

**Um estudo de revisão sobre os benefícios do atendimento humanizado da
fisioterapia durante o parto**

A review study on the benefits of humanized physical therapy assistance during childbirth

Bruna Luiza Cidral da Veiga¹, Jéssica Ladir dos Santos², Paula Marihá Fagundes³,
Nathália Capra Rath⁴.

¹ Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, Departamento de Fisioterapia, Itajaí
- SC, Brasil, e-mail: brunacidral@gmail.com;

² Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, Departamento de Fisioterapia, Itajaí
- SC, Brasil, e-mail: jessica.ladir@gmail.com;

³ Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, Departamento de Fisioterapia, Itajaí
- SC, Brasil, e-mail: paulamariha@gmail.com;

⁴ Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, Departamento de Fisioterapia, Itajaí -
SC, Brasil, e-mail: nathaliacapra@gmail.com;

Nome e endereço completo do autor correspondente

Nathália Capra Rath

Rua Brusque, n. 162, centro

Campus - Itajaí

Itajaí - SC

CEP 88303-000

e-mail: nathaliacapra@gmail.com

Título curto: Atendimento humanizado da fisioterapia no parto

Conflito de interesse: nada a declarar

Fonte de Financiamento: nada a declarar.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer inicialmente pelas nossas respectivas famílias, às quais nos apoiaram grandemente durante essa trajetória ao longo do curso. Sem esse apoio, não seria possível termos ultrapassado todos os obstáculos encontrados nesse período.

Além disso, agradecemos em especial a nossa orientadora pelo incentivo, correções e pela dedicação do seu tempo ao nosso projeto de pesquisa.

Por fim, também somos imensamente gratas às pessoas com quem convivemos durante esses anos de curso, às quais nos incentivaram e que certamente tiveram impacto em nossa formação acadêmica.

RESUMO

Nos últimos anos, a alta da violência obstétrica no Brasil tem fomentado medidas de contenção de danos à parturientes. Assim, a atuação profissional tem seu foco voltado à prestação de um atendimento humanizado. Dentro deste contexto, destaca-se a presença do fisioterapeuta durante a gestação, trabalho de parto e pós-parto. O profissional atua através de uma relação direta com a gestante, proporcionando conforto emocional, alívio do quadro algico e redução do tempo do parto. Tudo isso através de técnicas respiratórias, cinesiológicas e recursos externos, como massagens e termoterapia. Desta forma, o objetivo geral do presente estudo foi evidenciar a importância da atuação fisioterapêutica diante da humanização do parto. Por meio de uma análise crítica de artigos publicados recentemente acerca do tema, pôde-se realizar esta revisão integrativa. Verificou-se que a fisioterapia possui resultados satisfatórios no que diz respeito ao alívio da dor do parto e redução do tempo de expulsão, além de grande aceitação por parte das gestantes.

Palavras-chave: atendimento humanizado, fisioterapia em obstetrícia, fisioterapia na assistência à parturiente, parto humanizado.

ABSTRACT

In recent years, the rise in obstetric violence in Brazil has encouraged measures to contain damage to parturients. Thus, professional performance is focused on providing humanized care. Within this context, the presence of the physical therapist during pregnancy, labor and postpartum stands out. The professional works through a direct relationship with the pregnant woman, providing emotional comfort, relief from pain and reducing the time of delivery. All through respiratory, kinesiological techniques and external resources, such as massages and thermotherapy. Thus, the general objective of the present study was to highlight the importance of physical therapy in the face of the humanization of childbirth. Through a critical analysis of recently published articles on the subject, this integrative review could be carried out. It was found that physiotherapy has satisfactory results in terms of relieving labor pain and reducing the time of expulsion, in addition to great acceptance by pregnant women.

Keywords: humanized care, physiotherapy in obstetrics, physiotherapy in parturient care, humanized delivery.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, os cuidados voltados à maternidade e a humanização do processo de parto estão sendo cada vez mais enfatizados ao redor do globo. Assim, os profissionais de saúde são incentivados a cuidarem das mulheres de maneira que seus direitos como seres humanos sejam respeitados, levando dignidade e acolhimento para estas pacientes (MSELLE et. al, 2019).

Historicamente, o parto e o nascimento não eram considerados atos médicos, pertencendo somente ao ambiente doméstico e frequentemente composto por mulheres com outras mulheres — parteiras. De meados do século XVII até seu estabelecimento no século XX, a medicalização do parto foi tomando forma, de maneira que o lugar da parteira foi cedido ao médico-parteiro (PALHARINI e FIGUEIRÔA, 2018).

Concomitantemente, novas intervenções foram surgindo no ciclo gravídico-puerperal, onde a mulher passou a ser submetida a novos procedimentos, muitas vezes inapropriados e dispensáveis, além de ter sua privacidade invadida e vontade invalidada (POSSATI et al., 2017).

Segundo levantamento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) denominado “Projeto Nascer”, de 2012, evidencia-se que 30% das mulheres atendidas em hospitais privados sofrem violência obstétrica, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS) a taxa é de 45%. Atualmente, conforme o “Projeto Nascer 2” (2020), estima-se que os números tenham aumentado, embora a atualização do estudo ainda não tenha sido divulgada.

Além dos casos de violência obstétrica, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (2020) afirma que o Brasil, de 1996 a 2018, registrou 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sendo que 67% decorreram de causas obstétricas diretas, classificadas como complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

No Brasil, o parto normal está associado à figura de dor e sofrimento que, devido ao caráter fisiológico do evento, impõe à mulher um comportamento de superação frente à dor do trabalho de parto. A dor, interpretada socialmente como parte da natureza do evento, gera conflitos de natureza afetiva, emocional e metabólica. Além disso, favorece a representação feminina do parto com base em medos e mitos como, por exemplo, a crença de que a cesárea decidida e agendada com antecedência proporcionará um “parto sem dor” (CARVALHO, 2010).

O autor ainda cita que a dor do trabalho de parto envolve uma complexidade de respostas neurocomportamentais ao estímulo algico e fornece uma característica pessoal e única à dor sentida. A relação de causa e efeito nessa situação nem sempre corresponde, na prática, à uma resposta clínica, pois o que importa, nesse caso, é entender a algia vivenciada pela parturiente e amenizá-la (CARVALHO, 2010).

As representações sociais sobre a parturição congregam diversos conteúdos que, ao final, estão sempre simbolizados por sentimentos de apreensão, dúvidas e, dentre tantos outros, o maior deles: o medo da dor e suas repercussões, o que acaba colocando a mulher numa posição de “refém”. O último trimestre de gravidez é caracterizado pelo

aumento do nível de ansiedade em razão da expectativa com a proximidade do parto. Numa ascendência gradativa, essa ansiedade aumenta sensivelmente nos dias que antecedem a data provável. Essa fase, portanto, é caracterizada pelos vários medos que envolvem e fragilizam a mulher (MALDONADO, 2002).

Tanto a violência obstétrica quanto a mortalidade materna evidenciam uma ampla falha no sistema de saúde. Em concordância com Souza et. al (2019), as causas mais frequentes são o despreparo institucional e profissional, autoritarismo/hierarquização dentro a equipe, medicalização da assistência, nível socioeconômico e escolaridade das mulheres, e negação ou não reconhecimento da violência obstétrica.

Para evitar que ambos os casos se concretizem, é necessária uma participação ativa do sistema de saúde e de toda a equipe que dispensa cuidados à reprodução, gestação e pós-parto (FERNANDES et. al, 2019).

Outrossim, a equipe multidisciplinar tem uma importância crucial durante o processo de parturição e deve agir de maneira correspondente a um acompanhamento adequado. É de suma importância proporcionar a compreensão das gestantes nos procedimentos realizados, mostrando que o atendimento humanizado oferecerá uma qualidade melhor de vida no pós-parto tanto para ela, quanto para o bebê (SILVA et al., 2019).

Nesta esteira, a atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto é íntegra, ocorrendo do pré parto até o fim do processo, tornando-se uma abordagem de extrema importância na redução significativa do quadro algico. A fisioterapia classifica-se como um

tratamento livre de medicamentos farmacológicos, além de agilizar a dilatação para uma rápida expulsão do bebê, dentre outros benefícios à puérpera (CUNHA e CAMPOS, 2020).

Diante da infame notoriedade dos números de violência obstétrica e suas consequências, esse estudo se faz pertinente para expressar uma melhor compreensão acerca do atendimento humanizado do fisioterapeuta durante o parto, salientando seus benefícios no ciclo gravídico-puerperal. Desta forma, o objetivo geral da presente pesquisa foi evidenciar a importância da atuação fisioterapêutica diante da humanização do parto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O TRABALHO DE PARTO

Segundo Oliveira e Santana (2019), entende-se por parto um processo fisiológico que abrange tanto influências maternas quanto fetais e caracteriza-se pela fase final do ciclo gestacional, quando o feto gerado dará início a uma vida independente fora do corpo da mãe.

Pode-se definir o parto através de duas vias: **fisiológico** (natural) e **cirúrgico** (cesariano) (PRATES et. al, 2020). O parto natural consiste na saída do bebê pelo canal vaginal, sem nenhuma intervenção cirúrgica, ocorrendo da maneira mais singela possível (Chacam, 2010, citado por Cunha e Campos, 2020).

Em relação ao parto cesariano, é aquele que é realizado através de intervenção cirúrgica. As indicações para realização do parto cirúrgico estão relacionadas à fatores maternos e fetais. Os fatores maternos abrangem doenças infecciosas, síndromes hemorrágicas ou indicações clínicas, enquanto dentre os fetais estão a apresentação fetal incomum, sofrimento fetal agudo devido à bradicardia, presença de mecônio, entre outros (NOVO, et al. 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2018), a escolha do parto cesariano responde por mais de um em cada cinco partos. Em adição, Diniz (2021) afirma que Brasil é o segundo país com a maior taxa de cesáreas do mundo, ultrapassando 55% dos partos.

O alto número de cesarianas no Brasil está associado, majoritariamente, à cultura responsável por atrelar parto normal à dor incontrolável e medo de maus desfechos perinatais. Entre as possíveis causas de tais desfechos, estão a possibilidade de parte dos serviços não disporem de métodos de analgesia adequados e também da falta de assistência próxima e contínua à parturiente (DINIZ, 2021).

Desta forma, o processo de humanização tange desde a atenção pré-natal até os processos do parto e puerpério (POSSATI et. al, 2017). Em conformidade com o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (2000), citado por Possati et. al (2017), o profissional que irá proporcionar o atendimento humanizado deve realizar um acolhimento digno à tríade mulher-bebê-família a partir de condutas éticas e solidárias.

2.1.1 Fases do trabalho de parto

A Organização Mundial de Saúde (2018) aponta que o parto consiste em uma série de contrações uterinas rítmicas, progressivas e involuntárias que causam apagamento (afinamento e encurtamento) e dilatação do colo uterino.

O início do trabalho de parto é caracterizado pela ruptura das membranas corioamnióticas ou a saída do tampão mucoso (LAWRENCE et. al, 2013). Assim, em até 72 horas, o parto deve iniciar-se naturalmente, sendo segmentado nas seguintes fases:

- **1ª fase (Dilatação)** — do início do trabalho de parto até a dilatação total do colo (cerca de 10 cm).

A fase supracitada compreende dois períodos: latente e ativo. Durante o período latente, as contrações uterinas, antes irregulares, passam a ser progressivamente coordenadas, concomitantemente a dilatação do colo até 4 cm. Neste período, o desconforto é mínimo. Além disso, sua duração varia, em média, de 8 horas em nulíparas (primeira gestação) e 5 horas em múltíparas (duas ou mais gestações) (GUPTA et. al, 2017).

No período ativo, o colo é dilatado plenamente e a apresentação fetal passa a insinuar-se na pelve média. Essa fase possui duração média de 5 a 7 horas em nulíparas e de 2 a 4 horas em múltíparas (GUPTA et. al, 2017).

Lawrence et. al (2013) sintetizam que o exame pélvico deve ser realizado a cada 2 a 3 horas para avaliação do progresso do trabalho de parto. Além disso, caso as membranas ainda não tenham rompido de modo espontâneo, pode-se realizar a amniotomia (ruptura artificial das membranas), de modo a agilizar a evolução do trabalho de parto.

No decorrer da 1ª fase, a mãe pode sentir a necessidade de fazer força para baixo, enquanto a insinuação fetal descende na pelve. Entretanto, neste momento, devem ser desencorajadas a fazer força até que o colo esteja dilatado por completo para que o mesmo não seja esgarçado e/ou a mulher desperdice energia (GUPTA et. al, 2017).

- **2ª fase** (Período Expulsivo) — dilatação total do colo até o desprendimento do feto.

A segunda fase é caracterizada pela expulsão do feto. Com duração de até 2 horas em nulíparas e 1 hora em múltiparas, esse processo pode durar mais se for conduzido com o uso de analgesia (epidural) ou sedação intensa com opioide (AASHEIM et. al, 2016).

Embora as contrações possuam relevância nessa fase, a principal força vem dos músculos abdominais e do diafragma, que elevam a pressão intra-abdominal (SOBRAL, 2020).

- **3ª fase** (Dequitação) — retirada do lactente e dequitação.

Essa fase inicia-se a partir do nascimento do RN e é finalizada através da expulsão da placenta e membranas fetais. Esses elementos são expelidos em decorrência das contrações uterinas restauradas e à pressão intra-abdominal aumentada (SOBRAL, 2020).

Lawrence et. al (2013) adicionam que essa fase pode durar de 15 minutos até 1 hora.

- **4ª fase** — período de Greenberg.

O período de Greenberg é caracterizado pela retração uterina e formação de coágulos fisiológicos, os quais impedem as grandes hemorragias. Dentro de 1 hora após o parto, é esperado que o útero adquira maior tônus, entrando na fase de contração uterina fixa, promovendo a manutenção da hemostasia uterina (SOBRAL, 2020).

2.1.2 Métodos antiquados usados durante o trabalho de parto

A prática obstétrica brasileira é normalmente apressada no que tange o nascimento do bebê, por vezes desconsiderando a autonomia das mulheres durante o trabalho de parto. Esse controle de tempo atrelado a intervenções obsoletas que ferem e desrespeitam a mulher torna a assistência ao parto focada nas decisões médicas, ao invés da dinâmica natural do corpo da parturiente (LEAL et. al, 2014).

Dentre as técnicas físicas mais comuns, cita-se a episiotomia. A episiotomia consiste em uma incisão cirúrgica no períneo, a qual deve ser realizada em casos específicos para distanciar a laceração vaginal de estruturas nobres, como o reto e a uretra (RIMOLO, 2011).

Leal et. al (2014), acrescentam que a episiotomia passa a ser uma prática de violência obstétrica quando feita sem indicação, sem devido esclarecimento à mulher e sem o seu consentimento, podendo resultar em complicações severas.

Adiciona-se a essa prática o uso do fórceps obstétrico no parto. Esse instrumento foi originalmente desenhado para apreender a cabeça do feto e extraí-lo através do canal vaginal (BENZECRY e FARMANI, 2018).

As indicações fetais para parto a fórceps são a parada de progressão e o sofrimento fetal e as maternas são aquelas em que o esforço expulsivo é fator de risco

para complicações como cardiopatias, pneumopatias, encefalopatias, entre outros quadros (CUNHA, 2011).

Cunha (2011) menciona que esse procedimento caracteriza-se como uma violência quando realizado para agilizar a saída do feto, sem indicação e sem consentimento da mãe, podendo acarretar lesões maternas e fetais.

Palma e Donelli (2017) citam a manobra de Kristeller, que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê. Esse procedimento, além de causar dor e desconforto à parturiente, gera problemas graves como ruptura uterina e lesão do esfíncter anal.

Além disso, o exame de toque, quando feito de forma indiscriminada, desrespeitosa e repetida por diferentes profissionais, além de ser desconfortável para a mulher, pode ocasionar problemas na vulva, prejudicando a evolução fisiológica do parto (TESSER, 2015).

Por fim, ainda existem técnicas como a ruptura artificial da bolsa como procedimento de rotina e o uso de soro com ocitocina, ambas visando acelerar o trabalho de parto (por opção médica), fomentando muitas vezes um processo doloroso de contrações não fisiológicas (ANDRADE et. al, 2016).

Sob o viés da violência verbal, pode-se referir os maus tratos, xingamentos, omissão dos procedimentos prestes a serem realizados, o não atendimento as dúvidas da parturiente e desrespeito a suas vontades expressas durante o parto. Todas essas abordagens levam a prejuízos psicológicos à mulher, podendo até mesmo gerar a famigerada depressão pós-parto, ansiedade e síndrome do pânico (MATOS et. al, 2021).

O conjunto dessas práticas, tanto físicas quanto psicológicas, fomentou a disseminação do que se entende hoje como violência obstétrica. Matos et. al, (2021), colocam que através desse conhecimento, pode-se evidenciar condutas que, por anos, mantiveram-se omitidas atrás do receio de julgamento das mulheres acometidas.

No Brasil, essas práticas infringem diretamente o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que garante que toda mulher tem direito a uma assistência humanizada e segura durante o parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

2.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Compreende-se por violência obstétrica as más práticas no sistema de saúde durante o atendimento à gestante no parto e puerpério (CAVALHEIRO et. al, 2021).

Em adição, Andrade e Aggio (2014) referido por Cavalheiro et. al (2021), afirmam que a violência obstétrica parte do comportamento da equipe médica no que diz respeito aos processos reprodutivos das mulheres, através de cuidados desumanos, abusos físicos e emocionais, tratamento médico não consensual e descarte irresponsável do parto fisiológico, acarretando cirurgias infundadas.

Dentre os relatos mais comuns, pode-se citar a falta de informações sobre os procedimentos que são realizados durante os cuidados pré e pós-parto, cesariana desnecessária, privação do direito à alimentação e caminhada, falta de rotina adequada e exames vaginais repetidos, uso frequente de parto induzido e incisão perineal sem consentimento (MATOS et. al, 2021).

A violência emocional também é muito presente na assistência obstétrica brasileira, manifestando-se através de diálogos ríspidos para com a gestante, omissão de informações e até mesmo ofensas (MATOS et. al, 2021).

Consoante com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP), uma das formas mais comuns de violência obstétrica no Brasil é a realização de cesarianas sem indicação clínica. Além disso, o parto em posição de litotomia com movimentos restritos, e a estratégia de empurrar o bebê para acelerar o parto, dentre outros procedimentos, também são formas de violência obstétrica que influenciam na realização de mais partos cirúrgicos no país (COREN-SP, 2014).

2.2.1 Consequências para a parturiente das más práticas durante o trabalho de parto

De acordo com Medeiros et al. (2016), a violência cometida através da conduta e procedimentos médicos é nociva à saúde da mulher fomentando um aumento da dor e consequentemente o sofrimento no processo de parto, ocasionando traumas físicos e/ou psicológicos.

O uso excessivo de intervenções, medicalização e até mesmo o tratamento pejorativo perante a mãe, faz com que essas mulheres traumatizem-se e desenvolvem problemas como depressão, síndrome do pânico, ansiedade além do receio de ter mais filhos e disfunções sexuais (ROCHA E GRISI, 2017).

Partos vivenciados como traumáticos pelas mulheres podem levar à dificuldade no estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Isso ocorre porque puérperas que passaram por experiências traumáticas de parto, nas quais se sentiram violentadas pela equipe responsável por lhe prover suporte e acolhimento em um momento de vulnerabilidade, possuem menor facilidade em continuar se entregando a esse estado de identificação profunda com o bebê (MATOS et. al (2021).

No que tange às consequências físicas, Rocha e Grisi (2017) apontam que a episiotomia, por exemplo, ocorre com maior frequência e sem benefícios à mulher, tornando sua recuperação lenta e dolorosa. Em adição, este procedimento pode ocasionar quadros de infecção e dor no corte no pós-parto, dor durante a relação sexual e incontinência urinária e fecal.

Ainda que popular, este é um tema ainda pouco explorado em agendas governamentais. Siqueira et. al (2021) sintetizam que dentre os empecilhos para superação deste problema estão a invisibilidade e naturalização da violência obstétrica; o agravamento de desigualdades estruturais de gênero e raça; e a ausência de políticas públicas específicas sobre o tema (SIQUEIRA et. al, 2021)

No Brasil, o único programa em âmbito nacional que endereça minimamente o assunto é o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, instituído através da Portaria 569 de 2000, do Ministério da Saúde. No entanto, o programa não menciona explicitamente a violência obstétrica, resumindo-se apenas a propagação de boas práticas durante o parto (SIQUEIRA et. al, 2021).

No contexto estadual, em Santa Catarina, as perspectivas acerca do tema estão tomando rumos favoráveis. A lei N° 17.097, de 17 de janeiro de 2017, cita como objetivo: “a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal”.

Assim, faz-se importante a fomentação de uma tendência de campanhas com foco no combate a violência obstétrica e incentivo ao parto humanizado. O “Projeto Parto Adequado” e o “Projeto Ápice On” são programas implementados no Brasil que apoiam a humanização do parto, além de promover a qualificação dos serviços e profissionais atuantes no cuidado da gestação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2018).

Marques e Nascimento (2019) citam que a compreensão da gestante como um todo, voltando a atenção ao binômio mãe-bebê, pode ser outra alternativa para combater a violência obstétrica. Além disso, os autores propõem que durante as consultas do pré-natal, os profissionais devem fazer uma análise do perfil sociodemográfico, clínico e psicológico da mulher, para assim sanar possíveis dúvidas e promover um parto humanizado.

2.3 ATUAÇÃO HUMANIZADA DA FISIOTERAPIA NO PARTO

A atenção humanizada ao parto abrange a necessidade de um olhar terno sobre as condutas técnicas na rotina obstetrícia, fazendo com que o parto seja compreendido como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, ouvir, orientar e criar vínculos são características essenciais dos profissionais que atuam nesse contexto (PRATES et. al, 2020).

O fisioterapeuta é um profissional habilitado para compor a equipe multiprofissional e proporcionar à gestante todo o suporte necessário, maximizando seu conforto e confiança durante o trabalho de parto, através de técnicas de relaxamento e

analgesia, levando à um maior controle dos movimentos, além de diminuir a ansiedade e o medo (SOUZA e NICIDA, 2019).

Além disso, visto que a dor é um dos mais importantes sinais do processo final da gestação e a fisioterapia atua fundamentalmente na assistência ao parto com a utilização de recursos não farmacológicos para o alívio algico e incentivo à parturiente (CUNHA E CAMPOS, 2020).

A deambulação associada à posição vertical e a mobilidade, diminui o tempo de duração do trabalho de parto, aumenta a tolerância à dor evitando o uso de fármacos, favorecendo a evolução da dilatação (Bio et. al, 2006).

Cunha e Campos, 2020, manifestam que no decorrer do trabalho de parto é possível expor quatro estágios, sendo eles o período de dilatação cervical, período expulsivo, período de dequitação e período de Greenberg, que compreende o tempo de uma hora após o processo de dequitação.

O fisioterapeuta poderá acompanhar a parturiente no pré-parto, estimulando a dilatação e controle da dor durante as contrações através da mobilização, flexibilidade e coordenação respiratória. Além disso, o profissional também pode integrar a equipe obstétrica na sala de parto para não romper bruscamente o vínculo terapêutico estabelecido e manter o atendimento com novas condutas no pós-parto (OLIVEIRA E SANTANA, 2019).

Desse modo, a atuação da fisioterapia é um importante fator para a promoção de um parto humanizado, à medida que se torna estimulante para que a mulher tome consciência corporal, visando não só o alívio da dor, mas sim, a transformação de seu corpo em uma ferramenta facilitadora do processo do trabalho de parto, trazendo-lhe satisfação com a experiência do nascimento (SOUZA et. al, 2021).

2.3.1 Fisioterapia durante o pré-parto

Entende-se por pré-parto a fase onde as alterações no corpo da mulher se dão para que ocorra o trabalho de parto. O pré-parto compreende, de maneira geral, os 15 à 30 dias anteriores a ruptura das membranas corioamnióticas, podendo ser caracterizado através de sinais perceptíveis como:

- Maior pressão na porção inferior do abdômen, devido à alteração na posição do bebê;
- Rigidez abdominal, acompanhada por dor lombar, em decorrência das contrações de treinamento;
- Secreções vaginais em maior quantidade, às vezes, de cor mais rosada, aparecem por causa do rompimento de alguns vasos;
- Rutura da bolsa de água, onde ocorre o extravasamento do líquido amniótico.

Sendo assim, no pré-parto, o profissional fisioterapeuta dispõe de técnicas de fácil execução como relaxamento do assoalho pélvico, respiração diafragmática, treino de expulsão do bebê, mobilidade pélvica. No que tange a redução da dor, pode ser utilizado também a massagem terapêutica, a qual auxilia no controle de sintomas de ansiedade e

desconfortos da gravidez, promovendo menor tempo de trabalho de parto e indicação de parto cesárea (SOUZA et. al, 2021).

Segundo Oliveira e Santana (2019), o fisioterapeuta ainda pode assistir com a diminuição dos desconfortos lombo-pélvicos, sacro-ilíacos e ciáticos através de exercícios de cinesioterapia e terapia manual. Com isso, objetiva-se manter a postura da gestante adequada, no sentido de ampliar os diâmetros do estreito superior, através de pequenos movimentos das articulações lombo-sacra, sacro-ilíacas, coxo-femorais e sínfise púbica.

Assim, a atuação do fisioterapeuta no pré-parto visa preparar a mãe nos âmbitos mental e físico. O fisioterapeuta foca em adaptar o corpo da parturiente para as novas mudanças, ampliando sua mobilidade e preparando o psicológico para possíveis algias (SILVA E SOUSA, 2012).

2.3.2 Fisioterapia durante o trabalho de parto

- **Atuação na 1ª fase (Dilatação Cervical)**

O trabalho de parto, caracterizado pela saída do tampão mucoso e extravasamento do líquido amniótico, inicia-se através da primeira fase, que compreende desde seu início até a dilatação total do colo (SOUZA et. al, 2021).

Além disso, o momento do parto é compreendido por ser um período de dor intensa. Apesar de tratar-se de uma experiência fisiológica, a dor é um fator negativo e

influyente à parturiente. No processo de alívio algico, o profissional fisioterapeuta poderá utilizar várias formas de intervenções (OLIVEIRA E SANTANA, 2019).

Visto que neste período a mãe não deve fazer força antes de sua dilatação total (GUPTA et. al, 2017), a fisioterapia entra com recursos que proporcionem alívio do quadro algico concomitantemente a uma maior consciência corporal.

O fisioterapeuta tem a possibilidade de estimular a mobilidade pélvica da parturiente, além de fortalecer sua musculatura abdominal, períneo e diafragma, visto que estas musculaturas serão recrutadas no durante o período de dilatação e expulsão do bebê (BAVARESCO et. al, 2011).

Durante as contrações, o fisioterapeuta priorizará a correção da lordose lombar, adutores de coxa (em distensão ou relaxados) e a respiração livre (sem inspiração ou expiração profunda). Nos intervalos das contrações, as parturientes serão orientadas da seguinte forma: em posição de pé, mobilização articular geral, mover-se livremente; andar a favor do peso gravitacional, com leve flexão dos joelhos, com a pelve em balanço lateral (podendo utilizar também a bola de ginástica); respirar focando na expiração (SOUZA et. al, 2021).

Outro recurso utilizado para facilitar o controle da dor e reduzir a pressão exercida sobre o períneo são exercícios respiratórios (SOUZA et. al, 2021). Yuksel et. al (2017), ainda acrescentam que os exercícios respiratórios também auxiliam na apresentação cefálica do bebê, consequentemente reduzindo o tempo de trabalho parto.

Desse modo, a fisioterapia é de suma importância para que a mãe possa ter mais controle corporal durante as contrações, reduzindo o tempo de parto e facilitando a apresentação cefálica do bebê (SOUZA et. al, 2021).

- **Atuação na 2ª fase (Expulsão)**

A segunda fase abrange o momento da expulsão do feto, tendo duração de 1 a 2 horas. Nessa fase, apesar da relevância das contrações, a principal força é gerada através dos músculos abdominais e diafragmáticos (SOBRAL, 2020).

Desta forma, o fisioterapeuta auxiliará através de manobras como a massagem terapêutica, podendo ser realizada pelo profissional ou instruída pelo mesmo, na região lombar durante os momentos de contração uterina produz os efeitos fisiológicos de alívio e conforto a partir da estimulação mecânica nos tecidos, através de pressão e estiramento aplicados de maneira rítmica (SILVA E SOUSA, 2012).

O fisioterapeuta também atuará no posicionamento da parturiente. A posição em decúbito dorsal, por tempo prolongado, oferece diminuição no ritmo das contrações uterinas, portanto, é essencial alternar as posições durante as contrações (LOWE, 2002).

Baracho (2007) ainda evidencia vantagens das posições verticais, como o menor risco de compressão aorto-cava, contrações uterinas mais fortes e eficazes, melhor alinhamento do feto para passagem pela pelve e maior diâmetro da musculatura pélvica.

Ainda neste contexto, o profissional pode gerir manobras de coordenação respiratória para alívio algico e controle da ansiedade juntamente com as condutas do exercício de força (CARRER E OLIVEIRA, 2020).

Com isso, Oliveira e Santana (2019), apontam que a atuação fisioterapêutica na fase de expulsão favorece a gestão emocional da mãe e melhora o manejo de suas queixas algícas durante o trabalho de parto.

- **Atuação na 3ª e 4ª fase (Dequitação e Período de Greenberg)**

As fases finais do processo de parto iniciam-se a partir do nascimento do bebê, sendo completamente encerradas através da retração uterina (SOBRAL, 2020).

Desta maneira, nas fases finais, caracterizadas também como pós-parto imediato, o fisioterapeuta pode amparar de maneira a promover o acolhimento da mãe junto a equipe obstétrica. Além disso, a massagem terapêutica poderá ser utilizada novamente, aliada a exercícios passivos circulatórios, com o intuito de prevenir quadros de edema em extremidades (CARRER E OLIVEIRA, 2020).

2.3.3 Fisioterapia no pós-parto

No contexto de pós-parto, a mulher deve ser orientada e conscientizada da importância de continuar o acompanhamento fisioterapêutico. O fisioterapeuta intervém com o intuito de conscientizar quanto a posição da mãe no leito, estimular a deambulação precoce, melhorar sua função respiratória, dos músculos do assoalho pélvico e dos músculos abdominais, reduzir quadro algíco, além de orientar as parturientes quanto aos cuidados com os seios e as posturas tomadas no cuidado com o bebê (SILVA et. al, 2019).

A musculatura abdominal e do assoalho pélvico nesta fase, devem ser estimuladas através da propriocepção e fortalecimento via exercícios de contração isométrica, visando à recuperação da tonicidade muscular (SILVA, 2019).

Por fim, os alongamentos musculares podem contribuir bastante para reduzir a tensão muscular e promover uma reeducação postural da mãe. O fisioterapeuta também está apto a prescrever atividades físicas leves, de modo a promover uma melhora da resistência física e redução de estresse (SOUZA, 1999).

A fisioterapia nesta fase é notável visto que o profissional poderá designar um programa de exercícios que irá auxiliar no retorno rápido às atividades usuais e evitará problemas futuros como a incontinência urinária, má postura, enfraquecimento da musculatura abdominal e pélvica, entre outros (BELEZA E CARVALHO, 2010).

3 METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma revisão integrativa, onde os dados foram coletados a partir de fontes secundárias por intermédio de um levantamento bibliográfico.

Rother (2007) conceitua que a revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento.

Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ROTHER, 2007).

Assim, foram sintetizadas pesquisas cuja abordagem foi acerca da atuação da fisioterapia durante o trabalho de parto. A busca e seleção dos artigos foi realizada através das seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scielo, Bireme, Medline e Pubmed. Os descritores utilizados foram: fisioterapia durante o parto, violência obstétrica, fisioterapia obstétrica e atendimento humanizado.

Os critérios de inclusão foram artigos escritos em português, inglês e espanhol publicados entre o ano de 2015 ao ano de 2022. Os critérios de exclusão foram artigos relacionados a complicações gestacionais e fisioterapia pré e pós-parto, publicados em anos anteriores ao ano de 2015.

A amostra contou com 15 referências. Os artigos selecionados relataram estudos que evidenciam a importância do trabalho fisioterapêutico durante o parto.

Evidenciou-se que os artigos foram publicados em variadas revistas internacionais, dos seguintes países de origem: Estados Unidos, Japão, Holanda e Brasil.

Ademais, os artigos foram categorizados por sua relevância entre os termos pesquisados, salientando estudos que abordaram intrinsecamente a atuação do

profissional fisioterapeuta durante o parto e sua contribuição para o atendimento humanizado da parturiente.

Os dados foram compilados com breve contextualização acerca dos pontos principais dos artigos como origem do estudo, metodologia e resultados. Foram selecionados artigos que abrangeram técnicas fisioterapêuticas como massagens, terapia com bola e alívio da dor. Além disso, foram compilados também artigos que abordaram a atuação fisioterapêutica junto a humanização do atendimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É válido ressaltar que os artigos utilizados para realização deste capítulo abordam os benefícios e atuação fisioterapêutica no atendimento humanizado, bem como às técnicas utilizadas pelo profissional durante o parto, satisfação das parturientes em relação ao atendimento e, por fim, o que tange o respaldo legal do atendimento humanizado no Brasil.

Em primeiro título, “*Physiotherapy during Pregnancy, Labour and the Postnatal Period*”, os autores Button et. al, discorreram em uma revisão de literatura, publicada em 2018, nos Estados unidos, sobre os principais pontos da abordagem fisioterapêutica ao longo da gravidez, parto e pós-parto. Foi constatado que o fisioterapeuta pode atuar de maneira benéfica durante o parto com técnicas de desobstrução das vias aéreas, posicionamento da parturiente para prevenir dores lombares e prescrição de exercícios durante a gravidez e no pós-parto.

Essas informações condizem com o exposto por Yuksel et. al (2017), onde os autores reportam que os exercícios respiratórios reduzem a pressão sobre o períneo, promovendo alívio algico, e diminuem o tempo do trabalho de parto.

Por conseguinte, no estudo de caso “Avaliação do impacto de um protocolo fisioterapêutico na diminuição do quadro algico durante a primeira fase do trabalho de parto vaginal”, de 2019, Cardozo e Cunha avaliaram a eficiência de um protocolo fisioterapêutico, com duração de 45 minutos, aplicado em 50 gestantes atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE, voltado para a redução da dor na primeira fase do trabalho de parto e na humanização do parto vaginal. Obteve-se como resultado a comprovação de eficiência do protocolo, onde atestou-se a diminuição da dor, melhora dos aspectos associados ao relaxamento das pacientes (frequência cardíaca, saturação de O₂ e dilatação do canal vaginal). Além disso, às intervenções fisioterapêuticas realizadas impactaram positivamente no parto vaginal por proporcionarem um atendimento humanizado, com menor tempo de duração, redução no uso de medicamentos e fácil reprodução das técnicas.

Esse estudo entra em acordo com os dizeres de Souza et. al (2021), os quais referem que durante as contrações presentes na primeira fase do trabalho de parto, o fisioterapeuta priorizará a correção postural e respiração livre, além de orientar as parturientes a movimentarem-se, favorecendo a mobilização articular geral.

Os próximos quatro estudos abordam os recursos fisioterapêuticos utilizados pelo fisioterapeuta durante o parto. Os artigos abrangem técnicas como a bola de ginástica,

termoterapia com banhos quentes, massagens, exercícios de mobilização pélvica e respiração coordenada. As técnicas foram utilizadas isoladamente e em protocolos, considerando sempre o bem-estar da parturiente.

Sendo assim, Taavoni et. al, em 2016, publicaram no Irã um ensaio clínico randomizado sob o nome “*Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management*”. No estudo, 90 mulheres primíparas de 18 a 35 anos foram aleatoriamente designadas para dois grupos de intervenção (bola de ginástica e terapia de calor). O escore de dor foi registrado por meio da Escala Visual Analógica (EVA) até a dilatação cervical atingir 8 cm. O escore médio de intensidade da dor no grupo de terapia de calor foi menor do que no grupo controle em 60 e 90 minutos após a intervenção. No entanto, os autores afirmam que tanto a terapia de calor quanto a bola de parto podem ser utilizadas como tratamento complementar barato e de baixo risco para a dor do parto.

Concomitantemente, em uma revisão metodológica realizada por Souza et. al, “Atuação da fisioterapia para a redução do tempo no trabalho de parto vaginal”, em 2018, publicada no Brasil, aponta-se que a prescrição de banhos quentes para o alívio da dor durante o trabalho de parto humanizado constitui um dos métodos não-farmacológicos mais utilizados na progressão e na evolução do parto natural.

Em adição, no artigo “*Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labor pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial*”, publicado na revista *Journal of Physiotherapy*, dos Estados Unidos, em 2018, os autores Gallo et. al,

analisaram oitenta mulheres admitidas em trabalho de parto no final de uma gravidez de baixo risco. As participantes do grupo experimental receberam três intervenções de até 40 minutos cada em fases particulares do trabalho de parto: exercício em bola suíça, massagem lombossacral e banho quente. As participantes do grupo controle receberam cuidados usuais na maternidade. Como resultado, obteve-se que a sequência de intervenções não farmacológicas reduziu significativamente a dor do parto de 4cm para além de 7cm de dilatação cervical, refletindo na diminuição e atraso no uso de medicação analgésica.

Logo, os autores Nunes et. al, em 2015, publicaram a revisão literária “Recursos fisioterapêuticos para o alívio da dor no trabalho de parto”, com o objetivo de frisar a importância do profissional fisioterapeuta qualificado durante a gestação e o trabalho de parto para o alívio algico. Os autores analisaram através de 5 artigos, os métodos mais utilizados, como respiração coordenada, massagens, bola de ginástica e mobilidade pélvica. Foi obtido como resultado que a escolha de métodos para o alívio da dor durante o parto pelo profissional fisioterapeuta auxilia no melhor progresso do trabalho de parto resultando em parturientes mais confiantes, favorecendo uma experiência agradável.

Desta forma, os quatro artigos publicados acima corroboram com o proposto por Oliveira e Santana (2019) e Souza et. al (2021), onde os autores apontam que o profissional fisioterapeuta utiliza as técnicas supracitadas para fins de relaxamento do assoalho pélvico, mobilidade pélvica, além da redução do quadro algico e demais desconfortos da gravidez.

Sob o viés da relevância da atuação do fisioterapeuta, Barros e Matos, em 2017, publicaram na revista científica multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, um ensaio clínico chamado “A importância da atuação do fisioterapeuta no parto vaginal em primigestas e múltiparas”. O atendimento foi executado nas dependências de uma instituição que presta assistência à saúde da mulher, em Porto Velho/RO. Foram atendidas 236 parturientes, às quais foram submetidas a técnicas fisioterapêuticas por todo o período que abrange o trabalho de parto, o parto e o puerpério. Foi evidenciado que a influência do fisioterapeuta durante o trabalho de parto acrescenta confiança e segurança da parturiente para a evolução do parto, acarretando em maiores benefícios percebidos na redução da duração do trabalho de parto.

Por conseguinte, no artigo “Nível de satisfação de parturientes assistidas por equipe de fisioterapia”, publicado por Clemente et. al, na Revista Brasileira de Ciências Médicas e da Saúde, em 2018, foi realizada um estudo clínico, onde foi possível analisar o nível de satisfação de 20 parturientes alfabetizadas, idade superior a 18 anos, na fase ativa de trabalho de parto, às quais foram submetidas ao atendimento fisioterapêutico. Os procedimentos de pesquisa incluíram abordagem inicial com avaliação da sensação dolorosa, assistência fisioterapêutica e avaliação da assistência recebida por meio de instrumento próprio. Os resultados foram satisfatórios, onde pode-se inferir que a presença do fisioterapeuta ao lado da parturiente, em tempo integral, reduz sua ansiedade e aumenta a sensação de conforto e acolhimento.

Ainda sob esta perspectiva, os autores Neto et. al, em 2020, publicaram o artigo “*Satisfaction of women attended by the physiotherapy service during labor*”, um estudo de delineamento transversal, realizado no setor destinado ao puerpério imediato com

amostra composta por trinta mulheres, às quais foram submetidas a pesquisa a respeito do suporte do fisioterapeuta. Como resultado, foi possível observar que quando a parturiente recebeu atenção do profissional da Fisioterapia e teve sua dor ou angústia com relação ao parto diminuídas, ela mostrou-se mais satisfeita com seu trabalho de parto. Para 90% das puérperas, a qualidade do trabalho do fisioterapeuta atingiu suas expectativas e 96,7% considera o fisioterapeuta um profissional útil ao trabalho de parto.

O conteúdo exposto em tais artigos concorda com o exposto por Carrer e Oliveira (2020), onde os autores acrescentam que o profissional pode gerir manobras de controle da ansiedade juntamente a condutas de relaxamento, melhorando o decorrer do trabalho de parto.

Além disso, Oliveira e Santana (2019), apontam que a atuação fisioterapêutica durante o processo de expulsão assiste a mãe no que tange a gestão emocional, além de melhorar a administração de suas queixas algicas ao longo do processo.

Sob o viés das políticas públicas, o artigo “Fisioterapia e humanização do parto: uma análise a partir de documentos oficiais da saúde”, publicado por Souza e Ramos, em 2017, aborda, através de uma pesquisa documental, a fomentação do profissional fisioterapeuta na humanização da assistência ao parto no Brasil. Foram analisados 11 documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, onde foi possível obter como conclusão que existe uma lacuna a ser preenchida no que tange às necessidades físicas de preparação e suporte da parturiente e que o fisioterapeuta, por ser

um profissional apto para atender as necessidades da assistência obstétrica humanizada, deveria ser incluído nos documentos oficiais.

O enunciado concorda com Siqueira et. al (2021). Os autores sintetizam que, apesar de estar se tornando popular, o contexto da assistência humanizada e prevenção a violência obstétrica é pouco explorado em agendas governamentais. Além disso, os autores frisam a problemática da ausência de políticas públicas específicas.

Ainda dentro da assistência humanizada, Silva e Luzes publicaram, em 2015, uma pesquisa qualitativa de caráter bibliográfico chamada “Contribuição da fisioterapia no parto humanizado”. Foram analisados 23 artigos entre 1991 a 2014, onde os autores puderam obter como conclusão que o profissional fisioterapeuta é um dos profissionais da área da saúde habilitado a contribuir para o atendimento à parturiente, ainda que não seja uma prática estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Noutro título que corrobora com a presente pesquisa, escrito por Vinha e Paixão, em 2022, “Parto humanizado: a atuação do fisioterapeuta antes e durante o trabalho de parto”, os autores realizaram uma revisão bibliográfica de 315 artigos, de 2000 a 2021. Como resultado, obteve-se que o fisioterapeuta é essencial durante o parto, principalmente por sua atuação através de recursos diversificados como os banhos, a crioterapia, as massagens, as técnicas respiratórias, além da deambulação e da utilização das posições verticais. Ademais, seu contato direto com a gestante proporciona também um maior acolhimento a mesma.

Oliveira e Santana (2019), junto a Souza et. al (2021), validam os achados dos dois estudos acima ao afirmarem que a integração do fisioterapeuta à equipe obstétrica corrobora com a gestão da ansiedade da mãe, ao não romper bruscamente o vínculo terapêutico estabelecido e manter o atendimento proposto até o momento do pós-parto.

Ainda, Souza et. al (2021), apontam que a atuação da fisioterapia é um importante aspecto da ascensão de um parto humanizado, de modo que torna-se estimulante a consciência corporal da mulher e resolutiva ao alívio algíco não-farmacológico, fomentando uma experiência satisfatória no nascimento.

Através da análise realizada acima, os autores puderam evidenciar efetivamente a atuação do fisioterapeuta como provedores de cuidados humanizados durante ao parto, bem como descrever suas técnicas e recursos mais eficientes.

Ademais, acrescenta-se que a legislação ainda não abrange a relação do atendimento humanizado junto à fisioterapia de maneira ampla no país, fato este que aponta uma falha na garantia dos direitos da parturiente e da criança, além de não respaldar a atuação do fisioterapeuta na sala de parto.

Por fim, destaca-se que, levando em consideração a satisfação das pacientes neste momento singular de suas vidas, o fisioterapeuta tem sua conduta vista como uma adição benéfica a equipe obstétrica, no entanto, este fato deveria ser melhor difundido e assistido por leis no território nacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hodierno estudo evidenciou que atualmente a violência obstétrica tem se mostrado cada vez mais comum no cenário obstétrico. Sob essa premissa, pode-se refletir sobre a importância do atendimento humanizado da fisioterapia no trabalho de parto. Desse modo, o atendimento fisioterapêutico durante o parto apresenta três pilares: técnicas de mobilidade pélvica, exercícios respiratórios, massagens e termoterapia.

Concebeu-se que a integração da fisioterapia no tratamento obstétrico é notável, estabelecendo relação direta com o atendimento humanizado, principalmente pela relação próxima do profissional com a paciente, além da prescrição de recursos que diminuem o quadro algico e proporcionam uma experiência positiva de parto.

O fisioterapeuta é capaz de proporcionar à parturiente conforto e segurança, ferramentas estas essenciais para a tomada de decisões pertinente aos procedimentos que irão ser realizados durante o parto. Além disso, sendo uma figura ativa no processo do parto, o profissional acompanha efetivamente os procedimentos realizados perante a paciente. Assim, a chance de intercorrências relacionadas a violência obstétrica pode diminuir consideravelmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MSELLE L.T.; KOHI, T.W; DOL, J. Humanizing birth in Tanzania: a qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers. **BMC Pregnancy Childbirth. Tanzânia**, v. 19, n.231, p. ?, 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-019-2385-5>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

PALHARINI, L.; FIGUEIRÔA S. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1039- 1061. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tVY7ZqQTFNHTCbSLLT8nnJn/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em: 13 mar. 2022.

HONÓRIO, A. C. et. al. Assistência Multidisciplinar no parto humanizado. **Revista GEPNEWS**. Maceió, v.5, n.1, p.179-181, 2021. Disponível em <<https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12894/8950>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher. **Portal da Secretaria de Atenção Básica à Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SOUZA, A.C et. al, Violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem UFRJ**. Rio de Janeiro, v. 27, p. 1-7. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45746/33096>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

Pereira RR – Anestesia e Analgesia de Parto: Impacto na Amamentação, em: Carvalho MR, Tavares LAM – **Amamentação: Bases Científicas**. 3a Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010;138-139.

Maldonado MTP – Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério, em:
Maldonado MTP – **Psicologia da Gravidez**, 16a Ed. Petrópolis, Vozes, 2002;48-60.

FERNANDES, A.L et. al. Mortalidade materna: principais causas e fatores relacionados.
RESU - Revista Educação em Saúde. Anápolis, v. 7, n. 1, p. 317-326, 2019. Disponível em:

<<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/3795/2639>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

CUNHA, M.A; CAMPOS, R. A importância da inserção do fisioterapeuta no parto natural. **Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física**. Vitória, v.9 n.2, p. 36-45, 2020. Disponível em:

<<http://periodicos.estacio.br/index.php/rbraf/article/viewFile/9366/47967555>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

OLIVEIRA, A. C.; SANTANA, P. C. A importância da assistência fisioterapêutica prestada à parturiente durante o parto. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 157–167, 2019. Disponível em:
<https://revista.faema.edu.br/index.php/Revista-FAEMA/article/view/756>. Acesso em: 13 mar. 2022.

BRASIL, Nascer no. **Inquérito nacional sobre parto e nascimento**: 2012. FIOCRUZ. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2. Acesso em: 13 mar. 2022.

DE SOUZA, T. et al. Fatores que interferem na escolha do parto: normal x cesárea. **Revista Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 12, n. 72, p. 9476–9487, 2022. Disponível em:
<http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2178>. Acesso em: 16 mar. 2022.

Possati, A.B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4., p. ?, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=en>. Acesso em: 16 mar. 2022.

NOVO, J. L. et al. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. São Paulo. v.19, n. 2, p. 67-71. 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/28942>>. Acesso em: 16 mar. 2022.

SOUZA E. et. al. Os benefícios da fisioterapia durante o trabalho de parto: revisão sistemática. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**. Pará, v. 13, n. 1, p. 7, 2021. Disponível em: <<http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=633>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

MATOS, M. G.; MAGALHÃES A. S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Violência obstétrica e trauma no parto: o relato das mães. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Rio de Janeiro, v.41, p. 1-13, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/XSKSP8vMRV6zzMSfqY4zL9v/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

BAVARESCO, G. et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3259-3266, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kfHngdBpNFz7JXNF4fvzdLt/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

MEDEIROS, N. C. M. et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Revista Têm em Saúde**. João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 503-528, 2016. Disponível em: <<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16331.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2022.

ROCHA, M.J.; GRISI, E.P. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. **ID on line: revista de psicologia**, [S.l.], v. 11, n. 38, p.

623-635, 2017. ISSN 1981-1179. Disponível em:

<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

TESSER, C. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. [s.l], v. 10, n. 35, p. 1- 12, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

BETRAN, A.P. et. al. Trends and projections of cesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**. [s.l], v.6, p. 1-8, 2021. Disponível em:

<<https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671.info>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

DINIZ, J. **A assustadora taxa de cesáreas no Brasil**. PebMed, 2021. Disponível em:

<<https://pebmed.com.br/a-assustadora-taxa-de-cesareas-no-brasil/>>. Acesso em: 22 mar. 2022.

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **The Cochrane database of systematic reviews**. [s.l], v. 8, n. ?, 2013. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23959763/>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

AASHEIM, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **The Cochrane database of systematic reviews**. [s.l], v. 6, n. ?, 2016.

Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28608597/>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

GUPTA, J. et al. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **The Cochrane database of systematic reviews**. [s.l], v. 5, n. ?, 2017.

SOBRAL, B. **Fases do trabalho de parto**. SanarMed, 2020. Disponível em:

<<https://www.sanarmed.com/fases-do-trabalho-de-parto-colunistas/>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

Organização Mundial de Saúde. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Organização Mundial de Saúde. Disponível em:

<<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>>.

Acesso em: 23 mar. 2022.

RIMOLO, M. L. **Critérios para realização de uma episiotomia**: uma revisão integrativa. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/35932>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

LEAL, M. C. et. al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.17-47, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BENZECRY, R.; TRAPANI J.A. **Parto vaginal operatório**: fórceps e vácuo. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 105/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao abortamento, parto e puerpério).

CUNHA, A. A. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p.549-554, dez. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

ANDRADE, P. et. al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. Recife, 2016, v. 16, n. 1, p.29-37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

Portaria n. 569. (2000, 8 de junho). **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em: 07 abr. 2022.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Projeto Parto Adequado**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>>. Acesso em: 9 abr. 2022.

MARQUES, G. e NASCIMENTO, D. Alternativas que contribuem para a redução da violência obstétrica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2019, v. 24, n. 12, p. 4743-4744. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.236612019>>. Acesso em: 9 abr. 2022.

SIQUEIRA, J. et. al. **Violência obstétrica**: políticas públicas para prevenção e reparação. FGV DINT - Programa Latino-Americano de Governabilidade, Gerência Política e Gestão Pública, 2021. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/30142>>. Acesso em: 9 abr. 2022.

CARRER, V. e OLIVEIRA, A. **Fisioterapia no pré-parto, parto e pós-parto**. Hospital Israelita Albert Einstein, 2020. Disponível em: <<https://www.einstein.br/estrutura/centro-incontinencia-doencas-assoalho-pelvico/tratamentos/fisioterapia-pre-pos-parto>>. Acesso em: 9 abr. 2022.

YUKSEL H. et. al. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. **Journal Integral Med**. 2017, v. 15, n. 6, p. 456-461. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29103415/>>. Acesso em: 9 abr. 2022.

HENRIQUE G. et. al. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. **Journal of Nursing Practices**. 2018, v. 24 n.3, p.?. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29512230/>>. Acesso em: 9 abr. 2022.

SILVA, L. e SOUSA D. **A atuação da fisioterapia no parto e pós-parto**. Pós-graduação em Fisioterapia Intensiva - Faculdade Ávila, 2012. Disponível em: <https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/35/12_-_A_atuaYYo_da_fisioterapia_no_parto_e_pYs-parto.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2022.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

LOWE, N.K. The nature of labor pain. **Am. J. Obstet. Gynecol.** 2002, v. 186, n. 5, p. S16-S24. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12011870/>>. Acesso em: 9 abr. 2022.

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2002, v. 2, n. 1, pp. 69-71. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

Rother ET. **Revisão sistemática x revisão narrativa.** Acta Paul Enferm. 2007 abr-jun; 20(2):v-vi. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>>. Acesso em 16 abr. 2022.

SOUZA, S.; NICIDA, D. A atuação da fisioterapia obstétrica: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, 2019. Vol.13, n.15, p. 122-133. Disponível em: <<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/issue/view/46>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

BELEZA, A. C. S.; CARVALHO, G. P.. Atuação fisioterapêutica no puerpério. **Revista Hispeci & Lema**, 2010. Vol. 39, n. 05, p.?. Disponível em: <<https://univisa.edu.br/wp-content/uploads/2019/11/A-IMPORT%C3%82NCIA-DA-FISIOTERAPIA-NA-REABILITA%C3%87AO-FISICA-DE-MULHERES-DURANTE-O-PUERP%C3%89RIO.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2022.