



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO
SALGADO
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

CARLA ANDRESSA FERREIRA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA COMO PROFISSIONAL
ATUANTE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO: REVISÃO
INTEGRATIVA.**

ICÓ – CE

2022

CARLA ANDRESSA FERREIRA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA COMO PROFISSIONAL
ATUANTE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO: revisão integrativa.**

Monografia submetido à disciplina de trabalho de conclusão de curso (TCC II) do curso de bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Vale Do Salgado (UNIVS) a ser apresentado como requisito para obtenção de nota

Orientador: Prof. Me. Reíza Stéfany de Araújo e Lima

CARLA ANDRESSA FERREIRA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA COMO
PROFISSIONAL ATUANTE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
HUMANIZADO: revisão integrativa.**

Monografia submetida à disciplina Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do curso de bacharelado em fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS) a ser apresentado como requisito para obtenção de nota.

Aprovado em 28/06/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Reíza Stéfany de Araújo e Lima
Centro Universitário Vale do Salgado
Orientadora

Prof. Esp. Marcos Raí da Silva Tavares
Centro Universitário Vale do Salgado
1º Examinador (a)

Prof. Esp. Wanderleia Sanny David Alencar
Centro Universitário Vale do Salgado
2º Examinador (a)

*Em memória a minha avó Terezinha
Gonçalves da silva, que sonhou este
sonho comigo. Com todo o meu amor e
gratidão.*

“Por você, faria isso mil vezes.”

O caçador de Pipas, Khaled Hosseini

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui e com certeza esse é apenas o primeiro passo de muitos que estão por vim. Aqui, fui moldada, instruída, tive grandes experiências e aprendi com os melhores. E é com toda essa bagagem riquíssima que irei da continuidade a próxima fase, pois nosso objetivo não acaba aqui, na graduação, longe disso, há uma grande jornada a ser trilhada. Will Durant foi muito preciso quando expressou que, "Nós somos aquilo que fazemos repetidamente. Excelência, então, não é um modo de agir, mas um hábito".

Agradeço imensamente a Deus por me proporcionar viver este sonho e torná-lo realidade. Sem Ti, Senhor, nada disso seria possível.

A minha avó, Teresinha Gonçalves, que sempre acreditou em mim. Vovó, jamais esquecerei do brilho no seu olhar a cada conquista minha. A minha mãe, Francisca Gonçalves, que nunca permitiu que eu desistisse, me apoiou nos momentos de fraqueza e me deu forças, sempre com muita fé em mim. Tenho muito orgulho dessas duas mulheres que me criaram e fizeram de mim um ser humano melhor. Tudo de melhor em mim procedeu de vocês.

Ao meu estimado namorado, Henrique Penaforte, que acreditou nos meus objetivos e me impulsionou nessa trajetória, sendo extremamente paciente, amoroso, gentil e, sobretudo, genuíno.

A toda a minha família, obrigada pelo carinho. A todos os meus amigos e colegas de curso, vocês são incríveis, obrigada por todo suporte.

A minha querida orientadora, Reíza Stéfany, muito obrigada por cada orientação, por toda a assistência e afabilidade durante a construção deste trabalho.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, deixo aqui minha eterna gratidão. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Esses anos com muito estudo e dedicação, percebemos que temos grandes dádivas: o convívio entre pessoas, a partilha de alegrias e a troca do maior bem do mundo, o conhecimento!

EPÍGRAFE

“Os enigmas do universo só lentamente se revelam à nossa investigação. Existem questões às quais o homem, atualmente, não pode nos dar respostas, mas, o trabalho científico constitui o único caminho que pode nos levar a um verdadeiro conhecimento da realidade externa a nós.”

Sigmund Freud

RESUMO

O parto humanizado é definido como um conjunto de demandas e direitos que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis, além disso compreende a realização de uma assistência de qualidade, objetivando o conforto físico e emocional da mãe. O fisioterapeuta adentra como integrante da equipe, de forma a facilitar o trabalho de parto. O objetivo do presente estudo é esclarecer a importância da assistência fisioterapêutica a parturiente, para uma melhor experiência humanizada e prazerosa. Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa tem o intuito de melhorar a compreensão do parto humanizado, voltada para assistência prestada pelo fisioterapeuta. A partir da análise dos artigos selecionados foi constatado que a atuação fisioterapêutica atuou diretamente na auto eficácia no parto durante sua fase ativa. O uso da bola suíça, massagem, banho quente e da TENS (Neuroestimulação Elétrica Transcutânea) contribuíram positivamente na atenuação do quadro algico, bem como incremento da sensação de segurança e conforto, favorecendo uma experiência de parto mais positiva e humanizada segundo as mulheres assistidas.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; assistência no parto; parto; modalidades de fisioterapia.

ABSTRACT

Humanized childbirth is defined as a set of demands and rights to be included, in addition it comprises the provision of quality care, aiming at the mother's physical and emotional comfort. The physiotherapist enters as a member of the team, in order to facilitate the labor. The aim of this study is to clarify the importance of physical therapy assistance to parturients, for a better humanized and pleasurable experience. It is an integrative review with a qualitative, descriptive and exploratory approach. The research aims to improve the understanding of humanized childbirth, focused on assistance provided by the physiotherapist. From the analysis of the selected articles, it was found that the physiotherapeutic performance acted directly in the self-efficacy in childbirth during its active phase. The use of the Swiss ball, massage, hot bath and TENS (Transcutaneous Electrical Neurostimulation) contributed positively to the attenuation of pain, as well as an increase in the feeling of safety and comfort, favoring a more positive and humanized childbirth experience according to the assisted women.

KEYWORDS: Physiotherapy; childbirth assistance; childbirth; physical therapy modalities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma com os artigos encontrados nas bases de dados	33
--	----

TABELAS

Tabela 1 - Proporção de partos cesáreos por região em 2009	16
Tabela 2 - Proporção de partos cesáreos por região em 2019	17
Tabela 3 - Artigos analisados de acordo com o tipo de estudo e idioma.....	34
Tabela 4 - Descrição dos artigos incuídos na pesquisa em relação ao autor/ano, título e objetivo.	35
Tabela 5 - Descrição dos artigos incluídos na pesquisa em relação ao autor/ano, título e técnicas aplicadas.	36
Tabela 6 - Descrição dos artigos incluídos na pesquisa em relação ao autor/ano, título e desfecho.....	37

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de técnicas utilizadas referente à quantidade de artigos encontrados nas bases de dados	41
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3.1 História e Evolução do Parto	14
3.2 Estatísticas de Parto no País	15
3.3 Violência Obstétrica	18
3.3.1 Programa Rede Cegonha	19
3.4 Parto Humanizado	20
3.4.1 Política Nacional de Humanização	22
3.4.2 Programa de humanização do parto e nascimento	22
3.4.3 Importância da equipe multiprofissional na assistência ao parto	23
3.4.4 Benefícios do parto humanizado	24
3.5 Fisioterapia Obstétrica	25
3.5.1 Fisioterapia no auxílio ao parto vaginal	26
3.5.2 Técnicas utilizadas para a facilitação do parto vaginal	27
3.5.2.1 Exercícios na bola	27
3.5.2.2 Deambulação e posicionamento	28
3.5.2.3 Percepção respiratória	28
3.5.2.4 Massagem	29
3.5.2.5 Eletroestimulação Transcutânea TENS	29
3.5.2.6 Banho quente	30
4. METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de Estudo	32
4.2 Critérios de Inclusão	32
4.3 Critérios de Exclusão	32
4.4 Benefícios da Pesquisa	32
4.5 Instrumento da Pesquisa	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
7. REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

O parto humanizado pode ser definido como um conjunto de demandas e direitos a serem incluídos, entre eles: respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar, direito a escolha do local, pessoas e assistência no parto, apoio emocional, social e material no período correspondente ao ciclo gravídico e puerperal, bem como auxílio à saúde e proteção contra negligências. Ademais, prezando pelo respeito da integridade corporal das mães e do recém-nascido. (FREITAS, et al., 2017)

Conforme Marian, Barros e Flach (2018), a proporção de partos cesáreos no Brasil aumentou de 37,8% em 2000 para 55,5% em 2015. Tendo em vista esses dados e a problemática biopsicossocial que estes trazem, foi lançado no ano 2000 pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Parto e Nascimento. O intuito deste é, reintroduzir o protagonismo da gestante de baixo risco, visando a liberdade corporal no processo de parturição. Atribuindo uma maior assistência humanista e menos tecnocrática e/ou intervencionista. Ademais, baseando esse objetivo em evidências científicas que mostrem condutas e práticas para o conforto e segurança à parturiente. (SERRUYA et al., 2011)

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), comprovou através de estudos científicos que é de grande relevância a presença de uma equipe de saúde capacitada no apoio prestado às mulheres. Pois, projeta estabelecer a relação de profissional-paciente, alcançando dessa forma uma maior promoção de educação em saúde, assim como prevenção e recuperação. Dessa forma, assegurando a independência da mulher sobre o seu corpo, como também aos procedimentos a serem a ela submetidos. (CARDOSO et al., 2020)

Segundo Bavaresco et al (2011), como papel da equipe multiprofissional, é de suma importância oferecer apoio e orientação à parturiente, além de valorização e estímulo ao protagonismo da gestante através do uso ativo de seu próprio corpo. O fisioterapeuta adentra como integrante dessa equipe, de forma a facilitar o trabalho de parto; por intermédio da estimulação a consciência corporal e posturas a serem adotadas, alcançando dessa forma, uma maior satisfação com a experiência do nascimento.

De acordo com Freitas et al (2017), a função do fisioterapeuta obstetra no momento do parto é orientar quanto ao posicionamento adequado que a mesma deve adotar, guiando a respiração e relaxamento; minimizando o estresse, assim como conscientizar a mulher sobre as mudanças físicas que ela sofrer em todo o processo gravídico, puerperal, bem como no momento do parto.

Em suma, a fisioterapia adentra de forma efetiva na preparação do parto normal, onde à parturiente necessita de uma boa mobilidade pélvica, bem como recursos que possam auxiliar. Desse modo, facilitando então o parto e trazendo efeitos benéficos na prevenção de lesões maiores no períneo. Por conseguinte, o trabalho foi norteado pela seguinte pergunta: de que forma a fisioterapia pode contribuir no preparo do parto vaginal?

O objetivo do presente estudo é esclarecer a importância da assistência fisioterapêutica a parturiente com base nos estudos publicados na integra, elucidando as principais técnicas. Ademais, justifica-se a escolha dessa temática por estar integrada no eixo 14 da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS). A qual se refere sobre atenção dos Centros de Parto Normal (CPN) habilitados no âmbito da Rede Cegonha na humanização do parto, (BRASIL, 2018).

O objetivo da Agenda de Prioridades de Pesquisa (APPMS) do Ministério da Saúde é identificar necessidades de pesquisa que ajudem a prevenir e solucionar problemas de saúde pública, contribuindo para uma política de saúde pública mais efetiva. A publicação do APPMS confirma o compromisso do Ministério da Saúde com o desenvolvimento de pesquisas em saúde com o intuito de integrar ciência, tecnologia e inovação aos serviços prestados à população brasileira (DA SAÚDE, M., 2018).

Além disso, o presente trabalho tem como proposta refletir sobre o crescente número de cesárias no nosso país e como o modelo de humanização pode contribuir na redução desse cenário. O estudo pode levar a uma melhor compreensão das representações e práticas dos profissionais de saúde quanto ao parto humanizado, possuindo o objetivo de não apenas melhorar a assistência materna, como também mostrar seus benefícios e assim resgatar o protagonismo da mulher.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Verificar o impacto de uma assistência fisioterapêutica durante o trabalho de parto, garantindo um parto vaginal mais confortável com base nas produções e no acervo da literatura entre os anos de 2011 e 2021.

2.2 Objetivos específicos

Demonstrar o papel do fisioterapeuta na atenuação do quadro álgico, durante o processo para a parturiente.

Identificar as principais técnicas fisioterapêuticas utilizadas nas intervenções durante o trabalho de parto.

Apresentar os benefícios de uma intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 História e Evolução do Parto

No decurso da trajetória da humanidade, o nascer, ou seja, o ato de parir, era visto como um evento puramente natural, vivenciado intimamente pela parturiente em conjunto com outras mulheres que dispunham de saberes tradicionais (ABREU, 2019). De acordo com Sousa (2020), as parteiras detinham de um saber experimental, sendo estas colaboradoras e expectadoras antes, durante e após o parto. Essas práticas eram de caráter tradicionalmente feminino e realizadas no domicílio da mãe.

Segundo Neves (2017), até o final do século XIX, no Brasil, as parteiras atuavam livremente, porém logo seu trabalho foi restringido, passando a sofrer medidas que proibiam suas atuações. Ainda que houvesse faculdades de medicina no Rio de Janeiro e na Bahia, constituindo as primeiras faculdades criadas em 1808, essa formação continha apenas de estudo estritamente teórico. Em 1884 o governo imperial encaminhou comissões de médicos à Europa para que eles pudessem assim, relacionar-se com o ensino prático. Por fim, foi autorizada em 1984 a fundação da enfermagem para dar início aos cursos práticos, a princípio com grandes dificuldades de serviços básicos, a saber: roupas de cama e higienização adequada.

A partir disso, a influência das parteiras foi crescentemente ultrapassada pela figura médica. Com o surgimento das primeiras maternidades no Rio de Janeiro, às parteiras ganharam título especializado, concedido pelos médicos; somente eram convocadas ao trabalho de realização do parto aquelas que obtinham diploma. Em detrimento disso, as parteiras perdem sua autonomia no gerenciamento dos corpos femininos, em contrapartida, os médicos exercem maior intervenção no gerenciamento da saúde feminina. Esse contexto intervencionista caracterizou a medicina do século XIX, implicando nesse processo de mudança referente ao parir (SOUZA, 2020).

Tal qual, Nicida et al (2020), no Brasil, especificamente a partir das três últimas décadas do século XX, consolidou-se de fato o parto realizado em hospitais juntamente com equipe médica. A vista disso, esse novo modelo favoreceu de forma positiva, atenuando o índice de mortalidade materna e perinatal. Por outro lado, resultou negativamente de forma a trazer incertezas e críticas quanto ao processo de normalização no que se refere a adição de intervenções no processo fisiológico do parto.

O marco inicial da mudança do nascimento, deu-se pela introdução do fórceps. Este foi criado na Inglaterra pelos irmãos Chamberlen, futuramente este instrumento seria dissipado para outros países. Sua criação teve por objetivo facilitar a saída do bebê pelo canal vaginal. A

introdução do fórceps no parto modificou a postura do médico, transformando este de espectador para atuante principal no qual era possível gerir o nascimento, ou seja, modificar a natureza do parto, encurtando o trabalho de parto, assim como sua indução (PICHETH; CRUBELLATE; VERDU, 2018).

Similarmente, a episiotomia, outra medida adotada com a finalidade de prevenir possíveis lacerações vaginais extensas que pudessem vir a ocorrer durante o parto. É feito então, uma incisão cirúrgica na região perineal, durante a fase expulsiva. Historicamente, a realização da episiotomia partiu do princípio de medida profilática, de forma a promover o relaxamento da musculatura pélvica. Vale salientar que a episiotomia ocorre na maior parte das vezes sem indicação clínica, configurando uma violência obstétrica (SANTOS, SILVA SOUSA, 2020).

Em concordância com Abreu (2019), o parto assim como o processo do nascimento passa a ser encarados como evento hospitalar e o período gestacional visto como processo potencialmente patológico. A ciência passa a encarar o corpo feminino como uma máquina complexa e imperfeita, conseguindo assim uma atenção especial da medicina, primordialmente no decurso da gestação. Ocorre, dessa forma, a superestimação da tecnologia, bem como dos efeitos adversos das intervenções realizadas. No contexto atual, são dispostos a mulher e seus bebês duas alternativas: o parto via vaginal, com grande quantidade de intervenções desnecessárias e às vezes violentas ou cesariana, que é a forma predominante de parto no Brasil desde 2009 (SOUZA, 2020).

Ante o exposto, no ano de 1950 apareceram as primeiras reprovações a medicalização do parto, no entanto, seria apenas no ano de 1980 que haveria uma mobilização pela exigência de mudanças referente a assistência ao parto, subsequentemente se intensificando em um movimento intitulado no Brasil como “humanização do parto” (NICIDA, et al. 2020).

3.2 Estatísticas de Parto no País

Dados do Ministério da Saúde constam que a partir do ano de 2009, no Brasil, o país registrou mais cesarianas do que partos normais, alcançando uma proporção de 50% de partos cesáreos realizados. Subsequentemente, em 2010, a taxa subiu para 52%. Verifica-se então, uma tendência aumentada para a realização de cesariana no país. A OMS traz que o ideal é que essa taxa fique em torno de 15%. Na rede privada, o índice de partos cesáreos chega a 82% e na rede pública, 37% (DATASUS, 2012). No momento atual, a cesariana é o procedimento mais comum de nascimento, constituindo 56% dos partos realizados no Brasil. Essa via de parto quando indicada de forma inconveniente pode propiciar a morbimortalidade materna e infantil, podendo trazer complicações nas gestações subsequentes (SILVA, et al., 2017).

Tabela 1 - Proporção de partos cesáreos por região em 2009

Região Norte	Rondônia	61,25%
	Acre	30,71%
	Amazonas	35,53%
	Roraima	36,22%
	Pará	39,79%
	Amapá	29,09%
	Tocantins	42,03%
Região Nordeste	Maranhão	32,76%
	Piauí	43,89%
	Ceará	44,71%
	Rio Grande do Norte	47,17%
	Paraíba	48,99%
	Pernambuco	47,10%
	Alagoas	47,70%
	Sergipe	33,04%
	Bahia	35,83%
	Região Sudeste	Minas Gerais
Espírito Santo		58,21%
Rio de Janeiro		58,41%
São Paulo		58,02%
Região Sul	Paraná	56,47%
	Santa Catarina	55,69%
	Rio Grande do Sul	55,68%
Região Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	54,11%
	Mato Grosso	54,85%
	Goiás	59,10%
	Distrito Federal	51,97%
Brasil	Média Total	50,10%

Fonte: Adaptado de DATASUS (2009)

Tabela 2 - Proporção de partos cesáreos por região em 2019

Região Norte	Rondônia	66,94%
	Acre	44,25%
	Amazonas	39,07%
	Roraima	34,57%
	Pará	50,38%
	Amapá	35,83%
	Tocantins	57,11%
Região Nordeste	Maranhão	49,56%
	Piauí	58,49%
	Ceará	58,42%
	Rio Grande do Norte	62,78%
	Paraíba	60,36%
	Pernambuco	51,19%
	Alagoas	52,41%
Região Sudeste	Sergipe	44,58%
	Bahia	45,80%
	Minas Gerais	58,09%
	Espírito Santo	59,70%
	Rio de Janeiro	57,69%
Região Sul	São Paulo	58,93%
	Paraná	62,37%
	Santa Catarina	57,16%
Região Centro-Oeste	Rio Grande do Sul	63,10%
	Mato Grosso do Sul	61,85%
	Mato Grosso	60,84%
	Goiás	71,02%
	Distrito Federal	51,52%
Brasil	Média Total	56,30%

Fonte: Adaptado de SINASC (2020)

3.3 Violência Obstétrica

Reconhece-se por violência obstétrica os procedimentos não consentidos pela mãe ou não esclarecidos; realizando-os de forma invasiva, bem como abusos verbais, recusa em administrar analgésicos e a proibição da presença de algum familiar. Assim, existem diversas formas de introduzir-se no momento do parto, apresentando-se de forma que a mãe de início não perceba, tal como maneiras mais violentas (ALMEIDA et al, 2020). De acordo com Branti, Cordeiro e Ronconi (2019), essa violência é constatada também nos altos índices de cesáreas fora do recomendado pela OMS.

Conforme explica Pereira (2016) Essa violação ao corpo da mulher tende a acontecer em qualquer fase da gestação, porém, é no parto que estas se manifestam com maior recorrência, visto que, neste momento essas mulheres se encontram mais frágeis e susceptíveis a tais acontecimentos. De maneira oposta a outros procedimentos que necessitam de auxílio hospitalar, o parto é um processo fisiológico que requer cuidados e acolhimento. Esse momento que deveria ser vivenciado de forma tranquila e especial, na realidade tem sido alvo de agressões físicas e verbais, desrespeito quanto ao direito de decisão por parte das parturientes, além de recorrência de abuso, negligência e maus tratos.

No país, todos os anos são registrados, aproximadamente, 1,5 milhões de parto normal, dentro desse número a maior parte das mulheres vivenciam algum nível de intervenção na região perineal, seja pela realização desnecessária da episiotomia ou ainda por lacerações espontâneas que podem vir a ocorrer por comorbidades associadas como sangramento aumentado ou dor perineal, sendo estas duas apontadas como principais causas desse trauma. Os traumas perineais frequentemente são suturados sem uma boa conduta, levando à ocorrência de lesões no aparelho genital e urinário, bem como nas estruturas do assoalho pélvico. (RIESCO, et al., 2011)

Na concepção de Andrade e Aggio (2014), é essencial discorrer sobre os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, essencialmente no decorrer das consultas de pré-natal. Visto que, a violência obstétrica é pouco identificada como ato violento, isto porque no momento do parto, a mãe vivencia um conjunto de emoções que a incapacita de discernir os procedimentos realizados a elas, fazendo-as se calar. Dessa forma, faz-se necessário advertir estas mulheres quanto a medidas realizadas no seu corpo e durante o parto, além de encorajar a mesma a denunciar algum desrespeito sofrido pelas mesmas.

O artigo de Rocha e Ferreira (2020), expõe episódios onde mulheres em trabalho de parto são objetificadas em favor da capacitação de residentes em obstetrícia. Alguns dos atos

violentos descritos foram: intervenções obstétricas não autorizadas ou esclarecidas (27,3%), episiotomia (25,5%), omissões quanto ao esclarecimento de dúvidas (16,3%) e impedimento de acompanhante (9,3%).

Procedimentos como injeção de ocitocina, episiotomia, restrição da posição do parto, manobra de Kristeller e outros métodos realizados a fim de acelerar o trabalho de parto são consideradas intervenções invasivas e agressivas, ao passo que não respeitam o tempo fisiológico do parto, sendo assim caracterizados como violência obstétrica. Esse cenário é atribuído a incomplacência e impaciência por parte dos profissionais de saúde (PEREIRA et al., 2016).

Quanto a episiotomia, Novais Santos e Silva Sousa (2020), afirmam que a mesma foi ministrada indiscriminadamente no decorrer dos anos. A princípio era realizada apenas como procedimento profilático, objetivando a redução dos índices de morbimortalidade infantil e prevenção de lacerações perineais. Contudo, essa conduta é realizada pelos profissionais de saúde de forma rotineira, exercitada na maioria dos casos sem qualquer esclarecimento ou consentimento da paciente. Esses profissionais persistem com o uso desta prática ligados a conceitos que não mais refletem nas evidências científicas contemporâneas, violando os direitos da parturiente.

Outra técnica que integra esse cenário de violência é a manobra de Kristeller, essa manobra proporciona riscos e afeta diretamente a integridade da mulher, pois é descrita como sendo muito dolorosa. Esta técnica constitui de grande pressão exercida na parte superior do útero, objetivando a saída mais rápida do bebê. O uso corriqueiro desta prática deve ser abandonado, haja vista sua conduta desapropriada e invasiva que pode levar a problemas perineais para a mãe. Verifica-se ainda, sua maior proporção em mulheres que não são acompanhadas na sala de parto (ARAÚJO et al., 2021).

3.3.1 Programa Rede Cegonha

Difundida em 2011 pelo governo federal, a Rede Cegonha, fundamentada no SUS, é uma estratégia elaborada com o propósito de minimizar a violação aos direitos humanos, no Brasil, no que se refere à morbimortalidade materna. Através desse programa público de saúde, por intermédio de uma rede de cautelas, a mulher tem garantido o direito de planejar como quer que ocorra sua gravidez, recebendo atenção humanizada na gestação, parto e puerpério. Além do que, esses cuidados estendem-se também à criança, pois esta deve nascer com segurança, bem como crescer e se desenvolver de forma saudável (GUERRA et al., 2016).

Segundo Santos, Melo e Cruz (2015), o programa foi estruturado com enfoque em cinco diretrizes principais, com a finalidade de assegurar um acolhimento baseado na avaliação obstétrica e classificação de risco. É por meio dessas diretrizes que o programa visa amplificar o acesso, assim como assegurar melhorias no atendimento à saúde da mulher, tal como o pré-natal. A Rede Cegonha, ainda, consiste em executar práticas humanizadas que gerem confiança e segurança durante o processo de parto, resolução de medidas de saúde das crianças de zero a dois anos e o benefício ao acesso para o planejamento familiar.

O programa Rede Cegonha, além de preservar a assistência à saúde da mãe e do bebê até os dois anos de idade, tem ainda o propósito de incentivar o parto normal humanizado, a partir do princípio de que a gestante deve ter permissão de ser acompanhada durante o processo parturitivo, bem como a solicitação de analgésicos, a livre escolha da posição para ter o bebê e proporcionar de imediato o contato da criança com a mãe assim que ela nascer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Dito isto, para Fernandes e Vilela (2014), é fundamental a atenção apropriada no pré-natal, como a educação em saúde, sendo está ofertada por meio de informações que identifiquem uma possível violência obstétrica. Com isso as chances de um diagnóstico e tratamento precoce diminuem, prevenindo uma série de complicações. Assim, concedendo aos profissionais responsáveis a oportunidade de construir estratégias de educação em saúde, objetivando a diminuição da mortalidade materno-infantil.

3.4 Parto Humanizado

O termo parto humanizado, passa a ser empregado no Brasil em 1990 caracterizando um novo tipo de atenção ao parto e nascimento. Essa expressão é empregada em movimentos sociais referente aos cuidados concedidos às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, tendo como base evidências científicas e os direitos humanos dessa população nos serviços de saúde (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2020). Do Nascimento, Rocha e Lyra (2016), referem-se à humanização do parto como um conjunto amplo, de diversas interpretações que propõem mudanças na prática clínica, acarretando desafios no cotidiano desses serviços, por vezes desafiadores e conflitantes. o embasamento científico e outras bases são dispostas como veículo para alcançar essa modificação, apesar de que esse cenário é constituído de grande resistência.

Humanizar o nascimento significa o respeito às alterações fisiológicas durante o trabalho de parto, bem como atenção ao cenário biopsicossocial no qual a gestante está introduzida e intensificar o zelo pelo contato precoce da mãe com seu bebê. Os profissionais de saúde devem, ainda, assegurar a parturiente, a presença de um acompanhante de sua escolha,

assim como garantir que a mesma seja notificada sobre todas as intervenções que serão realizadas, para que seja cumprido seus direitos enquanto mulher e cidadã (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

Veloso et al. (2020), a humanização do parto almeja das parturientes a desfazer-se do medo da dor e do isolamento recebido no modelo atual, medicalizado e hegemônico da assistência obstétrica. É primordial que se faça uma desmistificação da cultura cesariana, evidenciando as vantagens de um parto normal, longe de qualquer interferência, apenas quando necessário, permitindo assim, que a gestante defina com mais clareza sobre como quer que ocorra o processo do parto.

De acordo com De Santana, et al. (2019, p. 159), a assistência humanizada deve considerar não só o processo do parto em sua totalidade, mas também a parturiente. Deve-se identificar a partir de qual momento a parturiente necessita dos cuidados específicos ao parto e a intensidade da atenção a ser dada a cada cliente individualmente. Algumas parturientes poderão requerer maior atenção que outras, a depender de sua sensibilidade em relação ao processo da dor de parir.

É necessário que a mãe seja mais ativa durante o trabalho de parto, podendo deambular, optar por quais posições deseja adotar durante o trabalho de parto e no momento de dar a luz, assim como escolher quem deve ficar por perto, de forma a trazer maior conforto. Métodos como, massagens, banhos quentes ou uso da banheira são utilizados como forma de diminuir a dor. Vale ressaltar que partos realizados em casa apenas são liberados em casos de baixo risco para mãe e para o bebê (ROCHA; LYRA, 2016).

Em conformidade com Santos, Melo e Cruz (2015), é imprescindível que as instituições de saúde adotem boas práticas, estimulando o cuidado de mãe e filho durante o andamento do parto, para que assim seja realmente efetivado o processo de humanização. Nesse sentido, abolindo qualquer atitude intervencionista desnecessária, pois as mesmas não auxiliam na assistência ao parto.

A humanização integral da assistência ao parto, segundo Santana et al. (2019), compreende a realização de uma assistência de qualidade, objetivando o conforto físico e emocional da mãe, o alívio da dor por meio de técnicas não invasivas, mas acima de tudo contribuir para que a mulher execute sua liberdade através de sua individualidade e poder de decisão quanto às formas de ter o seu bebe.

No estudo de Rebello e Neto (2012), técnicas como cromoterapia, musicoterapia, massagens, uso de óleos aromáticos dentre outras, são intensamente estimuladas nas práticas

do cuidado humanizado. A mulher é reconhecida em sua subjetividade, tendo a oportunidade de usufruir de momentos de prazer e liberdade ao longo de todo o processo de parturição.

3.4.1 Política Nacional de Humanização

Em 2003 Foi criada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização. A PNH é uma política transversal que enfatiza a indissociabilidade entre gestão e atenção. Ele é concebido não apenas como um programa, mas também como uma política transversal às diversas ações e instituições de governança do SUS (BERNANDES, 2018).

Conforme explica Matias et al. (2016), a dimensão ética da PNH é institucionalizada por meio de uma proposta de humanização que considera as pré-condições de reconhecimento do outro, de suas diferenças e modos de viver, e de compromisso com essas diferenças, que nos singularizam como sujeitos e expressando nossa humanidade. Nesse sentido, encontra-se vinculado à defesa da vida e do direito ao desenvolvimento integral como valores centrais para as ações relacionadas à saúde. A busca por processos sensíveis de produzir estratégias que contribuam para a produção da dignidade da vida, bem como formas mais efetivas de produzir saúde, ganha uma dimensão estética na humanização.

Os princípios da PNH são: a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos. Em relação a transversalidade, esse princípio deve ser aplicado a todas as políticas e programas do SUS. O conceito de transversalidade reconhece que, em todas as áreas, os usuários devem poder falar com eles, ouvi-los e deixar que suas vidas façam parte do processo e não somente fazer uso do seu conhecimento técnico-científico (PEREIRA, 2019).

Do Nascimento et al. (2021), fala sobre a indissociabilidade, a qual propõe a inclusão de todos os sujeitos nos processos de produção do cuidado em saúde, para que sejam capazes de implementar mudanças na gestão. E finalmente, o protagonismo, com objetivo de favorecer a participação de todos os envolvidos, valorizando a contribuição única de cada cidadão, além da participação genuína desses indivíduos na formulação de políticas comunitárias, com a garantia de voz e voto, e a capacidade de atuar de forma representativa através das associações.

3.4.2 Programa de humanização do parto e nascimento

O Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) nos anos 2000, com o objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e atenção à saúde da gestante, do recém-nascido e da puérpera (MAIA ET. AL, 2017). De acordo com a

autora, este programa teve como prioridades a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal no país, bem como a adoção de medidas que garantem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do pré-natal, parto, puerpério e período neonatal, tendo como base que as normas da humanização da assistência obstétrica são pré-requisitos para o acompanhamento adequado.

Felix, Andrade e Gomes (2017) afirmam em seu estudo que o PHPN é considerado uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e da futura criança, na perspectiva de melhora dos indicadores nacionais de saúde. Segundo as pesquisadoras, é de competência dos gestores de todos os âmbitos, seja nacional, estadual ou municipal, aumentar a cobertura global do programa, incentivando o cumprimento de todas as metas propostas e assegurando a correta documentação dos dados reais do acompanhamento durante a gestação.

A essência do PHPN parte do pressuposto que a humanização da assistência pré-natal e seu uso durante o parto demanda um conjunto de procedimentos básicos necessários para a prevenção de intercorrências durante a gestação e para garantir assim a liberdade da mulher de atuar como a verdadeira protagonista durante a experiência da maternidade, acontecendo de forma segura e isenta de qualquer violência (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

A pesquisa de Santos, Melo e Cruz (2015) aponta que com o PHPN, a principal estratégia abordada para humanizar é acolher bem as gestantes, desde o pré-natal até o momento do parto e puerpério, se alimentando das bases da humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição prioritária para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. As pesquisadoras também reafirmam o dever que as unidades de saúde têm para com a dignidade da mulher, juntamente com seus familiares e recém-nascidos.

3.4.3 Importância da equipe multiprofissional na assistência ao parto

Uma equipe multidisciplinar tem um papel muito importante no processo de humanização do parto, pois ao realizar o planejamento adequado para suprir as necessidades da gestante no momento do parto o torna bem menos frustrante, de forma a se tornar uma experiência de vida marcante ao longo do seu processo de crescimento e desenvolvimento da mesma (FRANCISCO ET. AL, 2015).

Sousa e Ramos (2017) explicam que a assistência por uma equipe multidisciplinar durante o trabalho de parto é significativa e o fisioterapeuta também deve estar diretamente envolvido, tendo em vista sua dedicação ao cuidado e conforto à mulher tanto no período gestacional, quanto no parto e puerpério, representando mais um profissional preparado para apoiar, cuidar e confortar a gestante durante o processo de parturição.

É válido ressaltar que a equipe multiprofissional deve estar capacitada para detectar os possíveis riscos habituais que são monitorados por meio de consultas, exames e da participação nas atividades educativas constantes, que devem ser incorporadas ao pré-natal como forma de acompanhamento (MEDEIROS, 2018).

Francisco et al (2015) afirmam que a atuação dos profissionais de saúde com o foco de garantir a utilização das terapias não farmacológicas para diminuição das dores e auxiliar no desenvolvimento do parto é cada vez mais essencial. Portanto, é de grande importância que ações educativas sejam iniciadas desde o período de acompanhamento pré-natal, pelos profissionais tanto da atenção básica quanto hospitalar.

O trabalho de Cardoso et al (2020) acrescenta que durante o atendimento prestado à mulher é essencial a realização do acolhimento com uma certa empatia, utilizando-se de uma abordagem humana, com intuito de proporcionar segurança e conforto, tendo uma atenção para possíveis queixas, preocupações e angústias que podem partir da parturiente, garantindo assim uma responsabilidade na atuação profissional com empenho na solução dos problemas e na evolução da assistência prestada.

Coral (2015) afirma por sua vez que a ferramenta fundamental do parto humanizado é o vínculo estabelecido entre o casal e a equipe que irá atendê-lo, sendo marcado pela capacidade de ouvir, pela troca de informação, diálogo e carinho, preparando assim o casal tanto no aspecto físico, quanto emocional, para participar ativamente do nascimento do filho.

3.4.4 Benefícios do parto humanizado

Monteiro, Holanda e Melo (2017) afirmam que cada mulher vivencia a parturição de forma diferente e diversos contextos particulares podem marcar a sua experiência no parto. Segundo as autoras, mulheres com experiências positivas durante o processo têm maiores chances de exercerem a maternidade de forma mais prazerosa do que outras que sofreram algum nível de violência obstétrica, além de acarretar importantes benefícios para o recém-nascido, como o desejo de amamentá-lo e protegê-lo.

Schneck et. al (2012) afirmam que o respeito à fisiologia do parto comporta o nascimento como algo que flui natural e involuntariamente, em que há uma maior necessidade de promoção do bem-estar físico e psíquico do binômio mãe-filho com o mínimo de interferências externas. Os autores declaram que isso implica em transformações necessárias na conduta dos profissionais de saúde, das rotinas hospitalares e dos espaços hospitalares para o parto humanizado.

Reforçando o conceito de parto humanizado, tem-se como definição o processo de assistência ao parto no qual se busca respeitar as opiniões e necessidades emocionais da mulher e de sua família como protagonistas do parto, adotando medidas benéficas e evitando práticas intervencionistas desnecessárias com a propósito de criar um momento especial e em condições de dignidade (CORAL, 2015).

Além dos benefícios físicos de um nascimento humanizado, o bem-estar emocional entra em jogo para o casal quando há a criação de um ambiente de calma e respeito, na qual há a participação e presença do pai sendo permitida depois do parto pelos profissionais envolvidos (INTRIAGO, 2018). Para o recém-nascido, por sua vez, verificou-se que o contato precoce entre mãe e filho, o aleitamento materno nas primeiras horas de vida promoveu o fortalecimento dos laços familiares (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

Barros (2015) afirma que é evidente na literatura que o parto humanizado traz uma série de benefícios para as mulheres, entre eles a verificação de resultados em que as gestantes declararam preferência pelo parto natural. Segundo o trabalho da autora, a principal razão por trás da escolha foi o esclarecimento sobre os aspectos positivos quanto aos riscos cirúrgicos, ao tempo de recuperação, à taxa de complicação materna e sobre o neonatal. Tal estudo conclui que a parturiente se sente integrada e responsável pelo nascimento do próprio filho, criando desde o princípio, vínculos fortes.

3.5 Fisioterapia Obstétrica

A gestação traz diversas alterações fisiológicas quanto anatômicas no corpo da mulher, podendo afetar os sistemas respiratório, endócrino, renal e principalmente o músculo esquelético (SANTOS ET. AL, 2020). As autoras afirmam que a fisioterapia obstétrica tem como finalidade justamente diminuir essas disfunções geradas pelas alterações orgânicas da gestante, por meio de ferramentas específicas que contribuem para o ajuste dessas alterações.

De acordo com Freitas (2017), a intervenção da fisioterapia obstétrica durante o parto, consiste em uma assistência de baixo risco para a mulher, além de valorizar a responsabilidade e o protagonismo da gestante no processo por meio da promoção do uso ativo do próprio corpo da parturiente. Segundo a autora, a função do fisioterapeuta que compõe a equipe de profissional de apoio ao parto, é principalmente preparar a gestante com orientações sobre as funções musculares mais utilizadas no processo, a fim de aliviar as dores e proporcionar um parto sem grandes intervenções.

O Fisioterapeuta está habilitado e respaldado legalmente para atuar na promoção de saúde da mulher e da criança, respeitando sempre as questões psicológicas, humanas e sociais,

além de ter o conhecimento de técnicas que agem em áreas específicas de mobilização corporal relacionado com movimentos estimulados na parturiente que induzem ao trabalho de parto natural esperado.

Vale ressaltar que o Decreto Lei nº 938/69 regulamenta o fisioterapeuta como profissional habilitado da área da saúde, tendo sua profissão reconhecida e regulamentada (MARINHA, EXÉRCITO, AERONÁUTICA; 1969). O Decreto Lei nº 90.640/84, por sua vez, define as atividades e as diversas áreas de atuação reconhecidas, como a fisioterapia clínica, permitindo o profissional da área aplicar seus conhecimentos adquiridos na sua formação para exercê-los em hospitais e salas pré-parto (CASA CIVIL; 1984).

3.5.1 Fisioterapia no auxílio ao parto vaginal

O profissional de fisioterapia é totalmente apto, além de respaldado legalmente, para atuar durante os procedimentos do trabalho de parto juntamente com a equipe obstétrica por dispor de conhecimentos voltados à fisiologia osteomuscular, além de poder contar com recursos focados na diminuição da percepção da dor, facilitando o trabalho de parto e contribuindo positivamente para a qualidade da prestação do atendimento para a parturiente (OLIVEIRA; SANTANA, 2019).

No decorrer do trabalho de parto, o assoalho pélvico da parturiente sofre mudanças severas para que o bebê consiga passar pelo canal vaginal (MENDES; MAZZAIA; ZANETTI, 2018). As autoras afirmam que as lesões obstétricas perineais mais comuns do processo ocorrem em virtude da condição dos tecidos moles, como a pele, a fáscia e os músculos, que não conseguem alcançar uma distensibilidade necessária para o parto sem lesões.

Ainda segundo Mendes, Mazzaia e Zanetti (2018), a distensibilidade dos tecidos envolvidos no trabalho de parto são essenciais na segunda fase do processo, na qual a pressão exercida sobre o assoalho pélvico pela cabeça do bebê é bastante elevada, juntamente com o aumento da pressão intra-abdominal que é necessária para auxiliar a expulsão do bebê.

Freitas (2017) afirma que no estágio inicial do trabalho de parto, o fisioterapeuta tem a função de orientar a gestante quanto às posturas que auxiliam na facilitação da dilatação, além de proporcionar alívio das dores por meio de recursos não farmacológicos, como as massagens. Segundo a autora, partindo para o estágio secundário, o fisioterapeuta terá que estimular a participação ativa da parturiente, indicando posturas e técnicas de respiração adequadas para facilitar o processo de expulsão do bebê.

Oliveira e Santana (2019), complementam o papel do fisioterapeuta no processo de parto. As autoras declaram que o profissional de fisioterapia, por justamente estudar e dispor de conhecimentos de biomecânica gestacional e das alterações musculoesqueléticas que ocorrem durante toda a gestação, deverá auxiliar a gestante na adoção de posturas na contração e no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico, muito utilizada no processo do parto.

3.5.2 Técnicas utilizadas para a facilitação do parto vaginal

A fisioterapia traz contribuições significativas para o processo de humanização do trabalho de parto. Tais contribuições são alcançadas por meio do suporte contínuo ou acompanhamento da parturiente pelo fisioterapeuta, além da utilização de recursos e técnicas que podem beneficiá-la com a diminuição da dor, promovendo um maior relaxamento, potencializando sua participação e do bebê no parto e dando uma maior importância para este momento (SACRAMENTO, 2019).

Moura, Ferreira e Fontes (2019, p.13) afirmam que “para que se realize o trabalho de parto é preciso o uso de diversas técnicas, as mais empregadas são: Deambulação e posicionamento, percepção respiratória, massagens, analgesia através da eletroestimulação (TENS) e banhos quentes.”

3.5.2.1 Exercícios na bola

A bola suíça, tem sido utilizada como opção de recurso para mulheres que desejam trabalhar em posição vertical durante o parto. Esse recurso reforça a importância das posições verticais para o conforto da mulher durante o parto. Gerando boa postura, estabilidade, opções de movimento e relaxamento pélvico. Além de promover o trabalho da musculatura do assoalho pélvico, que aumenta o diâmetro da pelve e auxilia na descida fetal (KUGUELLE et al., 2020).

Conforme Gois et al. (2020, p. 3) “ Usar a BS durante o parto é uma prática comum em hospitais que reconhecem a importância da humanização e do empoderamento das mulheres, por ser um recurso de baixo custo, reutilizável e não farmacológico.”

No estudo de da Cruz et al. (2020), o uso da bola suíça produziu resultados positivos, incluindo a redução do quadro de algia bem como a evolução positiva da dilatação cervical durante todo o processo do trabalho de parto, por conseguinte o tempo de trabalho de parto é reduzido, assim como a dor e a necessidade do consumo de fármacos pelas parturientes.

Adicionalmente a BS em conjunto com outras técnicas potencializa seus resultados, como por exemplo, a massagem, o banho de chuveiro, alongamentos e exercícios ativos de

circundação, anteversão e retroversão pélvica. Ademais, existem diferentes proporções e tamanhos (bola suíça, feijão, amendoim) de BS, logo esta pode se adequar a cada paciente (GOIS et al., 2020).

3.5.2.2 Deambulação e posicionamento

A deambulação é uma técnica fisioterapêutica que pode proporcionar à parturiente uma sensação de controle e domínio ao iniciar o trabalho de parto, promovendo uma distração e reduzindo por consequência a utilização de analgesia e evitando o processo da cesariana (SOUSA, 2018).

O estímulo à deambulação e às posturas ativas no parto também constituem uma estratégia de maior conforto para gestante e estão associados à um trabalho de parto menos demorado e sem grandes intervenções, além de não apresentar maiores repercussões danosas à mãe e ao bebê durante e após o procedimento realizado (SILVA; LUZES, 2015).

Segundo Sousa (2018) os estudos têm revelado que, fisiologicamente, é muito mais adequado para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em constante movimento durante o trabalho de parto, pois dessa maneira o útero se contrai de forma muito mais eficaz, na qual o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta se torna mais abundante e por consequência o trabalho de parto torna-se mais curto e com menos dor.

Outras posturas também podem ser estimuladas e auxiliadas pelo fisioterapeuta durante o processo, tais como: ajoelhada, sentada, quatro apoios, sentada em cadeiras especiais, inclinada para frente apoiada em uma parede, segurando-se a uma corda presa ao teto ou a uma barra, posição de Simms (decúbito lateral esquerdo) ou cócoras sustentadas (BAVARESCO, 2011). Segundo a autora, essas posturas podem ser utilizadas para proporcionar um maior relaxamento, principalmente da musculatura dorsal, do assoalho pélvico e do canal vaginal.

3.5.2.3 Percepção respiratória

Técnicas respiratórias são muito utilizadas e difundidas pelos fisioterapeutas, que as utilizam não apenas com parturientes, mas também em diversas técnicas e recursos utilizados nos tratamentos em geral. No que diz respeito ao trabalho de parto, as técnicas de percepção respiratória são utilizadas para proporcionar relaxamento, concentração, diminuição do risco de trauma perineal e melhorar a oxigenação sanguínea da mãe e do bebê (DUARTE; MEJIA, 2012).

Entre as inúmeras técnicas respiratórias, uma das mais admitidas e usadas durante o processo do parto é a respiração profunda e abdominal, na qual a parturiente de forma ativa inicia uma inspiração no intuito de ampliar a parede abdominal e abaixar o diafragma. Em seguida, a gestante realiza uma expiração lenta, contraindo os músculos abdominais, como se estivesse fazendo o movimento de apagar uma vela (FREITAS, 2017).

Ainda de acordo com Freitas (2017), esse exercício de respiração controla a agilidade da expiração promovendo a contração dos músculos abdominais. Segundo a autora, durante o período de expulsão do feto, a grávida deve realizar uma respiração profunda e logo após realizar uma apneia, exercendo assim força para a expulsão do bebe além de relaxar a musculatura perineal.

3.5.2.4 Massagem

Dando continuidade às técnicas de facilitação do parto humanizado, pode-se citar a massagem como uma das medidas não farmacológicas que podem ser utilizadas pelo profissional da fisioterapia. Bavaresco (2011), afirma que a massagem sempre foi uma das formas mais naturais de promover o alívio da dor, uma vez que essa técnica favorece o relaxamento muscular, tendo efeito analgésico e sedativo.

Silva e Luzes (2015) explicam que as massagens são aplicadas principalmente na região lombo-sacra e nas pernas da parturiente, que representam os locais onde as gestantes mais se queixam quando se referem ao quadro algico. Segundo os autores, a massagem na região perineal é bastante indicada, principalmente para as grávidas que apresentam maiores riscos de lacerações na região, principalmente para as mulheres que estão realizando seu primeiro parto vaginal. Ainda de acordo com os autores, com o relaxamento das fibras, a tensão local é aliviada, prevenindo assim a episiotomia.

Ainda segundo Bavaresco (2011), as técnicas de massagem, quando utilizadas corretamente pelo fisioterapeuta, proporcionam e desenvolvem uma consciência corporal elevada para a gestante, produzindo além da redução das dores do procedimento, uma série de benefícios emocionais que irão facilitar o processo do parto humanizado.

3.5.2.5 Eletroestimulação Transcutânea TENS

A eletroterapia também faz parte do leque de opções dos recursos fisioterapêuticos para o parto humanizado, destacando-se o aparelho de estimulação elétrica transcutânea nervosa (TENS) que quando utilizado, apresentou uma melhora significativa na dor a partir dos 4 cm

de dilatação cervical (SANTANA; 2016). O uso da TENS é uma técnica que consiste basicamente em administrar impulsos e estímulos elétricos de baixa voltagem através de eletrodos colocados sobre a pele na região lombar da parturiente (FREITAS, 2017).

De acordo com Kitchen (2003), a atuação da TENS ocorre através da teoria das comportas da dor, que são fechadas pela estimulação da corrente elétrica pelo aparelho das fibras A β que fazem parte do segmento espinal, sendo estes os mesmos que as fibras nociceptivas relacionadas com a sensação da dor. Isto posto, quando o estímulo atinge o cérebro, as comportas se fecham, impedindo que a informação nociva o atinja e, conseqüentemente, ocorrendo a redução da sensação de dor.

Cappeli (2018) afirma que a utilização da TENS na fase ativa do trabalho tornou possível a diminuição da intensidade da dor, além de proporcionar a otimização do grau de desconforto após os partos que contiveram um maior nível de intervenção. A autora relata que a técnica apresentou eficácia no decorrer do trabalho de parto, destacando a ação do procedimento no primeiro período do processo parturitivo. No entanto, apesar de acarretar a diminuição do quadro algico, a TENS não teve efeito no tempo do trabalho de parto.

Freitas (2017), por sua vez, afirma que o TENS surge como uma das técnicas mais utilizadas pelo fisioterapeuta para analgesia durante o parto vaginal, sendo considerado comprovadamente como um método seguro, de baixo custo e isento de efeitos colaterais. Segundo a autora, embora a técnica possa ser aplicada a qualquer momento do parto, a mesma apresenta maior efetividade nas fases iniciais do trabalho.

3.5.2.6 Banho quente

O banho quente também é um método muito utilizado para a assistência ao processo de parturição, seja na forma de aspensão ou imersão (BARBIERI, 2013). Segundo a autora, o banho quente favorece a atenção obstétrica para a parturiente, possibilitando uma reflexão crítica sobre o modelo intervencionista tanto praticado atualmente.

Ainda segundo Barbieri (2013), a ação principal da hidroterapia é reverter ou reduzir alguns efeitos negativos, como ansiedade e dor, no trabalho de parto, promovendo assim uma resposta de relaxamento, além de deprimir o sistema nervoso simpático e reduzir os níveis de catecolamina. Barbieri também afirma que a utilização dessa técnica reduz diversos parâmetros relacionados ao estresse além de anular os riscos causados por outros tratamentos

De acordo com Cruz (2020), o banho quente promove também uma estimulação cutânea de calor que oferece efeitos sistêmicos gerais que reduzem o quadro algico, quando utilizado

em uma intensidade e período de aplicação corretos. Segundo a autora, há duas maneiras de utilizar da termoterapia proveniente do banho quente, sendo o banho de aspensão e o banho de imersão ambos em 37° C. Ademais, essa técnica fornece a parturiente efeitos positivos na higiene, além de otimizar a circulação sanguínea por meio da vasodilatação e por consequência influenciando positivamente a oxigenação e o transporte de substâncias responsáveis pela diminuição da percepção dolorosa.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Revisões integrativas congregam grandes quantidades de resultados de pesquisas clínicas, discutindo as principais diferenças entre estudos primários que tratam do mesmo objeto (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

4.2 Critérios de Inclusão

No trabalho foram utilizados os seguintes descritores indexados aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): Fisioterapia, assistência no parto, parto e modalidades de fisioterapia. Que foram cruzados entre si pelo termo “AND” na LILACS, MADLINE, PUBMED e SCIELO. Os critérios de inclusão adotados foram artigos publicados em português e inglês entre os anos de 2011 e 2021, disponíveis na íntegra na base de dados online e que estiverem relacionados ao tema.

4.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os trabalhos que não contemplaram a temática estabelecida e/ou não estarem dentro do período escolhido, bem como publicações referentes a teses, dissertações, resumos de congresso, anais, editoriais, comentários, opiniões e artigos de revisões de literatura.

4.4 Benefícios da Pesquisa

A pesquisa tem o intuito de melhorar a compreensão do parto humanizado, voltada para assistência prestada pelo fisioterapeuta, com bases em material já existente em artigos científicos. A seleção dos artigos ocorreu no período de agosto a outubro de 2021, sendo norteada pela seguinte pergunta: de que forma a fisioterapia pode contribuir no preparo do parto vaginal?

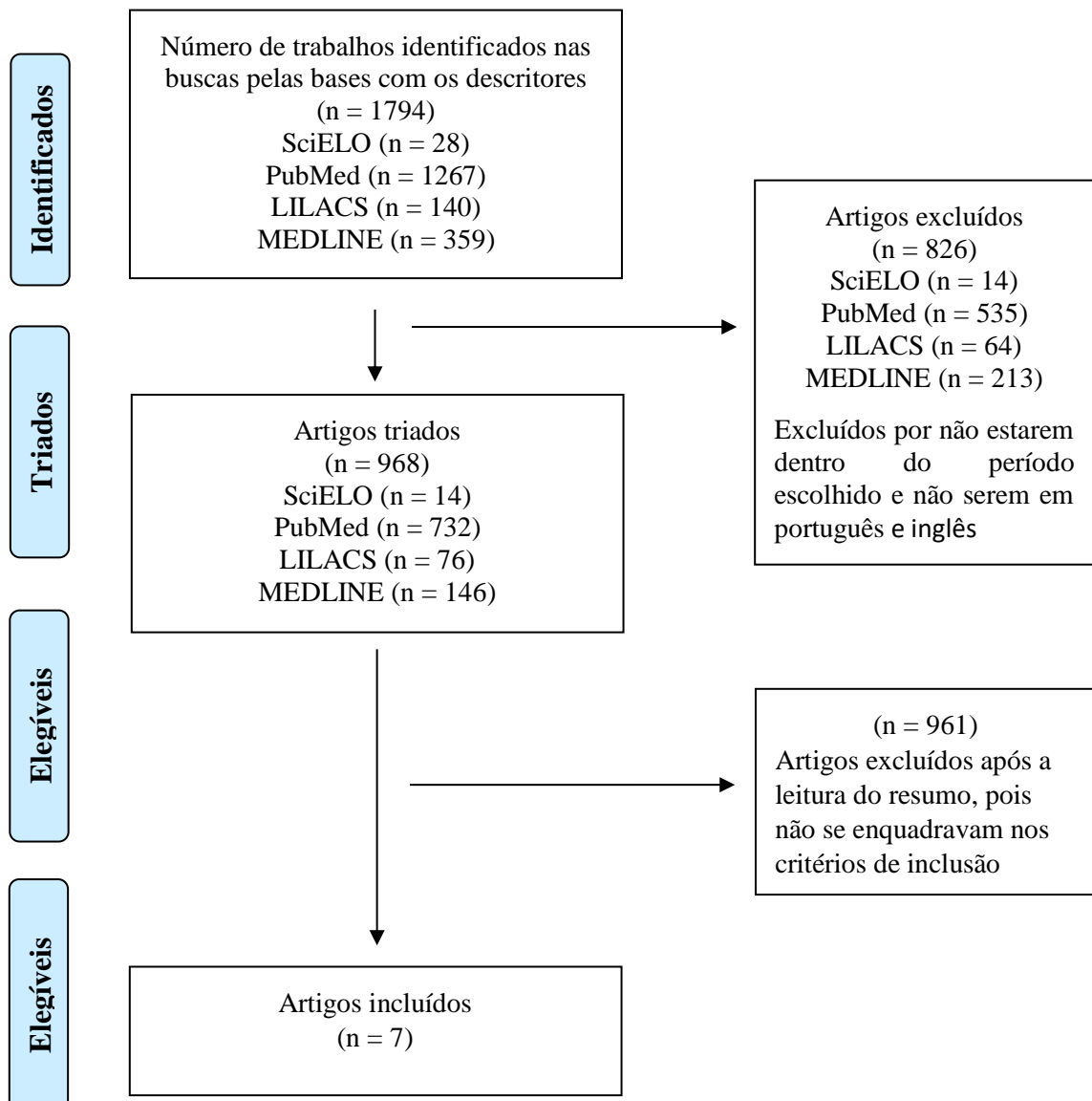
4.5 Instrumento da Pesquisa

Portanto, a construção dessa revisão obedeceu às seguintes etapas: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e de exclusão; 3) definição dos descritores, busca na literatura e coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos e discussão dos resultados; e 5) apresentação da síntese do conhecimento produzido (CUNHA; CUNHA; ALVES, 2014).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com as palavras-chave utilizadas para a busca nas bases de dados, foram encontradas 1794 publicações no total. Inicialmente, eliminaram-se 826 publicações nos filtros: publicações que não correspondiam ao período de 2011 a 2021, apenas artigos nos idiomas português e inglês, estudos com humanos e textos disponíveis gratuitamente. Após isso, foram lidos os títulos e resumos de 968 artigos, e, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se 7 artigos. Com isso, 961 artigos foram excluídos, e 7 artigos preencheram todos os critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão. Compreendendo na amostra final: 2 artigos da SciELO, 1 da LILACS, 3 da PubMed e 1 da MEDLINE. Todas essas informações foram resumidas no fluxograma feito a partir do método PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009).

Figura 1 – Fluxograma com os artigos encontrados nas bases de dados



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Tabela 3 - Artigos analisados de acordo com o tipo de estudo e idioma

ARTIGOS DENTRO DOS PARÂMETROS				
	NOME DO AUTOR E ANO	BASE DE DADOS	TIPO DE ESTUDO	IDIOMA
1	GAU et al, 2011	PubMed	Ensaio controlado randomizado	Inglês
2	CASTRO et al, 2012	Scielo	Quantitativo	Português
3	DE SOUZA ABREU et al, 2013	LILACS	Transversal	Português
4	GALLO et al, 2013	MADLINE	Ensaio randomizado	Inglês
5	GALLO et al, 2018	PubMed	Ensaio randomizado	Inglês
6	BORBA et al, 2021	Scielo	Qualitativa, descritiva e exploratória	Português
7	NJOGU et al, 2021	PubMed	Controlado randomizado	Inglês

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Tabela 4 - Descrição dos artigos incluídos na pesquisa em relação ao autor/ano, título e objetivo.

Nº	AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO
1	GAU et al, 2011	Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomized controlled trial in Taiwan	Examinar a eficácia e relação de um programa de exercícios com bola de nascimento e a dor no parto.
2	CASTRO et al, 2012	Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor	Avaliar os efeitos da abordagem fisioterapêutica no pré-parto e propor um protocolo de intervenção baseado na escala visual analógica (EVA) de dor.
3	DE SOUZA ABREU et al, 2013	Atenção fisioterapêutica no trabalho de parto e parto	Observar a visão das parturientes com relação à assistência fisioterapêutica no trabalho de parto e parto
4	GALLO et al, 2013	Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial.	Avaliar se a massagem alivia a dor na fase ativa do trabalho de parto
5	GALLO et al, 2018	Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labor pain, delays the use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomized trial	Analisar se a aplicação sequencial de intervenções não farmacológicas alivia a dor do parto, encurta o trabalho de parto e retarda o uso de analgesia farmacológica
6	BORBA et al, 2021	Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto	Verificar a percepção da puérpera frente à assistência fisioterapêutica recebida durante o trabalho de parto.
7	NJOGU et al, 2021	The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial	Determinar os efeitos da terapia TENS na primeira fase do trabalho de parto.

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Tabela 5 - Descrição dos artigos incluídos na pesquisa em relação ao autor/ano, título e técnicas aplicadas.

Nº	AUTOR/ANO	TÍTULO	TÉCNICAS APLICADAS
1	GAU et al, 2011	Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomized controlled trial in Taiwan	Exercícios na bola
2	CASTRO et al, 2012	Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor	Exercícios na bola, deambulação, técnicas respiratórias e uso da TENS
3	DE SOUZA ABREU et al, 2013	Atenção fisioterapêutica no trabalho de parto e parto	Massagem, alternância de decúbito, deambulação e uso da bola suíça
4	GALLO et al, 2013	Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial.	Massagem
5	GALLO et al, 2018	Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labor pain, delays the use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomized trial	Exercícios na bola, massagem e banho quente
6	BORBA et al, 2021	Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto	Massagem, banho e bola suíça
7	NJOGU et al, 2021	The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial	TENS

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

Tabela 6 - Descrição dos artigos incluídos na pesquisa em relação ao autor/ano, título e desfecho.

Nº	AUTOR/ANO	TÍTULO	DESFECHO
1	GAU et al, 2011	Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomized controlled trial in Taiwan	Estudo realizado com 48 participantes que fizeram o uso de exercícios na bola. O estudo revelou que, exercícios com a bola de parto proporcionaram melhoras significativas na redução do quadro algico.
2	CASTRO et al, 2012	Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor	A pesquisa contou com 10 parturientes. O protocolo fisioterapêutico proposto neste estudo, com base na EVA de dor mostrou ser de fácil aplicabilidade, podendo auxiliar o fisioterapeuta na escolha da conduta mais adequada à realidade da sala de pré-parto. A abordagem fisioterapêutica no pré-parto interferiu positivamente sobre a dor e o desconforto materno no grupo estudado.
3	DE SOUZA ABREU et al, 2013	Atenção fisioterapêutica no trabalho de parto e parto	A pesquisa feita com 5 puérperas permitiu concluir que a atuação fisioterapêutica durante o trabalho de parto foi importante para a diminuição da percepção de dor, bem como para o incremento da sensação de segurança e conforto.
4	GALLO et al, 2013	Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial.	O estudo contou com 46 mulheres grávidas. As participantes do grupo experimental receberam uma massagem lombar de 30 minutos por um fisioterapeuta durante a fase ativa do trabalho de parto. A massagem reduziu a gravidade da dor durante o trabalho de parto
5	GALLO et al, 2018	Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labor pain, delays the use of analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomized trial	Foram admitidas 80 mulheres que receberam uma série de três intervenções não farmacológicas aplicadas por 40 minutos de acordo com o grau de dilatação cervical. O estudo resultou numa diminuição significativa sobre a dor, refletindo na diminuição e atraso no uso de medicação analgésica.
6	BORBA et al, 2021	Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto	Foram incluídas 12 puérperas que receberam assistência fisioterapêutica. As puérperas relataram que a intervenção realizada trouxe segurança e proporcionou alívio da dor.
7	NJOGU et al, 2021	The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial	O grupo experimental contou com 161 participantes que tiveram escores de VAS estatisticamente mais baixos e demonstrou uma duração significativamente mais curta da fase ativa do trabalho de parto se comparado ao grupo controle.

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

No Estudo de Gau et al. (2011), foi constatado que o exercício na bola suíça diminuiu a dor do parto e aumentou a auto eficácia no parto, o uso da bola em conjunto com posições ereta resultou em menor duração do trabalho de parto no primeiro estágio. A bola de parto serviu como ferramenta de conforto para as parturientes, permitindo que elas alcançassem posições mais confortáveis para melhorar o andamento do trabalho de parto.

A bola suíça, também é conhecida como bola do nascimento, bola bobath, gym ball, birth ball, fit ball, ballness, prana ball, pezzi ball, stability balls, exercise balls, physio-balls, entre outros termos. É um recurso que estimula a posição vertical, permite liberdade na aplicação de diferentes posições, possibilita o exercício do equilíbrio pélvico devido às propriedades físicas psicologicamente benéficas, além de possuir baixo custo financeiro (SILVA, et al., 2011).

Ainda na pesquisa de Gau et al. (2011), foram aplicadas o uso de escalas para um controle rápido da dor. Tais como, Escala Visual Analógica (EVA), que consiste de uma linha reta, não numerada, onde uma extremidade corresponde à “ausência de dor”, e a outra a “pior dor imaginável” (PESSI; DA COSTA; PISSAIA, 2018). A Escala de Resposta Verbal (VRS), que mede 11 qualidades sensoriais e quatro qualidades afetivas da dor, classificadas como nenhuma, leve, moderada ou grave. E a Escala de Intensidade da Dor Presente (PPI). O PPI mede a intensidade da dor em uma escala numérica de 0 a 5 de 'sem dor' (0) a 'excruciante' (5), Em todas houve pontuações significativamente mais baixas no grupo de intervenção em comparação ao grupo controle.

Já no estudo de Castro; Castro; Mendonça (2012), foi tido como referência a escala de EVA para acatar quais métodos não farmacológicos seriam aplicados no alívio da dor durante o trabalho de parto. A vista disso, foram executados exercícios com bola, exercícios de retroversão e anteversão pélvica, deambulação associada a técnicas respiratórias as que corresponderam ao nível de dor na EVA (1–3). Referente a dores pontuadas entre 4 e 7 acrescentou-se a massoterapia junto as supracitadas. Dores entre 8 e 10 procederam a exercícios respiratórios: incursões inspiratórias e expiratórias prolongadas com uso de TENS de forma tetrapolar cruzada na região lombar. Essas abordagens interferiram positivamente sobre a dor e o desconforto materno no grupo estudado.

A TENS é um método de estimulação dos nervos periféricos usado para alívio de dores. A intensidade e a voltagem são determinadas pela resposta do indivíduo. No nível sensorial, a intensidade do aparelho é aumentada até que o paciente sinta um formigamento confortável, sem espasmos motores. O princípio deste método é baseado na teoria das comportas, criada por

Melzack e Wall. Os impulsos são transmitidos por fibras classe A, grandes e de movimento rápido. Por outro lado, os estímulos dolorosos transmitidos pelas fibras menores, do tipo C, de movimento lento, são de fato uma competição entre essas fibras nervosas (CAPPELI, 2018).

Com o objetivo de investigar a terapia com TENS no início do trabalho de parto ativo (dilatação cervical de 4 cm) até o segundo estágio do trabalho de parto, Njogu et al. (2021), teve como resultado primário a redução da intensidade da dor avaliada pela escala visual analógica (VAS). Ademais, demonstrou uma duração estatisticamente significativa mais curta da fase ativa do trabalho de parto, indicando que a TENS pode ser utilizada como terapia não farmacológica para reduzir a dor e encurtar a primeira fase do trabalho de parto.

Por outro lado, na pesquisa de Gallo et al (2013), observou-se que o efeito da massagem por 30 min no início da fase ativa do trabalho de parto e durante as contrações uterinas contribui para o manejo da dor. A massagem na região lateral do tronco associado à pressão sacral resultou na mudança da gravidade da dor no final do período de intervenção. Quanto à satisfação com o fisioterapeuta, todas as participantes concordaram que a qualidade da assistência recebida durante o trabalho de parto foi fundamental.

De acordo com Silva et al. (2021), a massagem provoca a liberação de endorfina, que aumenta o fornecimento de nutrientes à placenta e, assim, alivia a dor. Como resultado, a parturiente recebe alívio da dor, bem como relaxamento muscular, resultando em efeito sedativo.

Em conformidade com os estudos supracitados, de Sousa Abreu et al (2013), constatou a utilização de recursos como massoterapia, alternância de decúbitos, deambulação e posições na bola, como recursos não farmacológicos influenciaram de forma positiva a tolerância da parturiente a dor. Também foi apurado que, posições verticais foram tidas como mais confortáveis no processo de parturição, resultando em evolução na dilatação e redução da duração do trabalho de parto. Ao serem questionadas sobre a assistência do fisioterapeuta, todas afirmaram que a presença deste foi importante ao longo do trabalho de parto, pois se sentiram mais confiantes e encorajadas.

O uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor é uma boa prática que deve ser incentivada. Assim, para a OMS é essencial que se implemente métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto nas instituições, pois são mais seguros e requerem menos intervenções (SILVA, et al., 2018).

O fisioterapeuta, por seu conhecimento dos processos fisiológicos e função muscular, inclusive durante o período gravídico-puerperal, é um profissional que pode contribuir

positivamente na assistência à parturiente, acelerando e facilitando o processo de dilatação uterina. Dessa forma, o papel do fisioterapeuta é preparar a gestante, fornecendo-lhe informações e orientações sobre a musculatura do assoalho pélvico, orientando-a sobre a melhor posição para o alívio da dor, realizando exercícios respiratórios e promovendo assistência humanizada neste momento (DA SILVA NETO et al., 2020).

Na análise de Gallo et al. (2018), um conjunto de intervenções não farmacológicas (exercícios com bola suíça, massagem e banho quente com a água a 37-C) aplicadas por 40 minutos de acordo com o grau de dilatação cervical, sucedeu a diminuição da intensidade da dor. As intervenções foram administradas, consecutivamente, durante o período de 4 a 5 cm de dilatação cervical, de 5 a 6 cm e por fim a última intervenção quando se atingiu 7 de dilatação. Os exercícios na bola suíça consistiam na movimentação da cintura pélvica, com anteverção e retroversão ativas, inclinação lateral, circundação e propulsão da pelve.

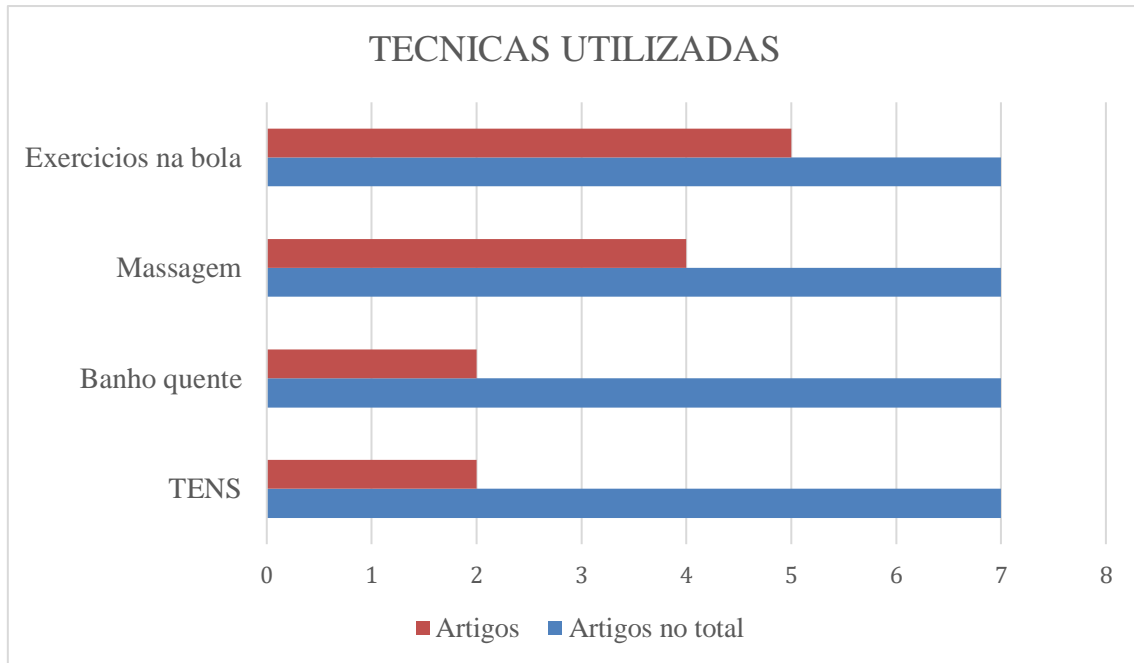
O banho quente tanto de aspensão quanto de imersão, causa um efeito relaxante nas parturientes ocasionando o alívio da dor, diminuição de ansiedade e estresse, e também uma melhoria do padrão das contrações uterinas. As terapias de banho quente a uma temperatura de aproximadamente 37,0° provocam uma estimulação cutânea capaz de diminuir os níveis de hormônios neuroendócrinos ligados ao estresse (CAVALCANTI et al., 2019).

Segundo Teodoro et al. (2021), os efeitos fisiológicos da termoterapia superficial incluem vasodilatação, aumento do fluxo sanguíneo e aumento da extensibilidade do colágeno. O uso do calor reduz a atividade simpática alterando a transmissão nociceptiva, elevando os níveis de endorfinas e, portanto, reduzindo a sensibilidade à dor.

Borba et al. (2021), apontam que à assistência fisioterapêutica recebida durante o TP, ajudou neste momento, como suporte emocional, trazendo segurança e contribuindo para o alívio da dor. De maneira totalitária o estudo traz que, a assistência fisioterapêutica auxiliou para a redução da dor durante o TP, além disto, foi citada pelas parturientes a aplicação de massagem, banho e a bola como os principais meios para proporcionar este alívio, também contribuindo para o suporte das mesmas.

Com relação aos recursos utilizados o gráfico 1 apresenta as principais técnicas encontradas nos artigos analisados que contribuíram com maior ênfase no processo do parto normal.

Gráfico 1 – Técnicas utilizadas nos artigos analisados.



Fonte: Dados da pesquisa (2022)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos artigos selecionados foi constatado que a atuação fisioterapêutica colaborou diretamente na assistência ao parto durante sua fase ativa. O uso da bola suíça, massagem, banho quente e da TENS encontrados nos artigos, contribuíram positivamente na atenuação do quadro algico, bem como incremento da sensação de segurança e conforto, favorecendo uma experiência de parto mais positiva e humanizada segundo as mulheres assistidas.

O fisioterapeuta adentra como integrante da equipe, de forma a facilitar o trabalho de parto tendo por função aliviar os desconfortos da parturiente, orientá-la e educá-la, fazê-la sentir-se segura e confiante e incentivá-la a reconhecer que seu corpo pode ser uma ferramenta para facilitar o trabalho de parto. Contudo, são necessários mais estudos abordando esse tema, para que assim façam-se maiores constatações e aplicações das técnicas oferecidas pelos fisioterapeutas.

7. REFERÊNCIAS

ABREU, Ana Luiza Nunes et al. Significados e sentidos sobre parto e nascimento dos participantes de uma exposição interativa. 2019.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2014.

ARAÚJO, Agostinho Antônio Cruz et al. Kristeller maneuver: is there benefit in this technique?/Manobra de kristeller: há benefício nesta técnica?. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 13, p. 276-281, 2021.

BARBIERI, Márcia et al. Banho quente de aspensão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 5, p. 478-484, 2013.

BARROS, Laiane Pereira et al. O parto humanizado e o seu impacto na assistência à saúde The humanizing delivery and it's impact on the health care. Revista educação em saúde, v. 3, n. 2, 2015.

BAVARESCO, Gabriela Zanella et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 3259-3266, 2011.

BERNARDES, Amanda Paula. Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde: estratégias de implantação e fortalecimento da diretriz" participação social". In: Política Nacional de Humanização na Atenção Primária à Saúde: estratégias de implantação e fortalecimento da diretriz" participação social". 2018. p. 48 f-48 f.

BORBA, Eliza Orsolin de; AMARANTE, Michael Vieira do; LISBOA, Débora D. Assistência fisioterapêutica no trabalho de parto. Fisioterapia e Pesquisa, v. 28, p. 324-330, 2021.

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 27, n. 2, p. 485-502, 2020.

BRANTI, JAQUELINE CORDEIRO; RONCONI, Fabíola de Souza. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA O DIREITO DA MULHER ASSISTÊNCIA AO PARTO. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agenda de Prioridades de Pesquisa Do Ministério Da Saúde-APPMS. 2018.

CAPPELI, Angela Juliana. Estudo randomizado do uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no alívio da dor no trabalho de parto. 2018.

CARDOSO, Daniela de Campos et al. A importância do parto humanizado: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 41, p. e2442-e2442, 2020.

CASA CIVIL. Decreto nº 90.640, de 10 de dezembro de 1984. Inclui categoria funcional no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências. [S. l.], 10 dez. 1984.

CASTRO, Amanda de Souza; CASTRO, Ana Carolina de; MENDONÇA, Adriana Clemente. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 19, p. 210-214, 2012.

CAVALCANTI, Ana Carolina Varandas et al. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Revista gaúcha de enfermagem*, v. 40, 2019.

CORAL, Gabriela del Pilar Vela. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. 2015.

CRUZ, Carolline Bittencourt da et al. Recursos fisioterapêuticos aplicados no trabalho de parto natural humanizado: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 41, p. e2731-e2731, 2020.

CUNHA, Pedro Luiz Pinto da; CUNHA, Claudineia Silveira; ALVES, Patrícia Ferreira. *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte: COPYRIGHT, 2014.

DA CRUZ, Carolline Bittencourt et al. Recursos fisioterapêuticos aplicados no trabalho de parto natural humanizado: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 41, p. e2731-e2731, 2020.

DA SAÚDE, M. *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde*. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf>.

DA SILVA NETO, Fernando Soares et al. Satisfação de mulheres atendidas pelo serviço de fisioterapia durante o trabalho de parto. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, p. e765974801-e765974801, 2020.

DA SILVA, Helen Carla Freire; LUZES, Rafael. Contribuição da Fisioterapia no Parto Humanizado. *Alumni-Revista Discente da UNIABEU-ISSN 2318-3985*, v. 3, n. 6, p. 25-32, 2015.

DE ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira et al. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. *CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO*, v. 9, n. 4, p. 12-27, 2020.

DE CAMPOS CARDOSO, Daniela et al. A importância do parto humanizado: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 41, p. e2442-e2442, 2020.

DE SANTANA, Ana Clara Cruz Santos et al. O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO. Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE, v. 5, n. 3, p. 155, 2019.

DE SOUZA ABREU, Nathalia et al. Atenção fisioterapêutica no trabalho de parto e parto. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais-Animais e Humanos Interdisciplinary Journal of Experimental Studies, v. 5, 2013.

DE SOUZA, Ana Paula Kovalski; DA SILVA RAMOS, Daysi Jung. Fisioterapia e humanização do parto: uma análise a partir de documentos oficiais da saúde. Revista Fisioterapia & Reabilitação, v. 1, n. 1, p. 11-23, 2017.

DO NASCIMENTO ROCHA, Cássia Abigail; LYRA, Maria Angela Villachan. A humanização do parto. 2016

DO NASCIMENTO, José Alberto Silva et al. COMPREENDENDO A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE. Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 2, n. 4, p. 102-102, 2021.

DOS SANTOS, Rafaela Ayanne Alves; DE MELO, Mônica Cecília Pimentel; CRUZ, Daniel Dias. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. Cadernos de Cultura e Ciência, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015

DUARTE, Kallyne Vasconcelos; MEJIA, Dayana Priscila Maia. Fisioterapia no trabalho de parto: uma revisão literária. 2012.

FELIX, Eliziane da Silva Pinheiro; DE ANDRADE, Lidinea Oliveira; GOMES, Liane Oliveira Souza. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO NO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (SISPRENATAL). Textura, v. 10, n. 18, p. 53-59, 2017.

FERNANDES, Roberta Zanelli Sartori; VILELA, Maria Filomena de Gouveia. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 4457-4466, 2014.

FRANCISCO, Bruna de Souza et al. Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. Revista Mineira de Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 567-583, 2015.

FREITAS, Andressa et al. Atuação da fisioterapia no parto humanizado. DêCiência em Foco, v. 1, n. 1, 2017.

GALLO, Rubneide Barreto Silva et al. A aplicação sequencial de intervenções não farmacológicas reduz a gravidade da dor do parto, atrasa o uso de analgesia farmacológica e melhora alguns resultados obstétricos: um estudo randomizado. Revista de fisioterapia, v. 64, n. 1, pág. 33-40, 2018.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, p. 183-184, 2014.

GAU, Meei-Ling et al. Efeitos do exercício com bola de nascimento na dor e autoeficácia durante o parto: um estudo controlado randomizado em Taiwan. *Obstetrícia*, v. 27, n. 6, pág. e293-e300, 2011.

GOIS, Fabiana da Luz Moura et al. O uso da bola suíça no alívio da dor no trabalho de revisão: sistemática. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 9, n. 7, pág. e50973783-e50973783, 2020.

GUERRA, Heloísa Silva et al. Análise das ações da rede cegonha no cenário brasileiro. *Iniciação Científica Cesumar*, v. 18, n. 1, p. 73-80, 2016.

INTRIAGO, Mariela G. Macías et al. Importancia y beneficios del parto humanizado. *Dominio de las Ciencias*, v. 4, n. 3, p. 392-415, 2018.

JAMAS, Milena Temer; HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 12, p. 2436-2446, 2013.

KITCHEN, Sheila; BAZIN, Sarah. Eletroterapia: prática baseada em evidências / organizado por Sheila Kitchen ; após consulta prévia com Sarah Bazin; [tradução da il.ed. original Lilia Breternitz Ribeiro; revisão científica Raquel Casarotto]. - 2.ed. - Barueri, SP : Manole, 2003

KUGUELLE, Thais et al. Atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto: revisão da literatura e proposta de manual de orientação. *Fisioterapia Brasil*, v. 21, n. 5, 2020.

MAIA, Vivian Kecy Vieira et al. Evaluation of process indicators of the prenatal and birth humanization program and stork network Avaliação dos indicadores de processo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e da Rede Cegonha. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 9, n. 4, p. 1055-1060, 2017.

MARIAN, Daniela Cristina; BARROS, Arthur Garcia da Silva; FLACH, Jéssica Klein. Evolução temporal dos partos cesáreos e dos fatores maternos associados no Brasil no período de 2000 a 2015. *Medicina-Pedra Branca*, 2018.

MATIAS, Maria Claudia Souza; VERDI, Marta Inez Machado; FINKLER, Mirelle. A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 1, p. 55-75, 2016.

MEDEIROS, Adriana. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1171-1183, 2018.

MENDES, Nathalia Antal; MAZZAIA, Maria Cristina; ZANETTI, Miriam Raquel Diniz. Análise crítica sobre a utilização do Epi-No na gestação e parto. *ABCS Health Sciences*, v. 43, n. 2, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), [S. l.], 7 jan. 2015.

MINISTROS DA MARINHA DE GUERRA, DO EXÉRCITO E DA AERONÁUTICA MILITAR. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. [S. l.], 13 out. 1969.

MONTEIRO, Manoela Costa de Melo; HOLANDA, Viviane Rolim de; MELO, Geyslane Pereira de. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 7, 2017.

MOURA, Luna Rhara Martins; FERREIRA, Antonia Maria Pereira; FONTES, Livio Adriano Xavier. Atuação fisioterapêutica no trabalho de parto vaginal: Revisão Bibliográfica. *Revista da FAESF*, v. 3, n. 4, 2019.

NEVES, Matheus Neves et al. Resgate histórico do desenvolvimento da Medicina Comunitária. *Revista de saúde*, v. 8, n. 1 S1, p. 39-39, 2017

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4531-4546, 2020.

NJOGU, Anne et al. Os efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea durante o primeiro estágio do trabalho de parto: um estudo controlado randomizado. *BMC Gravidez e Parto*, v. 21, n. 1, pág. 1-8, 2021.

NOVAIS SANTOS, Gabriela; SILVA SOUSA, Rutiely. Prática da episiotomia nos dias atuais: revisão da literatura brasileira. 2020.

OLIVEIRA, Aline Cristina Motta de; SANTANA, Patrícia Caroline. A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA PRESTADA À PARTURIENTE DURANTE O PARTO. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 10, n. 1, p. 157-167, 2019.

PEREIRA, Jéssica Souza et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. 2016.

PEREIRA, Raoni Paiva. Política Nacional de Humanização (PNH) aplicada aos serviços hospitalares: revisão de literatura e análise das estratégias utilizadas para efetivação da humanização nos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) com ênfase na atuação de Grupos de Trabalho em Humanização (GTHs). 2019. Dissertação de Mestrado. Brasil.

PESSI, Rafaela; DA COSTA, Arlete Eli Kunz; PISSAIA, Luís Felipe. Implantação da escala visual analógica da dor em um ambulatório de baixa complexidade de uma Instituição de Ensino Superior. *Research, Society and Development*, v. 7, n. 8, p. 778330, 2018.

PICHETH, Sara Fernandes; CRUBELLATE, João Marcelo; VERDU, Fabiane Cortez. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1063-1082, 2018.

REBELLO, Maria Tereza Maia Penido; RODRIGUES NETO, João Felício. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. 2, p. 188-197, 2012.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev. enferm. UERJ*, p. 77-83, 2011.

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 44, p. 556-568, 2020.

Rubneide Barreto Silva et al. Massagem reduziu a gravidade da dor durante o trabalho de parto: um estudo randomizado. *Revista de fisioterapia*, v. 59, n. 2, pág. 109-116, 2013.

SACRAMENTO, Marvyn de Santana et al. A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PARTO HUMANIZADO. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 6, n. 1, p. 75-75, 2019.

SALESIANO, Centro Universitário Católico et al. A importância da intervenção fisioterapêutica na assistência do trabalho de parto. 2015.

SANTANA, Licia Santos et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, v. 62, n. 1, p. 29-34, 2016.

SANTOS, Gabrielle Silva et al. O NÍVEL DE CONHECIMENTO DE MULHERES GRÁVIDAS SOBRE A FISIOTERAPIA DURANTE A GRAVIDEZ E NO TRABALHO DE PARTO. *Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia*, v. 8, n. 2, p. 34-43, 2020.

FERREIRA, Maria Alice Alves; PAULA, Monielly Bárbara de; MOREIRA, Elisângela Schmitt Mendes. O NÍVEL DE CONHECIMENTO DE MULHERES GRÁVIDAS SOBRE A FISIOTERAPIA DURANTE A GRAVIDEZ E NO TRABALHO DE PARTO. *Xix Mostra Acadêmica Do Curso De Fisioterapia, Anápolis, Goiás*, v. 8, n. 2, p. 34-43, 5 dez. 2020.

SANTOS, Rafaela Ayanne Alves dos; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; CRUZ, Daniel Dias. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Cultura e Ciência*, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015.

SCHNECK, Camilla Alexandra et al. Resultados maternos y neonatales en centro de parto normal peri hospitalario y hospital. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 77-86, 2012.

SILVA, Ana Carolina Lima et al. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 19, 2017.

SILVA, Bruna Lemos et al. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DURANTE TRABALHO DE PARTO: PERCEPÇÃO DAS MULHERES: NON-PHARMACOLOGICAL METHODS FOR LABOR: WOMEN PERCEPTION. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, v. 8, n. 24, p. 54-64, 2018.

SILVA, Helen Carla Freire da; LUZES, Rafael. Contribuição da Fisioterapia no Parto Humanizado. *Alumni-Revista Discente da UNIABEU-ISSN 2318-3985*, v. 3, n. 6, p. 25-32, 2015.

SILVA, Lia Mota et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 656-662, 2011.

SILVA, Wellen Santos et al. A IMPORTANCIA DA FISIOTERAPIA PARA A REDUÇÃO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO. *Revista Liberum accessum*, v. 11, n. 1, p. 7-12, 2021.

SOUSA, Clorismar Bezerra de et al. Atuação da fisioterapia para a redução do tempo no trabalho de parto vaginal. *Scire Salutis*, v. 8, n. 2, p. 123-128, 2018.

SOUZA, Juliana Borges. “Parto humanizado e o direito da escolha”: análise de uma audiência pública no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 27, n. 4, p. 1169-1186, 2020.

TEODORO, Camila; OLIVEIRA, Iara; MIRANDA, Miguel. Efeitos da termoterapia superficial na dor do trabalho de parto. 2021.

VELOSO, Ana Cecília Fragoso et al. Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização no centro obstétrico. *Nursing (São Paulo)*, p. 4570-4579, 2020.