um atendimento humanizado e interdisciplinar, com apoio efetivo à mulher nesta fase.

O banho de imersão ou o banho no chuveiro também são incluídos como estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Alguns estudos mostram que o banho é uma opção viável para o conforto da parturiente, reduzindo ou postergando o uso de fármacos, sem interferir na progressão do processo. Além disso, o banho de imersão proporciona condições para a colaboração ativa da parturiente e permitindo maior participação do acompanhante^{10,16}.

Em um ensaio clínico randomizado e controlado envolvendo 128 parturientes, teve o objetivo de avaliar o efeito do uso do banho quente de chuveiro e exercícios perineais com bola Suíça, de modo isolado e combinado sobre a percepção da dor, ansiedade e progressão do trabalho de parto, constatou que as terapias utilizadas não interferiram na redução da dor durante o trabalho de parto, entretanto demonstram efeitos positivos no que se refere a abreviação do tempo de evolução do trabalho de parto ao nascimento, especialmente quando utilizadas de forma combinada¹⁷.

Na acupressão, técnica não invasiva baseada na medicina tradicional chinesa, o ponto que se destaca em influência nos órgãos reprodutivos, TP distócico e prolongado é o BP6. Em um ensaio clínico controlado e randomizado com 156 parturientes realizado por Mafetoni e Shimo (2016)¹⁸, as médias de dor pela EVA foram menores no grupo de acupressão imediatamente após e com 1h do tratamento, contudo, seu efeito de redução da dor é pequeno e pode ser mais eficaz com dilatação cervical até 8cm e apresentação feto-cefálica alta. Apesar disso, a acupressão no ponto BP6 pode ser facilmente implementada, pois soma como meio complementar para o alívio da dor na fase ativa no TP e não ocasiona efeitos diversos materno-fetais.

Outro ponto de acupressão que pode ser considerado, foi estudado em um ensaio clínico com 150 grávidas por Akbarzadeh et al. (2014)¹⁹, trata-se do ponto BL32, onde a intensidade da dor foi menor no grupo de intervenção, além de contribuir para uma taxa maior de partos naturais.

Alguns estudos analisados sobre a acupuntura durante o trabalho de parto ainda se mostram controversos a respeito de sua eficácia. Em um estudo realizado por Vixner et al., (2014) com 303 mulheres, foi analisado o efeito da acupuntura manual e da eletroacupuntura. Não foram encontrados qualquer efeito das duas técnicas na redução da dor do trabalho de parto, no entanto, menos mulheres do grupo da eletroacupuntura usaram analgesia peridural e tiveram trabalhos de parto mais curtos do que as mulheres no grupo de cuidado padrão.

Asadi et al. (2015)²⁰ demonstraram resultados semelhantes ao realizar um ensaio clínico randomizado com 63 mulheres. Neste estudo também não foram observadas mudanças relevantes nos níveis de dor entre os dois grupos de controle, porém, a duração do trabalho de parto foi significativamente menor.

A reflexologia podal tem se mostrado relevante. Em um estudo aplicado por Hanjani et al. (2015)²¹ com 80 mulheres, buscavam analisar os efeitos da reflexologia podal nos níveis de ansiedade, dor e resultados do parto. Houve redução significativa na intensidade da dor, duração do trabalho de parto e nível de ansiedade, além de ser constatado escores mais altos de Apgar no grupo de intervenção.

CONCLUSÃO

De acordo com os achados deste estudo, o acompanhamento fisioterapêutico durante o

parto pode influenciar de maneira positiva o tempo de trabalho de parto, aumentar a tolerância a dor da parturiente, diminuir a necessidade do uso de fármacos, melhorar a dilatação cervical, aumentar a confiança da mulher, diminuir o medo e a ansiedade e tornar o processo mais ativo, natural e satisfatório.

Observou-se que as técnicas fisioterapêuticas voltadas para assistência à parturiente envolvem estratégias não farmacológicas para alívio da dor e uso ativo do próprio corpo como estímulo à mobilidade corporal, uso de posturas verticais, massoterapia, analgesia através da eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS), banho de chuveiro e imersão na água morna, acupressão, acupuntura e reflexologia podal.

Por fim, reafirmamos que a presença do fisioterapeuta na sala de parto é de extrema importância contribuindo para um atendimento acolhedor, bem direcionado de acordo com as necessidades de cada mulher, respeitando as suas individualidades e garantindo o bem-estar e satisfação da mãe no parto.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira KM, Viana LVM, Mesquita MASB. Humanização do Parto Normal: Uma Revisão de Literatura, Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134- 148, ago. / dez. 2014.
2. Abreu NS, Cruz MV, et al. Atenção Fisioterapêutica no trabalho de parto e parto. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, v. 5, n. único, p. 7-15, 2013.
3. Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, Expectativas e Conhecimentos Sobre o Parto Normal: Relatos de Experiência de Parturientes e dos Profissionais de Saúde. Aletheia, jan./abr., 2012. 37, p.212-227.
4. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. Esc Anna Nery [Internet]. 2017;21(4):e20160366.
5. Freitas AS, et al. Atuação da Fisioterapia no Parto Humanizado. 12 p. Artigo Científico (Fisioterapia) - União Educacional do Norte, [S. l.], 2016.
6. 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.
7. Bavaresco GZ, et al. O Fisioterapeuta Como Profissional de Suporte à Parturiente. Artigo Científico (Fisioterapia) - Universidade do Estado de Santa Catarina e Universidade de Campinas, [S. l.], 2009. p. 08.

8. Santana et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy* 62 (2016) 29–34.
9. Melo PS, et al. Parâmetros maternos e perinatais após intervenções não farmacológicas: um ensaio clínico randomizado controlado. *Acta Paulista de Enfermagem, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, v. 33, p. 1 – 9, outubro de 2020.*
10. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(6):1150-6.
11. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [on-line]. 2006;28(11):671-9.
12. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(6):1150-6.
13. Knobel R, Radunz V, Carraro TE. Utilização de estimulação elétrica transcutânea para alívio da dor no trabalho de parto: um modo possível para o cuidado à parturiente. *Texto & Contexto Enferm.* 2005;14(2):229-36.
14. Mello LF, Nóbrega LF, Lemos A. Transcutaneous electrical stimulation for pain relief during labor: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Fisioter.* 2011;15(3):175-84.
15. Kimber L, et al. Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *Eur J Pain.* 2008;12:961-9.
16. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online].* 2006, v. 40, n. 1.
17. CAVALCANTI, et al. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019; 40:e20190026.
18. Mafetoni e Shimo. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016; 24: e2738
19. Akbarzadeh, et al. Comparison of the effects of maternal supportive care and acupressure (BL32 acupoint) on pregnant women's pain intensity and delivery outcome. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Pregnancy Volume 2014, Artigo ID 129208, 7 páginas.*
20. Asadi, et al. Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. *J Acupunct Meridian Stud* 2015; 8 (5): 249e254.
21. Hanjani, Tourzani e Shoghi. The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. *Acta Medica Iranica, Vol. 53, No. 8 (2015)*