



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO  
CURSO BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

ANA THAMILYS DUARTE SILVA

**USO DE RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO  
TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

ICÓ-CE  
2021

ANA THAMILYS DUARTE SILVA

**USO DE RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO  
TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como requisito para obtenção de título de Bacharel em Fisioterapia.

**Orientadora:** Prof. Esp. Rauany Barrêto Feitoza

ICÓ-CE

2021

ANA THAMILYS DUARTE SILVA

**USO DE RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO  
TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como requisito para obtenção de título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Esp. Rauany Barrêto Feitoza**  
Centro Universitário Vale do Salgado  
*Orientadora*

---

**Prof. Esp. Marcos Raí da Silva Tavares**  
Centro Universitário Vale do Salgado  
*1ºExaminador*

---

**Prof. Esp. Núbia de Fátima Costa Oliveira**  
Centro Universitário Vale do Salgado  
*2ºExaminadora*

Dedico este trabalho a Deus, que me presenteia todos os dias com a energia da vida, que me dá forças e coragem para atingir os meus objetivos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, porque o que seria de mim sem a fé inabalável que tenho nele. Tudo é dEle e para Ele. Obrigada Senhor, por nunca me desamparar e me dá força e coragem para superar todos os desafios.

Aos meus pais, Zélia Duarte e Manuel Silva que com todo carinho, esforço e amor nunca mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Nunca faltou incentivo, uma palavra amiga, um abraço, e que mesmo nos dias mais cinzentos nunca saíram do meu lado. Em especial a minha mãe, amiga e irmã, pelo nosso vínculo tão lindo de amor e sinceridade uma com a outra, eu não poderia deixar de enfatizar essa pessoa excepcional na minha vida, meu exemplo de força, coragem e determinação, por estar literalmente sempre ao meu lado seja qual for a situação, é de você que vem toda minha inspiração. Obrigada por serem esses seres insubstituíveis na minha vida.

A minha filha de alma e coração tão amada, Maria Hellena, por ser meu combustível diário de amor, força e coragem para seguir em frente sempre de cabeça erguida. Obrigada por alegrar meus dias e arrancar os sorrisos mais sinceros nos dias que estou pra baixo. Você dá cor a minha vida, minha filha.

Ao meu esposo e seus pais, Lírida Maria e Sebastião por sempre me apoiar e me incentivar a nunca desistir, estando sempre do meu lado se disponibilizando ao que estiver ao seu alcance e torcendo sempre pelo meu progresso.

Ao meu amigo de coração de ouro e muito especial em minha vida, Dedé Feitosa, obrigada por torcer sempre pela minha vitória meu grande amigo.

À minha mamãe Célia, minha prima Rayanne e meu tio Tico, por todo apoio e cuidado que tem comigo e por sempre me motivar a seguir em frente, que com Deus venceremos tudo, sempre juntos.

À minha professora e orientadora, Rauany Barreto, uma profissional de excelência e competência que ao longo do desenvolvimento desta monografia nunca hesitou em me ajudar, sempre com paciência, amor e dedicação me dando apoio e me acalmando nas horas de aflição. Obrigada por contribuir de forma insubstituível no amadurecimento dos meus conhecimentos e por sua disponibilidade de me ajudar na construção e conclusão deste trabalho.

Agradeço a minha irmã, Dena, por ser essa pessoa ímpar na minha vida, e que mesmo de longe me passa tanta confiança, amor e carinho. Se preocupa comigo e sempre

torce pelo meu bem, nunca me deixando desmotivar e sempre seguir em frente. A minha sobrinha, Larissa, minha princesinha por fazer meus dias mais felizes.

Quero aqui agradecer também as minhas primas/irmãs Idalina Ingridy e Kayanne Yasmin por sempre estarem do meu lado me apoiando e me incentivando a seguir em frente e torcerem tanto pelas realizações dos meus sonhos e a minha tia Maria (Cota) por também fazer parte desse processo tão importante e me apoiar.

A uma pessoa muito especial, a qual a tenho e respeito como uma mãe, Luciana, saiba que a senhora é muito importante, obrigada por sempre me apoiar e estar comigo em todos os momentos. A minha irmã de coração, Marilía Aparecida, por todo amor, carinho e cuidado comigo. A você também Lidijane por sempre estar ao meu lado apoiando e disposta a ajudar, meu muito obrigada a essa família que adotei.

Meu muito obrigado a minha Tia Cícera e as minhas primas Daniely e Vitória, vocês são pessoas extraordinárias, que eu tenho a honra de dizer que são minha família. Obrigada por tudo.

Aos meus avós, Joana, Socorro e Francisco por sempre me apoiarem e estar do meu lado durante esse processo, por todas as palavras positivas e me motivarem a nunca desistir.

Não poderia de forma alguma deixar de agradecer a uma pessoa tão querida e especial em minha vida, minha prima, que não está mais presente fisicamente mas estará sempre viva em meu coração, Layz, o seu brilho nunca se apagará, em vida você foi um ser extraordinário que arrancava sorrisos por onde passava e com seu jeito menina distribuía alegria e simpatia. Hoje você é a estrela mais brilhante e linda aí do céu. Você partiu e foi cumprir o chamado de Deus, a saudade é grande, mais sei que está do lado do Senhor olhando por todos que a amam.

Por fim, mas não menos importante, agradeço ao centro universitário pelo presente de viver essa experiência e conhecer as melhores pessoas que eu poderia chamar de amigos, que estiveram comigo nos momentos de alegria, tristeza e aflições, que levarei pra toda minha vida, Márcia Emanuely, Denize Diniz, Andressa Moreira, Millena Hávilla, Márcia Lara e Clézia Letícia. Serei eternamente grata a Deus pela oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas e de coração tão lindo.

A caminhada foi longa, o processo foi árduo, mas sigo com a certeza de que quem tem Deus no coração e coloca Ele na frente, sempre concluirá com êxito seja lá qual foi a batalha. E é a ele que agradeço todos os dias pela oportunidade de mais um dia de vida com saúde para correr atrás dos ideais. “Confia nele e o mais ele fará”.

*Não te mandei eu? Sê forte e corajoso; não temas, nem te espantes, porque o Senhor, teu Deus, é contigo por onde quer que andares.*

*(Josué 1:9)*

## LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

<b>CE</b>	Ceará
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciência da Saúde
<b>DM</b>	Diferença Média
<b>Esp.</b>	Especializado(a)
<b>EVA</b>	Escala Visual Analógica
<b>GC</b>	Grupo Controle
<b>GI</b>	Grupo Intervenção
<b>GP</b>	Grupo Placebo
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>Prof.</b>	Professor(a)
<b>PUBMED</b>	<i>National Library of Medicine</i>
<b>SCIELO</b>	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TENS</b>	<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
<b>UNIVS</b>	Centro Universitário Vale do Salgado



## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> Cruzamento dos descritores utilizados para a busca dos artigos em cada plataforma.....	24
<b>TABELA 2:</b> Estratégia de PICO.....	24
<b>TABELA 3:</b> Descrição dos artigos inclusos no estudo, em relação ao autor, ano, título e objetivo .....	27
<b>TABELA 4:</b> Detalhamento dos artigos inclusos na pesquisa, em relação ao autor, ano, amostra, intervenção e resultados .....	27

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> Fluxograma da seleção dos artigos.....	26
---	----

## RESUMO

SILVA, A. T. D. **USO DE RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.** 2021. 41 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Vale do Salgado, Icó, 2021.

**Introdução:** O trabalho de parto consiste em uma série de contrações uterinas rítmicas e progressivas, apresentando intervalos regulares no qual essas contrações aumentam em frequências e intensidades e que não diminuem durante o repouso. A dor é um dos principais medos vivenciado pelas gestantes durante o trabalho de parto, causando sempre uma tensão maior no indivíduo de como vai ser, da intensidade e do tempo duradouro. O programa de parto humanizado em nosso país deu-se início no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, visando a participação mais ativa da gestante de baixo risco no decorrer do processo de parturição, buscando implementar condutas baseadas em evidências científicas, incentivos ao parto normal e assistência menos tecnocrática e intervencionista. **Objetivo:** Identificar na literatura os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados no trabalho de parto. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa que constituiu na busca de artigos nas bases de dados eletrônica LILACS, PUBMED e SCIELO, no período de setembro a outubro de 2021. Foram incluídos os artigos publicados em língua inglesa e portuguesa através do cruzamento dos seguintes descritores: “dor”, “parto humanizado” e “trabalho de parto”; e excluídos aqueles que não apresentaram relação com o tema proposto e com outros tipos de abordagem, como modelo de tese, dissertações e revisões sistemáticas. **Resultados:** A busca nas bases de dados identificou 6.740 artigos, destes foram selecionados 5 artigos para compor essa revisão, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para este estudo. Foi possível perceber nos estudos analisados que os tratamentos mais utilizados foram: eletroterapia por meio da corrente TENS, auriculoterapia, exercícios na bola suíça, termoterapia com banho quente no chuveiro e técnicas de distrações; e a maioria dos tratamentos citados obtiveram sucesso na redução do quadro algico. Em relação às escalas avaliativas utilizadas foi observado que todos os autores fizeram uso da Escala Visual Analógica para mensurar a dor nas parturientes. **Conclusão:** Desta forma, pode-se concluir que os métodos não farmacológicos trazem resultados benéficos no que se refere a dor durante o parto. Sendo assim terapêuticas eficazes que podem ser adotadas em hospitais ou centros de parto humanizado, promovendo saúde e bem-estar para as parturientes neste momento tão lindo e importante em suas vidas. Contudo se faz necessário a realização de novos estudos relacionados à esta temática para que se possa conseguir maiores e melhores evidências científicas que orientem a prática clínica.

**Palavras chaves:** Dor; Parto Humanizado; Trabalho de Parto.

## ABSTRACT

SILVA, A. T. D. **USE OF NON-PHARMACOLOGICAL RESOURCES TO CONTROL PAIN IN LABOR: AN INTEGRATIVE REVIEW**. 2021. 41 f. Monograph (Graduation in Physiotherapy) – Vale do Salgado University Center, Icó, 2021.

**Introduction:** Labor consists of a series of rhythmic and progressive uterine contractions, with regular intervals in which these contractions increase in frequency and intensities and that do not decrease during rest. Pain is one of the main fears experienced by pregnant women during labor, always causing greater tension in the individual about how it will be, the intensity and the lasting time. The humanized childbirth program in our country started in 2000 by the Ministry of Health, aiming at the more active participation of low-risk pregnant women during the parturition process, seeking to implement conducts based on scientific evidence, incentives for normal childbirth and less technocratic and interventionist assistance. **Objective:** To identify in the literature the main non-pharmacological methods for pain relief used in labor. **Methods:** This is an integrative review that consisted of searching for articles in the electronic databases LILACS, PUBMED and SCIELO, from September to October 2021. Articles published in English and Portuguese were included by crossing the following descriptors: “pain”, “humanized childbirth” and “labor”; and those that were not related to the proposed theme and to other types of approach, such as thesis model, dissertations and systematic reviews, were excluded. **Results:** The search in the databases identified 6,740 articles, from which 5 articles were selected to compose this review, taking into account the inclusion and exclusion criteria established for this study. It was possible to notice in the analyzed studies that the most used treatments were: electrotherapy using the TENS current, auriculotherapy, exercises on the Swiss ball, thermotherapy with a hot bath in the shower and distraction techniques; and most treatments mentioned were successful in reducing pain. Regarding the evaluative scales used, it was observed that all authors used the Visual Analog Scale to measure pain in parturients. **Conclusion:** Thus, it can be concluded that non-pharmacological methods bring beneficial results with regard to pain during childbirth. Thus, effective therapies that can be adopted in hospitals or humanized childbirth centers, promoting health and well-being for parturients at this moment so beautiful and important in their lives. However, it is necessary to carry out further studies related to this theme so that greater and better scientific evidence can be obtained to guide clinical practice.

**Keywords:** Humanizing Delivery; Labor Obstetric; Pain.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3 REFERÊNCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
3.1 TRABALHO DE PARTO NORMAL E SUAS FASES.....	16
3.1.1 Parto normal.....	16
3.1.2 Parto cesáreo .....	17
3.2 ANALGESIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO .....	18
3.2.1 Farmacológico & não farmacológico .....	18
3.3 RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DE DOR DURANTE TRABALHO DE PARTO .....	18
3.3.1 Exercícios respiratórios e técnicas de relaxamento .....	19
3.3.2 Analgesia através da neuroestimulação transcutânea (TENS) .....	19
3.3.3 Massagem durante o trabalho de parto .....	20
3.3.4 Exercícios na bola suíça.....	21
3.3.5 Hidroterapia, banhos quentes e crioterapia.....	21
3.4 DOR E COMPORTAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	22
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	23
4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS .....	23
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS.....	24
4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS.....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho de parto consiste em uma série de contrações uterinas rítmicas e progressivas, apresentando intervalos regulares no qual essas contrações aumentam em frequências e intensidades e que não diminuem durante o repouso. Desse modo, o trabalho de parto ocorre um apagamento do colo uterino, dilatação cervical, formação de bolsas de águas, emissão de mucosidade e contrações uterinas ocasionando duas contrações em 10 minutos e com duração entre 20 á 60 segundos (FERREIRA *et al.*, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 a 2015 o Sistema Único de Saúde (SUS) obteve um aumento no crescimento no número de partos normais realizados no Brasil. Esses dados mostraram-se que ainda no ano de 2009 o número de cesárias na rede pública e privada não obteve o crescimento esperado, no qual obteve 55,5% (VALADARES, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, o número de partos cesarianos não cresceu no país desde 2010, no qual a curva ascendente caiu 1,5 % no ano de 2015. Foram realizados 3 milhões de partos no Brasil, desses 3 milhões, 55,5% foram cesáreas e 44,5% foram de partos via normal. Considerando apenas realizados partos através do SUS, nesse caso a situação muda, o número de partos normais torna-se maior, tendo 59,8% e 40,2% de partos cesárias. No ano de 2016, a tendência de números manteve o mesmo índice, apresentando 55,5% de acordo com os dados preliminares (GARCIA; VALADARES, 2018).

O empoderamento feminino é uma forma de resgatar poder interior, ou seja, é uma forma de se ter sua própria autonomia defendendo assim decisões e direitos. Dessa forma, é com o empoderamento que durante o pré-natal, trabalho de parto até o nascimento é possível que a mulher estabeleça um poder de decisão sobre todas as escolhas da parturição (MOUTA *et al.*, 2017).

A dor é um dos principais medos vivenciado pelas gestantes durante o trabalho de parto, causando sempre uma tensão maior no indivíduo de como vai ser, da intensidade e do tempo duradouro. Temos um baixo índice de métodos de melhora da dor no Brasil, mesmo a mulher tendo o direito de receber a atenção que ofereça métodos do controle da dor e tenha sido estabelecido por portarias do Ministério da Saúde, reforçada pela estratégia Rede Cegonha em 2011, e pelas diretrizes do parto normal em 2016 (MENDES *et al.*, 2017).

O programa de parto humanizado em nosso país deu-se início no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde, visando a participação mais ativa da gestante de baixo risco no

decorrer do processo de parturição, buscando implementar condutas baseadas em evidências científicas, incentivos ao parto normal (via vaginal) e assistência menos tecnocrática e intervencionista (BAVARESCO *et al.*, 2011).

A intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica prioriza e da responsabilidade a participação da gestante durante o trabalho de parto, por meio dos ativos do próprio corpo, valorizando a participação dela durante o evento. A fisioterapia tem um papel de estimular essa mulher e conscientizar que seu corpo ativo, trará mais benefícios na hora do parto trazendo um sentimento de satisfação para a mãe por participar e ter consciência de todo o nascimento. As orientações da equipe obstétrica são muito importantes, visto que, no processo de parturição é envolvido não só fatores fisiológicos como também psicológicos e culturais (BAVARESCO *et al.*, 2011).

Diante do exposto questiona-se: Quais são os recursos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto? Esses recursos são eficazes?

O presente estudo tem como objetivo estudar os métodos não farmacológicos utilizados no controle da dor durante o trabalho de parto, compreender os benefícios e gerar dados que possam auxiliar todos os profissionais que prestam assistência durante o trabalho de parto, incluindo o fisioterapeuta.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar na literatura os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados no trabalho de parto.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Listar os principais os recursos utilizados para o alívio das dores durante o trabalho de parto;
- Compreender como estes recursos foram utilizados nas parturientes;
- Descrever as principais escalas avaliativas usadas para mensurar a dor durante o trabalho de parto.



### 3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

#### 3.1 TRABALHO DE PARTO NORMAL E SUAS FASES

O trabalho de parto normal é um processo fisiológico, o início é caracterizado por intensas contrações que ocasiona dores fortes, isso indica que a mulher já está em trabalho de parto. As contrações aparecem a partir da 28<sup>o</sup> a 30<sup>o</sup> semana, e logo são percebidas pelas gestantes, mesmo que ainda sejam indolores, chamadas contrações Braxton-Hicks, e que vão tomando intensidade ao passar do tempo se tornando também mais frequentes e coordenadas indicando o amadurecimento desse colo uterino (DOMINGUES *et al.*, 2014).

##### 3.1.1 Parto normal

Podemos destacar o parto normal como aquele que ocorre o mínimo de intervenções possível, sendo considerado também como parto natural. Para que esse fenômeno ocorra naturalmente, é necessário que seja realizado de modo que intercorrência ou algum procedimento desnecessário não aconteçam ao longo do trabalho de parto, assim como no parto e também pós-parto, mantendo sempre a atenção frequente para a segurança e respeito da parturiente (CAVAGGIONI; MARTINS; BENINCASA, 2020).

(COREN, 2009) Dessa forma, o parto normal, é o método natural de nascer e, como tal, possui a proteção das forças da natureza. Se a gestante for jogada á própria sorte, em 92% das vezes ela terá seu filho sem nenhum problema. Nessa escola de parto normal, a recuperação é imediata, pois logo após o nascimento, a mãe poderá ser liberada, sem complicações maiores, sendo menos graves quando comparadas as de parto cirúrgico. Por outro lado, essa escola acaba ocasionando para a gestante, ansiedade, devido a espera, como também devido as dores no trabalho de parto (VIANA; FERREIRA; MESQUITA, 2014).

O parto normal consiste em 6 fases. A primeira é denominada por fase I Pródromos: Essa fase consiste em contrações irregulares e que geralmente não ocasiona muitas dores ou desconfortos para a gestante, as vezes até são passadas despercebidas, porém, outras gestantes já sentem um pouco mais de desconforto e até mesmo chega a pensar que já está na hora do nascimento, mas, essas leves contrações pode durar até mesmo dias. Nessa fase irá ocorrer a dilatação do colo, contrações irregulares que podem durar até mesmo 60 segundos (FERREIRA *et al.*, 2017).

Fase 2 Latente: Essa é a fase em que realmente o trabalho de parto se inicia, as contrações cada vez mais frequente e mais intensas, porém sem ainda de grandes desconfortos, não havendo a necessidade de procurar assistência medica. Nessa fase pode haver até 3 contrações em 10 minutos com duração de 40 segundos cada uma podendo dilatar de 0 à 3 centímetros (SILVA; SOUSA, 2016).

Fase 3 Fase Ativa: Na fase 3 as contrações ficam mais intensas e frequentes ainda, podendo assim procurar uma assistência medica, pois se torna difícil de ficar em posições ou repouso, aumento da duração das contrações, sendo comum a expulsão de um pouco de sangue, como se fosse menstruação, e é perceptível a barriga endurecida (BESERRA *et al.*, 2020).

Fase 4 Fase de Transição: Essa é a fase considerada a mais difícil do trabalho de parto, em que a dilatação vai de 8 até 10 cm associado a um maior pico de dor e contrações, sendo nela a liberação de adrenalina para dar início a fase final do parto, a hora mais dolorosa, de um misto de dor, medo, sensações, cansaço (COREN, 2009).

Fase 5 Expulsivo: É a fase em que a cabeça do bebê já está encaixada e pronta pra sair, a hora de colocar mais força, a hora da expulsão, o momento em que a pressão cresce fazendo com que coloque toda força possível, ocorrendo a dilatação total do colo uterino, e hora do bebê nascer, a gestante deverá sempre obedecer os comandos de seu próprio corpo e não hesitar em fazer força sempre que necessário (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

Fase 6 Dequitação da placenta: O bebê já deve estar em seus braços, e agora é a hora de retirar a placenta, em que também terá contrações, porém não dolorosas ao extremo, será apenas uma cólica, emoções (MALHEIROS *et al.*, 2012).

### **3.1.2 Parto cesáreo**

Durante o parto cesáreo, é feito um procedimento cirúrgico desenvolvido para salvar a vida da gestante ou do bebê, devido alguma complicação que surgiu na hora do parto normal ou durante a gestação. A cesárea não é isenta de riscos e está associada, como todo procedimento cirúrgico, no Brasil e em outros países é a maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto de via vaginal (HOFELMANN, 2012).

Dessa forma, dentre as indicações de cesáreas são justificáveis; distorcias ou falha no processo do trabalho de parto após a instalação do mesmo, desproporção cefalopélvica, apresentação de anomalias fetais, ou sofrimento fetal. Após a cesárea prevista, vale levar

em consideração alguns riscos, e desse modo, devem ser bem avaliados, a qual são através de escores de objetivos para poder indicar a próxima cesárea, uma vez que o parto via vaginal pode ser possível e que nesse caso não esteja contraindicado (SILVA *et al.*, 2017).

## 3.2 ANALGESIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

### 3.2.1 Farmacológico & não farmacológico

A dor no trabalho de parto como já citado é relativo e varia de mulher para mulher. A utilização de métodos para o alívio da dor são totalmente para a promoção de conforto, e segurança para a hora do parto, independente da via de parto, sendo relevante para o cuidado obstétrico, visando tornar o parto o mais natural possível, querendo reduzir o máximo de números de intervenções possíveis de analgesia medicamentosa como também o número de cesáreas desnecessárias (MELO *et al.*, 2020).

A abordagem farmacológica utilizada para o alívio de dor ainda hoje é de taxa muito alta no Brasil, mas, está sendo estudada, pois não é um método que dá conforto e estabilidade a mãe, visto que é um dos momentos mais prazerosos da vida dela. Assim reconhecendo o direito da mulher de ser protagonista desse momento único. É perceptível que o método não farmacológico trás esses benefícios a mãe, pelo fato de ser um método natural abrangendo não só as sensações físicas da dor, mas também evita o sofrimento de forma natural e prazerosa, agindo no psicoemocional e espiritual da mulher (MENDES *et al.*, 2017).

Além disso, essas práticas não farmacológicas também permitem que as mulheres sejam as próprias protagonistas do seu parto e do nascimento do seu bebê, tornando esse processo um marco para a ela e sua família, promovendo mudanças no comportamento dos profissionais da saúde, como também a alto-confiança, e o empoderamento feminino envolvidos na assistência ao parto e a comunidade (MOUTA *et al.*, 2017).

## 3.3 RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DE DOR DURANTE TRABALHO DE PARTO

As práticas invasivas muitas vezes consistem no aumento da dor por elementos estimuladores de sentido. Contudo, as práticas fisioterapêuticas servem para o alívio como também o fortalecimento dessa musculatura, eles estão relacionados para maior conforto,

liberdade de movimentos e companheirismo que contribuem para a redução empírica da dor (MELO *et al.*, 2020).

### **3.3.1 Exercícios respiratórios e técnicas de relaxamento**

Na hora do parto a respiração é um dos principais aliados para que ocorra tudo bem, sendo fundamental por promover um relaxamento e diminuir os riscos de trauma perineal no momento de expulsão, pois obtém concentração e melhora a oxigenação sanguínea, tanto da mãe como também do feto. Alguns autores acreditam que não exista uma técnica respiratória em que seja ideal para a hora do parto (RAMOS; MORAIS; MACIEL, 2018).

Deve sempre ser orientado, estimulado e cobrado pelo profissional de fisioterapia desde o pré-natal o uso adequado dos músculos respiratórios, diafragma, natural e leve, através da respiração espontânea, isso vai treinar para que no momento do trabalho de parto a mãe já fique mais calma, conscientizada e consiga de forma mais normal dar menos atenção as dores, ou até mesmo desviar a atenção, pois isso proporcionará uma melhor oxigenação (MELO *et al.*, 2020).

Os pesquisadores ressaltam que deve ser realizada a respiração natural desde que não cause nenhum desconforto, e se sintam bem, pois se causando alguma alteração pode ocasionar fadiga. Já entre os intervalos entre uma contração e outra continua sendo recomendado a respiração abdominal ou diafragmática, pois ela promove um maior relaxamento (BAVARESCO *et al.*, 2011).

### **3.3.2 Analgesia através da neuroestimulação transcutânea (TENS)**

Um método eficaz, não-farmacológico utilizado para o alívio da dor pelos profissionais de fisioterapia em obstetrícia é a Neuroestimulação Transcutânea (TENS). É um método eletroterápico que produz analgesia através da ativação dos receptores sensoriais periféricos, ele age através das comportas da dor aumentando significativamente a produção de endorfinas. A TENS é um recurso de alto benefício como também de fácil aplicação que pode ser interrompido rapidamente caso necessário for (MELLO; NÓBREGA; LEMOS, 2011).

A TENS é uma das principais aliadas para alívio da dor e foi submetida a estudos, diante dos estudos ele é um aliado não farmacológico que tem resultados instantâneos de

analgesia, que são produzidas através da ativação dos receptores sensoriais periféricos que atuam pela teoria das comportas de dor, agindo diretamente no nível de produção de endorfinas, aumentando-as (BAVARESCO *et al.*, 2011)

Esse é um acerto que se dá por 3 parâmetros: TENS convêncional – ele é indicado para dores agudas, que é caracterizada por durar um curto periodo podendo ser intensa, frequência:50-120Hz largura de pulso:40-75Ms. TENS acumputura: indicado para dores crônicas, caracterizada por durar um longo periodo podendo variar de leve a severo, frequência: 2-5Hz largura de pulso: 150-300Ms. TENS burst: esse é um modo intermediario em que pode ser usado tanto na dor crônica como na dor aguda ou em contraturas musculares, frequência: 1-5Hz largura de pulso: 100-200Ms (MELLO; NÓBREGA; LEMOS, 2011).

### **3.3.3 Massagem durante o trabalho de parto**

A massagem é um dos meios mais naturais de aliviar a dor e o desconforto, pois realizada durante o trabalho de parto ela traz inúmeros beneficios, melhorando o fluxo sanguíneo e alongando as fibras musculares, reduz a ansiedade e o estresse, promovendo relaxamento muscular e diminuição da fadiga, ela também tem ação sedativa e analgésica, traz aumento da consciência corporal, produzindo beneficios emocionais e equilíbrio entre sistema simpático e parassimpático (MAZZALI; GONÇALVES, 2008).

A massagem pode ser feita com as mãos, pelo fisioterapeuta, até mesmo em baixo do chuveiro podendo ser feita as seguintes manobras: deslizamentos superficiais, amassamentos, entre outros, podendo ser feita em qualquer região, principalmente na lombar, que é o ponto de dor mais frequente relatados pelas gestantes (NUNES; MOREIRA; VIAL, 2015).

A técnica de massagem, tem como objetivo de gerar alívio de dores e desconfortos, pois o mesmo tem o beneficio de reduzir a ansiedade e o estresse da parturiente, gerando assim analgesia para facilitar na hora do trabalho de parto. Na prática, pode-se observar que essa técnica tranquiliza a parturiente, posteriormente conduziu-a de maneira satisfatória durante o trabalho de parto (BAVARESCO *et al.*, 2011).

### 3.3.4 Exercícios na bola suíça

Os exercícios perinatais na bola suíça são utilizados durante o trabalho de parto, sendo de grande efetividade como forma de estimulação na dilatação cervical. Ela é um método utilizado para o alívio da dor como também treinamento da musculatura, por movimentos circulares, anteversão, retroversão e laterais, promovendo o relaxamento nessa musculatura pélvica, resultando no conforto perinatal ajudando na dilatação cervical, citado acima (MELO *et al.*, 2020)

### 3.3.5 Hidroterapia, banhos quentes e crioterapia

A hidroterapia, trata-se de um método não farmacológico utilizado durante o trabalho de parto, ou até mesmo durante os últimos meses da gestação por promover um alívio da dor. É um método de estimulação cutânea que promove um calor superficial no qual pode ser associado ao tempo e a intensidade da aplicação, apresentado como prática de tratamento obstétrico. Os efeitos percebidos: o aumento da dilatação do colo, a diminuição da pressão arterial, o alívio da dor, diminuição de edemas por efeito diurético e dessa forma também a diminuição da necessidade da aplicação de estratégias farmacológicas de analgesia. (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009).

É notável que o banho quente vem se tornando mais utilizado durante o trabalho de parto e é bem-aceita pelas mulheres, pelos benefícios notáveis, visto que, nem sempre o uso de práticas invasivas diminui a dor. Uma das mais antigas formas de analgesia no tratamento de trabalho de parto é o gelo, ele diminui a via nervosa nociceptiva por redução metabólica em função de uma vasoconstrição (SEBBEN *et al.*, 2011).

Não só os banhos quentes como também a crioterapia aguda a reduzir a temperatura da dor, sendo aplicado de forma correta para que não ocorra queimaduras. A crioterapia é uma técnica que se mostrou ser eficaz em um estudo no Rio de Janeiro, em que foi usado gelo como recurso de alívio da dor e foram notados possíveis efeitos na evolução no trabalho de parto, provando que pode ser aplicada a crioterapia (BAVARESCO *et al.*, 2011).

### 3.4 DOR E COMPORTAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A dor durante o trabalho de parto é uma completa variância de mulher para mulher, que consiste em diferentes requisitos como: influências psíquicas (comportamental), temperamentais (motivação), culturais (educação), orgânicas (constituição genética) e aos possíveis desvios da normalidade (estresse), o parto é um importante obstáculo em que pode ser vivenciado de forma positiva pela mulher e até pelos seus familiares. A dor, é aconselhada por muitos pesquisadores, que são unânimes em apontar os efeitos danosos que os medicamentos analgésicos e anestésicos podem causar à mãe e ao feto durante o processo de parturição (NILSEN; SABATINO; LOPES, 2011).

A intensidade da dor também pode variar de acordo com a posição na hora do parto, podendo ser avaliada pelas emoções transmitidas durante o evento, porém, as mulheres tem receio em demonstrar as emoções como, não gritar, não entrar em desespero, ou o inverso, pois esse cenário muda de acordo com as fases de dilatação tendo características somáticas, não conseguindo conter as dores, mas, ainda assim, é um aspecto respectivamente variável de mulher para mulher (CASTRO; CASTRO; MENDONÇA, 2012).

O método não farmacológico é muito importante no trabalho de parto, é natural e muito eficiente, o alívio dela é um dos aspectos mais abordados pelas gestantes em relação ao desfecho da via de parto, mesmo existindo muitos métodos utilizados, tanto farmacológicos como não farmacológicos. Mas a dor envolve tanto o físico como também o psicológico. As diretrizes nacionais são mais viáveis e indicado o método não farmacológico antes do farmacológico em caso do parto normal (SILVA *et al.*, 2020).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que visa proporcionar um maior aprofundamento acerca do tema proposto no presente trabalho.

A revisão integrativa é a mais vasta no ponto de vista metodológico dentre as revisões, possibilitando a inserção de trabalhos experimentais e não-experimentais para que haja um entendimento integral do tema abordado. Determina também informações da bibliografia empírica e teórica, bem como incorporando diversos propósitos: conceituação, observação de problemas metodológicos de um tema específico e revisão de teorias e evidências (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

### 4.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA DOS ARTIGOS

O presente trabalho contou como métodos para coleta de dados as bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PUBMED) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), no período de setembro a outubro de 2021.

Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) utilizados nas bases de dados serão os seguintes: “dor”, “parto humanizado” e “trabalho de parto”, e seus respectivos termos em inglês: “*pain*”, “*humanizing delivery*” e “*labor obstetric*”, onde foram combinados com o auxílio do operador booleano AND: “dor” AND “parto humanizado”, “dor” AND “trabalho de parto”, “dor” AND “parto humanizado” AND “trabalho de parto”, “*pain*” AND “*humanizing delivery*”, “*pain*” AND *labor obstetric*” e “*pain*” AND “*humanizing delivery*” AND “*labor obstetric*”. Todos os descritores em ambas as línguas foram utilizados em todas as plataformas.

Com o cruzamento dos descritores da pesquisa foram encontrados um total de 6.740 artigos, na tabela abaixo foi descrito detalhadamente conforme a plataforma utilizada, o cruzamento dos descritores e o total de artigos identificados.



**TABELA 1:** Cruzamento dos descritores utilizados para a busca dos artigos em cada plataforma

PLATAFORMA PESQUISADA	CRUZAMENTO DOS DESCRITORES	TOTAL DE ARTIGOS IDENTIFICADOS
LILACS	“dor” AND “parto humanizado”	77
	“dor” AND “trabalho de parto”	141
	“dor” AND “parto humanizado” AND “trabalho de parto”	27
	“pain” AND “humanizing delivery”	66
	“pain” AND labor obstetric”	0
	“pain” AND “humanizing delivery” AND “labor obstetric”	0
	“dor” AND “parto humanizado”	0
PUBMED	“dor” AND “trabalho de parto”	6
	“dor” AND “parto humanizado” AND “trabalho de parto”	0
	“pain” AND “humanizing delivery”	1.036
	“pain” AND labor obstetric”	4.931
	“pain” AND “humanizing delivery” AND “labor obstetric”	71
	“dor” AND “parto humanizado”	52
	“dor” AND “trabalho de parto”	156
SCIELO	“dor” AND “parto humanizado” AND “trabalho de parto”	32
	“pain” AND “humanizing delivery”	28
	“pain” AND labor obstetric”	106
	“pain” AND “humanizing delivery” AND “labor obstetric”	11
	“dor” AND “parto humanizado”	0

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2021

#### 4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS

Os critérios de inclusão utilizados para a pesquisa serão artigos em português e inglês, publicados nos últimos 5 anos, disponíveis na íntegra de forma gratuita em inglês ou português.

Denota-se ainda neste sentido que os critérios de exclusão foram artigos em modelo de tese, dissertações, revisões sistemáticas e meta-análises, artigos em duplicidade, e trabalhos que não abordavam sobre a temática discutida.

Desta forma, os critérios de elegibilidade do estudo ocorreram por meio dos critérios da estratégia PICO, e estão detalhados na tabela abaixo.

**TABELA 2:** Estratégia de PICO

ACRÔNIO	DEFINIÇÃO	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
P	Participante	Estudos com indivíduos do sexo feminino que estejam gestantes e em trabalho de parto.	Estudos onde os indivíduos não são gestantes e não estão ponderando sobre o parto.

I	Intervenção	Recursos não farmacológicos para o alívio de dor durante o trabalho de parto	Outros métodos que não sejam voltados para o trabalho de parto, ou que sejam farmacológicos
C	Comparação	Não se aplica.	-
O	Outcomes	Compreender os benefícios dessas técnicas para o alívio da dor no trabalho de parto.	-

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2021.

#### 4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS

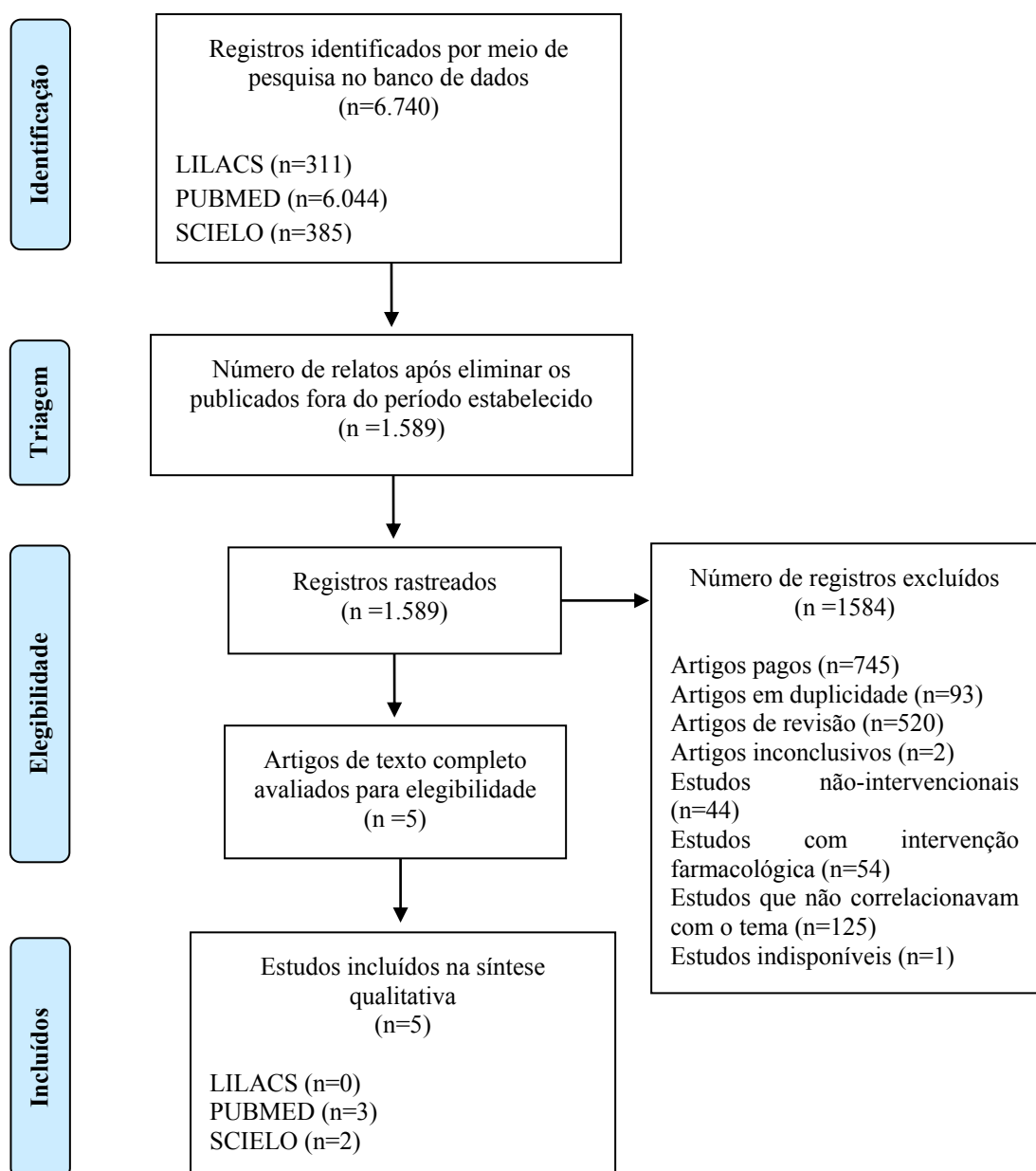
A coleta dos dados será realizada a partir da aplicação dos descritores da pesquisa nas bases de dados. Logo após, iniciou a seleção dos artigos, composta em três etapas: 1) Análise dos títulos dos artigos identificados por meio da estratégia de busca, sendo excluídos os que não possuíam associação outros sujeitos pesquisados; 2) Leitura dos resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão definidos; 3) Leitura do texto na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores, direcionando-os com os objetivos da pesquisa.

Os dados encontrados na terceira etapa da seleção dos estudos foram organizados em uma tabela no Microsoft Excel 2011, para facilitar a visualização e análise dos dados. As informações foram extraídas de cada estudo incluindo: autor(es), título, ano de publicação, delineamento do estudo, características da população da pesquisa, base de dados publicado, instrumentos de coleta de dados, descrição da intervenção e medidas de resultado.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados LILACS, PUBMED, e SCIELO identificou 6.740 artigos, destes foram selecionados 5 artigos para compor essa revisão, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para este estudo. A figura 1 representa o fluxograma da seleção dos artigos, com cada fase executada.

**FIGURA 1:** Fluxograma da seleção dos artigos.



**FONTE:** Dados da pesquisa, 2021.

Os artigos incluídos nesta pesquisa foram analisados minuciosamente, e em seguida, realizou-se o fichamento dos mesmos. Para uma melhor observação e apresentação dos resultados foram elaboradas tabelas contendo o resumo com as principais informações extraídas de cada estudo.

A tabela abaixo mostra o autor, ano, título e objetivos dos estudos selecionados.

**TABELA 3:** Descrição dos artigos inclusos no estudo, em relação ao autor, ano, título e objetivo.

AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO
Suárez <i>et al.</i> , 2018	Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial	Investigar o efeito de alívio da dor de uma aplicação de TENS durante o trabalho de parto e descobrir a dose mais eficaz.
Mafetoni <i>et al.</i> , 2019	Efetividade da auriculoterapia sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado	Avaliar a efetividade da auriculoterapia sobre a dor de parturientes na fase ativa do Trabalho de Parto.
Cavalcanti <i>et al.</i> , 2019	Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado	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.
Amiri <i>et al.</i> , 2019	The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial	Determinar o efeito das técnicas de distração na dor do parto e estresse e medo do parto e a duração das fases de parto.
Njogu <i>et al.</i> , 2021	The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial	Avaliar a terapia TENS efeitos sobre a intensidade da dor do parto e a duração da fase ativa do parto.

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2021.

Conforme a Tabela 3 pôde-se perceber que os objetivos das pesquisas selecionadas se equipararam com o proposto pelo presente estudo.

Com o intuito de fomentar ainda mais acerca dos estudos selecionados assim como visando um melhor entendimento e compreensão destes, os mesmos foram organizados e categorizados na tabela abaixo por: autor, ano, amostra, intervenção e resultados.

**TABELA 4:** Detalhamento dos artigos inclusos na pesquisa, em relação ao autor, ano, amostra, intervenção e resultados.

AUTOR/ANO	AMOSTRA	INTERVENÇÃO	RESULTADOS
Suárez <i>et al.</i> , 2018	63 gestantes, sendo 21 para o grupo tens 1, 21 para o grupo tens 2 e 21 para o grupo placebo.	A terapia com TENS foi iniciada no início da fase ativa do trabalho de parto. 2 pares de eletrodos medindo 5x9cm foram fixados nas regiões paravertebrais dos participantes nos níveis T10-L1 e S2-S4. O aparelho TENS utilizado neste estudo foi um Cefar Rehab 2pro®.	O nível de dor inicial do grupo TENS 1 teve uma média de 7,4 $\pm$ 1,5, o grupo TENS 2 uma média de 8,1 $\pm$ 1,2, enquanto o grupo TENS placebo apresentou uma média de 6,6 $\pm$ 1,7. A análise entre os grupos destacou uma diminuição

	<p>GRUPO TENS 1: produziu um pulso assimétrico bifásico modificado, largura de pulso de 100µs e frequência de 100Hz.</p> <p>GRUPO TENS 2: produziu um quadrado assimétrico, balanceado e bifásico, largura de pulso de 350µs e frequência variando aleatoriamente entre 80-100Hz.</p> <p>GRUPO PLACEBO: foram conectadas à TENS, mas sem estimulação elétrica.</p> <p>*A intensidade foi ajustada de acordo com a sensibilidade das pacientes. E a duração foi de 30 minutos os dois primeiros grupos.</p>	<p>significativa da dor, medida na EVA, em vários estágios (linha de base, 10 min e 30 min depois) no grupo TENS 2 em comparação com o grupo TENS 1 e também em comparação com o TENS grupo placebo. O único grupo que obteve melhora com resultados clinicamente significativos foi o grupo TENS 2. Portanto, melhores resultados foram obtidos usando altas frequências modificadas no tempo (80–100 Hz), bem como uma alta largura de pulso (350 µs).</p>
	<p>GRUPO INTERVENÇÃO: foram usados os pontos i) <i>shenmen</i> (predispõe ao tronco cerebral e o córtex a receberem, condicionarem e codificarem os reflexos auriculares, com efeitos sedativos e analgésicos), ii) útero (indicado nas disfunções ginecológicas e obstétricas, indução do parto ou redução do período expulsivo e na diminuição da dor no pós-parto), iii) área de neurastenia (indicado para tratamento da ansiedade) e iv) endócrino (regula as funções das glândulas de secreção endógenas, sendo usado também em problemas ginecológicos e outros).</p>	
<p>Mafetoni <i>et al.</i>, 2019</p> <p>102 parturientes, sendo 34 para o grupo intervenção, 34 para o grupo placebo e 34 para o grupo controle.</p>	<p>Para aplicar as microesferas de cristal foi feita assepsia com álcool 70° no pavilhão auricular, os pontos foram pressionados com pressão exercida pelo apalpador de pontos e definidos próximos à topografia indicada no “mapa de pontos”, no local mais doloroso à palpação. À medida que se localizava o ponto, o cristal era fixado com adesivo na orelha das parturientes e pressionado individualmente por 1 min. ou até causar uma dor suportável para induzir o estímulo.</p> <p>GRUPO PLACEBO: o apalpador de pontos foi utilizado de forma a indicar o local e fixar as microesferas de vidro nos pontos sham (não indicados para o tratamento proposto): tornozelo, joelho, dente e mandíbula, sem pressão alguma.</p> <p>GRUPO CONTROLE: não receberam terapia e foram acompanhadas pelo mesmo período.</p>	<p>Ao comparar os grupos sobre a Diferença Média (DM) nos escores da EVA, após o tratamento, foram significativas as diferenças em todas as avaliações entre os grupos intervenção e controle (30 min: DM 1,15, 95%; 60 min: DM 1,45; 120 min: DM 1,58. Já a DM dos escores da EVA entre os grupos GI x GP (30 min: DM 0,36; 60 min: DM 0,66; 120 min: DM 0,86) e os grupos GP x GC (30 min: DM -0,79; 60 min: DM -0,80; 120 min: DM -0,72) não foram estatisticamente significativas. As análises e comparações em relação à percepção das parturientes no risco de responder “piorou a dor” foram significativas em todas as avaliações, ao comparar o GI e GC após o tratamento, e entre GI x GP com 60 min e 120 min.</p>
<p>Cavalcanti <i>et</i></p>	<p>128</p>	<p>GRUPO BOLA SUÍÇA: foi realizado A percepção da dor foi</p>

<p>al., 2019</p>	<p>parturientes, sendo 44 para o grupo banho quente, 45 para o grupo bola suíça e 39 para o grupo banho quente e bola suíça.</p>	<p>com a bola do modelo Gynboll® com 60 cm de diâmetro sobre uma superfície firme e antiderrapante para maior segurança, durante 30 min. A parturiente sentou-se sobre a bola com perna flexionada formando um ângulo de 90°, com os joelhos afastados e a região plantar dos pés apoiada no chão, realizando movimentos de propulsão (baixa e levanta) e rotação pélvica. A limpeza e proteção da bola foram realizadas por meio de lavagem com água e sabão, desinfecção com álcool a 70%, envolta com papel filme para nova utilização.</p>	<p>semelhante nos três grupos antes da intervenção, sendo o escore médio 7,55, aumentando em todos os grupos após as terapias, mostrando diferença estatisticamente significativa no grupo que recebeu o banho de chuveiro (8,38).</p>
<p>Amiri et al., 2019</p>	<p>68 gestantes, sendo 34 do grupo intervenção e 34 do grupo controle</p>	<p>GRUPO BANHO QUENTE: o banho quente de chuveiro foi realizado durante 30 min. utilizando-se água à temperatura de 37°C, aferida a cada 15 minutos com termômetro digital da marca Akso®. O jato de água foi direcionado à região lombo-sacra da parturiente, que durante este processo adotou a posição em pé ou sentada, conforme sua preferência.</p> <p>GRUPO BANHO QUENTE E BOLA SUÍÇA: foi realizado com a parturiente sentada sobre a bola, executando exercícios perineais por 30 min., durante o banho quente de aspersão.</p> <p>GRUPO INTERVENÇÃO: A 1ª sessão foi realizada na 32ª semana de gestação, aqui todos as participantes estavam tentando estabelecer relações amigáveis e ganhando a confiança. Em seguida, o pesquisador descreveu em detalhes a definição da técnica de distração e como ela afeta na dor. Na 2ª sessão, ocorreram várias distrações, assistindo filmes, resolvendo quebra-cabeças e jogos, ouvindo música, ilustrando o futuro da criança, lembrando da memória, falando sobre suas habilidades, contagem reversa dos números, contando as gotas de soro usadas durante o trabalho de parto, e também sobre interesses e experiências pessoais. Na 3ª sessão, o pesquisador recebeu feedback do anterior sessão, os exercícios foram realizados em casa, e as participantes foram convidadas a fazer exercícios, incluindo a contagem de cartas enquanto assistia ao vídeo e tocava música, contagem reversa dos números 3 por 3 de 1000, registrar quanto tempo elas podem se divertir com esses métodos e registrar seus interesses. Com base em seus registros,</p>	<p>A média da intensidade da dor do parto foi de 6,2 no grupo de técnicas de distração e 7,5 no grupo de controle, o que foi significativamente menor no grupo de intervenção do que no grupo de controle.</p>

o pesquisador forneceu as instalações necessárias para usar durante o trabalho de parto. Na 4ª sessão, estágios de parto, progresso do parto, controle de estresse e medo usando técnicas de distração, espaço para o parto e preparação para o parto foram discutidos, e o feedback da intervenção grupo foi recebido.

O pesquisador compareceu ao hospital e usou a escala EVA para registrar a dor dos participantes a cada hora durante a fase ativa do parto. Então, o questionário de estresse percebido (W-DEQ) foi concluído após a admissão do participante no departamento de parto no início da fase ativa do parto por meio de entrevista. Com base em seu interesse na terceira sessão, foi fornecida por instalações de distração, como filmes, música, quebra-cabeça, livro e outros.

O pesquisador esteve ativo ao lado da mãe durante toda a fase da fase ativa. Para as mães, seu filme favorito foi exibido e elas foram pedidas para assistir ao filme com atenção e contar com certeza letras ao assisti-los.

GRUPO CONTROLE: receberam somente cuidados obstétricos de rotina.

GRUPO EXPERIMENTAL: uma parteira e um pesquisador iniciaram a terapia com TENS no início do trabalho de parto ativo (dilatação cervical de 4 cm) até o segundo estágio do trabalho de parto. O pesquisador apenas registrou os escores de dor imediatamente após a randomização, 30, 60 e 120 minutos após a terapia com TENS e 2 a 24 horas após o parto. A parteira aplicou dois pares de eletrodos em ambos os braços nos pontos (ponto médio entre o primeiro e o segundo ossos do carpo e primeiro espaço da rede lado dorsal) e nos pontos 4 cm acima da linha transversal medial no punho); também foram colocados dois eletrodos sobre as regiões paravertebrais das participantes nos níveis T10-L1 e S2-S4. 2 transdutores foram colocados no abdômen para monitorar a FC fetal e as contrações uterinas. De acordo com a tolerância máxima da mulher, a parteira ajustava a frequência e a intensidade da analgesia, caracterizada por zumbido ou sensação de picada sem contração muscular.

Njogu et al.,  
2021

326 gestantes,  
sendo 161 do  
grupo  
experimental  
e 165 do  
grupo  
controle

Não houve diferença estatisticamente significativa nas pontuações EVA médias antes da intervenção entre os grupos. No entanto, o grupo experimental teve uma pontuação EVA média estatisticamente significativa menor do que o grupo de controle em 30, 60 e 120 min. após a intervenção e 2-24 horas após o parto.

GRUPO CONTROLE: receberam somente cuidados obstétricos de rotina.
--

**FONTE:** Dados da pesquisa, 2021.

Conforme a Tabela 4, foram utilizadas as mais diversas terapêuticas para alívio da dor durante o trabalho de parto, sendo elas: eletroterapia por meio da corrente TENS, auriculoterapia, exercícios na bola suíça, termoterapia com banho quente no chuveiro e técnicas de distrações. Foi possível perceber que a maioria dos tratamentos citados anteriormente obtiveram sucesso na redução do quadro algico.

Suárez e colaboradores (2018), em sua pesquisa, utilizaram a eletroterapia com a corrente TENS e obtiveram uma redução significativa da dor, durante todo o tempo avaliado utilizando frequência e largura de pulso altas, 80-100Hz e 350 $\mu$ s respectivamente, sendo ela aplicada na região tóraco-lombar e sacral com 2 eletrodos em cada região, durante 30 minutos.

E Njogu e colaboradores (2021) também aplicaram a corrente TENS como terapêutica e obteve resultados benéficos com esse recurso reduzindo a dor das parturientes, neste trabalho além de colocar os eletrodos nas regiões tóraco-lombar e sacral, eles posicionaram 2 pares de eletrodos em ambos os braços no ponto médio entre o primeiro e o segundo ossos do carpo e primeiro espaço da rede lado dorsal e 4 cm acima da linha transversal medial no punho, sendo feita durante os primeiros 2 estágios do trabalho de parto.

Discordando com os achados acima, Orange, Amorim e Lima (2003), em seu ensaio clínico, procurou determinar os desfechos maternos e neonatais com a aplicabilidade da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto antes da intervenção farmacológica, e ao final percebeu que com a aplicação da eletroestimulação conseguiu retardar a medicação analgésica, mas não trouxe resultados significativos sobre a intensidade da dor e na duração do parto.

Ressaltando os autores citados anteriormente, Abreu, Santos e Ventura (2010) relatam que a TENS proporciona redução da dor obstétrica nos 1º e 2º estágios do trabalho de parto, com eletrodos posicionados em T10-L1 e S2-S4, sendo estes, regiões de entrada dos receptores aferentes nociceptivos. A dor durante o 1º estágio é visceral, sendo intermediada pelo sistema nervoso simpático, que inerva o útero, direcionando os estímulos aferentes para a região de T10-L1; já o 2º estágio é totalmente somático, em consequência da distensão dos músculos do períneo, sendo inervado pelo nervo pudendo e que adentra na região de S2-S4.



No estudo de Mafetoni *et al.* (2019) fizeram uso da auriculoterapia como ferramenta terapêutica nos pontos de sedação, analgesia, disfunções ginecológicas e obstétricas e tratamento da ansiedade, e não obtiveram resultados diferentes estatisticamente entre os 3 grupos na redução da dor. Esse recurso foi realizado com pressão exercida pelo apalpador de pontos e definidos próximos à topografia indicada no “mapa de pontos”, no local mais doloroso à palpação, quando encontrado o cristal era fixado com adesivo na orelha das parturientes e pressionado durante 1 minuto ou até causar uma dor suportável para induzir o estímulo, no grupo intervenção, já no grupo placebo foram colocadas as microesferas em pontos que não tinham indicação alguma para ginecologia ou obstetria, como também não foi imposta nenhuma pressão, e o terceiro grupo (controle), recebeu apenas cuidados de rotina.

Em concordância com os autores acima, no ensaio clínico de Mafetoni e Shimo (2016) participaram 30 gestantes em trabalho de parto espontâneo sem intercorrência, e neste trabalho eles utilizaram também a auriculoterapia embasado no mapa chinês, objetivando diminuição da duração do trabalho de parto e alívio da dor, eles utilizaram os pontos *she men*, área de neurastenia, útero e endócrino, trazendo consigo resultados de que não houveram diferenças significativas na dor e tempo do trabalho de parto em relação aos grupos controle e placebo.

Em contrapartida Mascarenhas *et al.* (2019) falam que a auriculoterapia é uma ciência que integra a reflexologia e a acupuntura, sendo elas terapias complementares que beneficiam o corpo com um todo de acordo com pontos específicos. Estudos indicam que a auriculoterapia traz efeitos positivos na duração e no alívio da dor durante o trabalho de parto, por conta da excreção de endorfinas que são essenciais para o relaxamento muscular.

No trabalho de Cavalcanti *et al.* (2019) realizaram a terapia com bola suíça, termoterapia com banho quente e terapia combinada, na qual obteve melhor diminuição do quadro algico de dor no grupo que recebeu a termoterapia. A terapêutica com bola suíça foi feita com a paciente sentada sobre o recurso com perna flexionada à 90°, com os joelhos afastados e pés apoiados no chão em uma superfície firme e antiderrapante, realizando movimentos de propulsão e rotação pélvica; já o banho quente foi feito com chuveiro, o jato de água foi direcionado à região lombo-sacra da gestante, que se encontrava em pé ou sentada; e a terapia combinada foi realizada com a parturiente sentada sobre a bola, executando exercícios perineais, durante o banho quente de aspersão, todas estas terapêuticas foram realizadas durante 30 minutos.

Colaborando com os achados acima Santana *et al.* (2013) em seu ensaio clínico com 34 gestantes a termo, na fase ativa do parto, sem assistência farmacológica, também fizeram uso da terapia com o banho quente de chuveiro com temperatura controlada de 37-39°C durante 30 minutos, e obtiveram resultados significativos na melhora da dor durante o trabalho de parto.

Justificando os autores mencionados anteriormente Barbieri *et al.* (2013) menciona que o banho quente é uma técnica não invasiva sobre a derme que faz uso do calor superficial combinado com o tempo e a intensidade trazendo efeitos regionais, locais e gerais, sendo apontado como terapia complementar na obstetrícia. Sendo feito com temperatura média de 37°C, trazendo consigo benefícios na redução da dor e ansiedade no decorrer do trabalho de parto com diminuição hormonal ligado ao estresse, melhoria das contrações e reparação uterina.

E por fim, na pesquisa de Amiri *et al.* (2019) foram realizadas diversas técnicas de distração (assistindo filmes, resolvendo quebra-cabeças e jogos, ouvindo música, ilustrando o futuro da criança, lembrando da memória, falando sobre suas habilidades, contagem reversa dos números, contando as gotas de soro usadas durante o trabalho de parto, entre outras), as gestantes foram acompanhadas com estes recursos desde a 32ª semana gestacional até o trabalho, os pesquisadores obtiveram benefícios significativos na diminuição da dor em relação ao grupo controle. Essas técnicas, como foi mencionado anteriormente, foram realizadas por diversas semanas, e os estudiosos foram recebendo sempre o feedback das parturientes, e no trabalho de parto a gestante escolheu qual técnica de distração queria receber naquela ocasião.

Concordando com o autor acima, Lorencetto *et al.* (2021) em sua revisão integrativa buscou descrever os benefícios da musicoterapia no alívio da dor durante o trabalho de parto, e ao final pôde evidenciar que esta terapia, sendo um método não farmacológico, não invasivo, de baixo custo e eficaz, e que não proporciona implicações, tem potencial de resultar em alívio da dor no parto, e ainda fornece à gestante parturiente diminuição da ansiedade e do medo, oferecendo relaxamento, distração da dor, e entre outros.

Com isso Dias *et al.* (2018) informam que a utilização dos métodos não farmacológicos é relevante no alívio da dor, e também diminui as intervenções e retoma a fisiologia normal do parto. Estas terapêuticas além de estarem presentes nas políticas de humanização do nascimento, propiciam às mulheres a melhora na satisfação, autoconfiança e redução do medo. E vale salientar que para isto ocorrer é preciso que os profissionais de saúde respeitem os direitos, interesses e tensão das mulheres, tratando-as juntamente com

seu filho como indivíduos especiais durante o trabalho de parto, para que se possa conseguir um parto mais natural.

Todos os autores deste estudo utilizaram a EVA (Escala Visual Analógica) como instrumento avaliativo da dor durante o trabalho de parto. De acordo com Cozzolino *et al.* (2019) a EVA é descrita como uma linha horizontal que possui em suas extremidades os termos ‘sem dor’ e ‘pior dor imaginável’, tendo uma graduação de 0 a 10 e cada indivíduo avaliado destaca o seu grau de dor na escala.

Justificando a utilização desta escala por todos os autores, Pessi, Costa e Pissaia (2018) falam que a aplicação da EVA pode ser bastante benéfica em condições clínicas em que queira comensurar a intensidade da dor após alguma terapia, considerada de fácil manuseio e administração. Este recurso proporciona informações niveladas em períodos, permitindo que sejam utilizados parâmetros estatísticos para análise.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise dos resultados pôde-se perceber que os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto mais utilizados foram eletroterapia por meio da corrente TENS, auriculoterapia, exercícios na bola suíça, termoterapia com banho quente no chuveiro e técnicas de distrações. Evidenciando que essas terapêuticas, mesmo com baixo número de estudos encontrados, são ferramentas benéficas e eficazes no alívio do quadro algico de dor.

Em relação à maneira que foram utilizados estes recursos, a TENS que produziu melhores resultados foi a de frequência e largura de pulso altas, sendo ela aplicada na região tóraco-lombar e sacral; já a auriculoterapia foi realizada nos pontos de sedação, analgesia e problemas ginecológicos; a terapia na bola suíça foi realizada com a paciente sentada sob a bola e realizando movimentos de propulsão e rotação pélvica; a termoterapia foi realizada com jato de água a 37°C direcionado para região lombo-sacra; e por fim as técnicas de distração realizadas foram os mais variados tipos (assistindo filmes, resolvendo quebra-cabeças, ouvindo música, lembrando da memória, falando sobre suas habilidades e outras), sempre sendo escolha da gestante qual realizaria.

E a respeito das escalas avaliativas utilizadas para obtenção dos parâmetros de dor, em todos os artigos foi utilizada a Escala Visual Analógica por ser uma escala simples, rápida e objetiva de ser aplicada, mostrando ser um instrumento eficiente na avaliação da dor durante o trabalho de parto.

Desta forma, pode-se concluir que os métodos não farmacológicos trazem resultados benéficos no que se refere a dor durante o parto. Sendo assim terapêuticas eficazes que podem ser adotadas em hospitais ou centros de parto humanizado, promovendo saúde e bem-estar para as parturientes neste momento tão lindo e importante em suas vidas.

Contudo se faz necessário a realização de novos estudos relacionados à esta temática para que se possa conseguir maiores e melhores evidências científicas que orientem a prática clínica.

## REFERÊNCIAS

AMIRI, P.; MIRGHAFORVAND, M.; ESMAEILPOUR, K.; KAMALIFARD, M.; IVANBAGHA, R. *The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial.* **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

ABREU, E. A.; SANTOS, J. D. M.; VENTURA, P. L. Efetividade da eletroestimulação nervosa transcutânea no alívio da dor durante o trabalho de parto: um ensaio clínico controlado. **Rev Dor**, v. 11, n. 4, p. 313-318, 2010.

BAVARESCO, G. Z.; SOUZA, R. S. O.; ALMEICA, B.; SABATINO, J. H.; DIAS, M. O. fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, 2011.

BARBIERI, M.; HENRIQUE, A. J.; CHORS, F. M.; MAIA, N. L.; GABRIELLONI, M. C. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 5, p. 478-484, 2013.

BESERRA, G. L.; OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P. C.; ANJOS, S. J. S. B.; BARBOSA, A. S. Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 5, p. 1-7, 2020.

CASTRO, A. S.; CASTRO, A. C.; MENDONÇA, A. C. Abordagem fisioterapêutica no pré parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. **Fisioter Pesq**, v. 19, n. 3, p. 210-114, 2012.

CAVAGGIONI, A. P. M.; MARTINS, M. C. F.; BENINCASA, M. B. A influência da via de parto no desenvolvimento infantil: uma comparação por meio da Bayley-III. **J Hum Growth**, v. 30, n. 2, p. 301-310, 2020.

CAVALCANTI, A. C. V.; HENRIQUE, A. J.; BRASIL, C. M.; GABRIELLONI, M. C.; BARBIERI, M. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, p. 1-9, 2019.

COREN. (julho de 2009). *Parto natural e parto normal: quais as diferenças?* Fonte: Revista Enfermagem: [http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista\\_enfermagem\\_julho\\_2009\\_0.pdf](http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf)

COZZOLINO, M.; COCCIA, M. A.; LAZZERI, G.; BASILE, F.; TROIANO, G. Variables Associated with Endometriosis-related Pain: A Pilot Study using a Visual Analogue Scale. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, n. 3, p. 170-175, 2019.

DIAS, E. G.; FERREIRA, A. R. M.; MARTINS, A. M. C.; JESUS, M. M.; ALVES, J. C. S. Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor No trabalho de parto normal. **Enferm. Foco**, v. 9, n. 2, p. 35-39, 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; TORRES, J. A., D'ORSI, E.; PEREIRA, A. P. E.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 101-106, 2014.

FERREIRA, M. L. S. M.; GIAXA, T. E.; POPIM, R. C.; MENEGUIN, S. Dor como motivo de busca para assistência ao trabalho de parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enfer.**, v. 19, p. 1-8, 2017.

GARCIA, N.; VALADARES, C. (07 de mar. de 2018). **Ministério da Saúde**. Acesso em 23 de set. de 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>.

HOFELMANN, D. A. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 561-568, 2012.

LORENCETTO, S. B.; LEMES, S. C.; BERTELLA, C. B.; TUCI, B. M.; MAIA, J. S. Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 34, p. 277-286, 2021.

MAFETONI, R. R.; RODRIGUES, M. H.; SILVA, F. M. B.; JACOB, L. M. S.; SHIMO, A. K. K. Efetividade da auriculoterapia sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, p. 1-14, 2019.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Efeitos da auriculoterapia sobre a dor do trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 726-733, 2016.

MALHEIROS, P. A.; ALVES, V. H.; RANGEL, T. S. A.; VARGENS, O. M. C. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

MAZONI, S. R.; FARIA, D. G. S.; MANFREDO, V. A. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. **Arq Ciênc Saúde**, v. 16, n. 1, p. 40-44, 2009.

MAZZALI, L.; GONÇALVES, R. G. Análise de tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor durante o trabalho de parto normal. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 7-17, 2008.

MELLO, L. F. D.; NÓBREGA, L. F.; LEMOS, A. Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. **Rev Bras Fisioter**, v. 15, n. 3, p. 175-184, 2011.

MELO, P. S.; BARBIERI, M.; WESTPHAL, F.; FUSTINONI, S. M.; HENRIQUE, A. J.; FRANCISCO, A. A.; GABRIELLONI, M. C. Parâmetros maternos e perinatais após intervenções não farmacológicas: um ensaio clínico randomizado controlado. **Acta Paul Enferm.**, v. 33, p. 1-9, 2020.

MENDES, M. S. F.; SANTOS, L. O.; AMORIM, T.; COSTA, I. N.; MARTINS, E. F. O uso da analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto?. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 5, p. 458-465, 2017.

MOUTA, R. J. O.; SILVA, T. M. A.; MELO, P. T. S.; LOPES, N. S.; MOREIRA, V. A. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. **Rev Baiana Enferm**, v. 31, n. 4, p. 1-10, 2017.

NILSEN, E.; SABATINO, H.; LOPES, M. H. B. M. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 557-565, 2011.

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 Childbirth**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2021.

NUNES, G. S.; MOREIRA, P. C. S.; VIAL, D. S. V. Recursos fisioterapêuticos para o alívio da dor no trabalho de parto. **Revista Faipe**, v. 5, n. 1, p. 90-99, 2015.

ORANGE, F. A.; AMORIM, M. M. R.; LIMA, L. Uso da Eletroestimulação Transcutânea para Alívio da Dor durante o Trabalho de Parto em uma Maternidade-escola: Ensaio Clínico Controlado. **RGBO**, v. 25, n. 1, p. 45-52, 2003.

PESSI, R.; COSTA, A. E. K.; PISSAIA, L. P. Implantação da escala visual analógica da dor em um ambulatório de baixa complexidade de uma Instituição de Ensino Superior. **Society and Development**, v. 7, n. 8, p. 1-8, 2018.

RAMOS, S. A.; MORAIS, V. L.; MACIEL, D. M. V. L. Estratégias fisioterapêuticas para o alívio de dor durante o trabalho de parto. **Scire Salutis**, v. 8, n. 2, p. 76-87, 2018.

SANTANA, L. S.; GALLO, R. B. S.; FERREIRA, C. H. J.; QUINTANA, S. M.; MARCOLIN, A. C. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. **Revista da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, v. 14, n. 2, p. 111-113, 2013.

SILVA, A. C. L.; FÉLIX, H. C. R.; FERREIRA, M. B. G.; WYSOCKI, A. D.; COTIM, D.; RUIZ, M. T. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados á expectativa e satisfação com o parto. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 19, p. 1-11, 2017.

SILVA, M. L. B.; SOUSA, D. P. M. **A atuação da fisioterapia no parto e pós-parto**. 12 f. Pós-Graduação em Fisioterapia Intensiva – Faculdade Hávila, 2016.

SILVA, Y. A. P.; ARAÚJO, F. G.; AMORIM, T.; MARTINS, E. F.; MENDES, M. S. F. Analgesia obstétrica no trabalho de parto e sua associação com desfechos neonatais. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 5, p. 1-7, 2020.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SUÁREZ, A. B.; CASTILLO, E. M.; ANDÚJAR, J. G.; HERNÁNDEZ, J. Á. G.; MONTESDEOCA, M. P. Q.; FERRER, J. F. L. *Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: a randomized controlled trial*. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2018.

SEBBEN, V.; PERUSSOLO, C.; GUEDES, J. M.; TOURINHO, H. F. Tratamento hidroterapêutico na dor lombar em gestantes. **PERSPECTIVA**, v. 35, n. 129, p. 167-175, 2011.

VALADARES, C. (13 de 03 de 2017). SUS apresenta crescimento no número de partos normais realizados no Brasil. **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**. Acesso em: 23 de set. de 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/ist/story/9159-sus-apresenta-crescimento-no-numero-de-partos-normais-realizados-no-brasil>.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesáreo: representações sociais de mulheres que os vivenciam. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014.



VIANA, L. V. M.; FERREIRA, K. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. **Rev. Saúde em Foco**, v. 1, n. 2, p. 134-148, 2014.