

# INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PREPARO E DURANTE O PARTO NATURAL\*

Lívia Argentão **LUIS**

Pamela Cristina Oliveira dos **SANTOS**

Tais Atahide da Silva **MATCUMOTO\*\***

Sandra Renata Jorge de **AQUINO\*\*\***

## RESUMO

O parto natural ou humanizado tem o objetivo de restaurar o caráter fisiológico no processo de nascimento através da intervenção fisioterapêutica, que proporciona conforto, alívio de dor, relaxamento sem o uso de fármacos e confiança ao seu próprio corpo. O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura que tem como objetivo de descrever a atuação do fisioterapeuta no parto natural. Por meio desta, tivemos a oportunidade de comprovar a eficácia da intervenção fisioterapêutica no preparo para o parto natural.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fisioterapia; Parto natural e Humanização do parto.

## INTRODUÇÃO

A fase gestacional é um período em que o corpo da mulher sofre inúmeras alterações, sendo estas físicas e psíquicas. Como parte dessa fase, o parto é um evento que desperta nas gestantes sentimentos como angústia, medo, ansiedade e dor (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Patah e Malik (2011) mencionam que como opções de parto a gestante têm a cesárea e o parto vaginal. A cesárea consiste em uma intervenção cirúrgica que tem como indicação específica somente em casos de risco a gestante e ao feto; em contrapartida o parto vaginal é um método natural de nascimento, que se baseia na saída do bebê pelo canal vaginal, sem nenhuma intervenção cirúrgica e com uma rápida recuperação.

Para Canesin(2010) dentro do parto vaginal tem-se outra opção de parto natural, conhecido como parto humanizado; que consiste na garantia de um local adequado para o acolhimento das mães, comumente realizado sem uso de fármacos e com menos medicalização possível, assim tornando o menos agressivo e mais natural.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Brasil é o país com maior índice de parto cesárea no mundo, 43%, visto que o índice recomendado é de apenas 15%(SILVANI,2010).Para FAUNDES e CECATTI (1991), esse alto índice está relacionado ao medo da dor do parto, a preocupação com a integridade da vagina e do períneo e também por preferência dos médicos por sua praticidade e conveniência, pois é uma intervenção programada ao contrário do parto vaginal.

---

\*Artigo apresentado como requisito parcial para conclusão do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Fernandópolis.

\*\*Graduandas do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Fernandópolis.

\*\*\*AQUINO é Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica. Docente do Curso de Fisioterapia Das Faculdades de Integradas de Fernandópolis – FIFE.

A humanização do parto consiste na atuação dos profissionais respeitando os aspectos fisiológicos, para que não haja intervenções desnecessárias; reconhecendo os aspectos biomecânicos do parto e do crescimento, promovendo a saúde e fornecendo suporte emocional necessário à mulher, à família e ao bebê, estreitando os laços afetivos e tornando-o o mais natural possível (DIAS, 2005).

Para colaborar com esse processo é necessária atuação de uma equipe multidisciplinar: médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta (SANTANA et al., 2009).

Segundo Mazzali (2008), como parte desta equipe o fisioterapeuta desempenha um papel fundamental, pois ele atua preparando a gestante para o parto natural, orientando-a sobre a função dos músculos do assoalho pélvico, posições que aliviam a dor, e exercícios respiratórios. Canesin (2010) afirma que o fisioterapeuta estuda todos os movimentos do corpo humano, assim é um dos profissionais mais capacitados para contribuir efetivamente no parto natural, onde a gestante requer mobilidade pélvica e um intenso uso da musculatura do abdômen, do períneo e do diafragma.

Desse modo, o tema foi escolhido a fim de estudar a intervenção fisioterapêutica no preparo e durante o parto natural, tendo em vista, que o número de partos naturais no Brasil são menores quando comparados ao parto cesárea.

## **OBJETIVO**

O presente artigo tem como finalidade descrever a intervenção fisioterapêutica no preparo e durante o parto natural.

## **MÉTODO**

O presente artigo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que segundo Gil (2002), define-se como um procedimento racional e sistemático que proporciona respostas aos problemas que são propostos, e atualização de conhecimentos científicos, métodos e técnicas disponíveis sobre a intervenção fisioterapêutica no parto natural.

Desenvolvida por um levantamento bibliográfico realizada entre dezembro/2016 à abril/2017, pesquisando artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) que reúne bancos de dados *on-line* como a *SciELO* (Scientific Eletronic Library OnLine), *Lilacs* (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e *Medline* (National Library of Medicine). Foram utilizados também materiais bibliográficos encontrados no acervo da biblioteca da Fundação Educacional de Fernandópolis e da biblioteca virtual disponível para acesso *on-line*. Os descritores utilizados foram: fisioterapia, parto natural e humanização do parto.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Parker (2007) descreve que a gestação ocorre a partir das oito primeiras semanas de desenvolvimento no interior do útero, e esta fase é chamada de período embrionário, ou seja, quando o óvulo é fecundado. O crescimento do embrião ocorre em sentido crânio caudal, em que é formado inicialmente o encéfalo e a cabeça, seguida do tronco, membros superiores e por último membros inferiores; assim ao final do período embrionário as principais partes do corpo serão formadas, deste período em diante este pequeno embrião será chamado de feto.

Com o feto desenvolvido, na 9ª semana inicia-se a maturação das estruturas formadas no período embrionário; na 12ª semana os dedos, nariz, pele e genitálias externas são desenvolvidas; é na 16ª semana que o sexo pode ser determinado, quase todos os órgãos estão desenvolvidos, porém os olhos ainda estão fechados, e as mãos e os pés começam a ganhar movimento. É a partir da 24ª que o bebê já está com sua formação completamente definida, exceto seus pulmões que não estão totalmente maturados, já são sensíveis à sons, luzes e reconhecem as alterações de temperatura. A partir da 38ª semana o bebê já está pronto para a

hora do parto, dentro do útero já há pouco espaço para se movimentar e seus pulmões estão preparados para a vida fora do útero (WILLIAMS, 2000).

Seguido disso, com a formação do feto é iniciada a primeira fase da gravidez, onde o fisioterapeuta realiza a preparação para o parto e para a amamentação, e os exercícios pré-natais; direcionando a gestante com condições ideais para o trabalho de parto. A assistência à mulher em trabalho de parto dada pelo fisioterapeuta vem sendo valorizada e conquistando mais espaço, pois o profissional obtém medidas que aliviam a dor e instruções sobre posicionamento, além de educação e conscientização para a hora do parto (STEPHENSON; O'CONNOR, 2000).

No período gestacional a mulher passa por alterações sistêmicas que tem resultado direto da interação de quatro fatores: as mudanças hormonais; o aumento no volume total de sangue, devido ao aumento desse fluxo para o útero e aos rins; o distendimento da parede uterina decorrente ao crescimento do feto; mudanças significativas do peso do corpo, do centro de gravidade e postura (POLDEN; MANTLE, 2000).

Desse modo Kisner e Colby (1998) descrevem que nas alterações do trato urinário envolvem a penetração dos ureteres na bexiga num ângulo perpendicular por conta do alargamento uterino e a pressão que o mesmo exerce sobre a bexiga, fazendo com que a urina retorne aos ureteres levando a maior probabilidade de uma infecção urinária e um aumento à necessidade de micção diária.

No sistema respiratório, ocorre uma maior demanda de oxigênio (de 15 a 20%), no entanto, há uma hiperventilação causando a dispnéia gestacional perceptível logo nas 20 primeiras semanas de gravidez; quanto ao sistema cardiovascular, obtém um aumento progressivo do volume sanguíneo, em média de 35 à 50%, a pressão venosa nos membros inferiores aumenta quando se mantém em pé por um período prolongado, e a arterial tende a diminuir no decorrer da gestação (KISNER; COLBY, 1998).

Segundo o autor citado acima, as alterações situadas no sistema musculoesquelético são de extrema importância no tratamento fisioterapêutico, sendo elas: o alongamento dos músculos abdominais até o limite máximo no final da gravidez; os hormônios influenciam profundamente nos ligamentos diminuindo a força de tensão, e aumentando a mobilidade nas estruturas envolvidas podendo causar hiper mobilidade e frouxidão ligamentar, predispondo as pacientes à lesões articulares; e os músculos do assoalho pélvico se deslocam 2,5 cm para suportar o peso do útero, podendo ser distendidos, rompidos, ou ambos durante o parto. Assim, o autor também menciona que as forças mecânicas que agem sobre o centro de gravidade, o deslocam para cima e para frente, por conta do alargamento do útero e das mamas, interferindo na postura e na estabilidade, fazendo com que haja compensações.

Diante da descoberta da gravidez, surge o questionamento por parte da mulher sobre qual parto trará seu bebê ao mundo, assim, o Ministério da Saúde (2003) descreve o parto cesárea como a extração do feto através de uma incisão na parede abdominal e do útero materno durante o trabalho de parto. Por fim o feto e a placenta são removidos e as três camadas do útero são suturadas; indicado somente quando o parto normal se torna um risco à parturiente e ao bebê, contribuindo para a desumanização do parto normal (OXORN, 1989).

Em contrapartida, o parto normal é um método natural de nascimento com proteção das forças da natureza, onde a parturiente tem uma recuperação imediata e o risco de infecção hospitalar é menos frequente; inicialmente a cabeça do feto começa a coroar no interior da pelve ocorrendo o amolecimento do colo do útero, assim favorecendo o parto (PARKER, 2007).

O parto vaginal vem sendo cada vez mais empregado, podendo se destacar o parto humanizado que foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1º de Junho de 2000 assinado pela portaria 569, que visa garantir as gestantes um atendimento digno (MATEI, 2003). O parto humanizado ou natural visa garantir a consciência corporal da parturiente com o intuito de que seu corpo se torne um instrumento fundamental no processo de parto; no entanto, respeitando a individualidade, necessidade, crença, cultura e valores de cada mulher (OLIVEIRA, 2002; BIO, 2007).

Davim e Bezerra (2012) mencionam que o parto humanizado ou natural tem o objetivo de restaurar o caráter fisiológico no processo de nascimento com conforto físico, sem traumas e de forma positiva; utilizando técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, métodos e práticas de respiração que favoreçam no trabalho do parto proporcionando conforto e segurança à mulher e ao bebê.

Este momento é dividido em três fases: a primeira, denominada fase de retração, inicia-se as contrações uterinas que ocorrem num intervalo de 20 em 20 minutos, e a dilatação do colo inicialmente de 4 à 5 cm, que são primordiais para a saída do bebê da cavidade uterina; a segunda é a fase ativa de expulsão do bebê, em que as contrações ocorrem num intervalo de 5 à 1 minutos e o colo já está de 4 à 7 cm de dilatação; enfim, a terceira fase: a de transição, em que a placenta e a bolsa de líquido amniótico são finalmente expulsas

com contrações irregulares de 1 em 1 minuto, e o colo com dilatação de 7 à 10 cm; portanto, durante todas as fases o fisioterapeuta atua para auxiliar a gestante durante o parto natural (REZENDE,2002).

Os profissionais especializados que prestam assistência ao parto formam uma equipe multidisciplinar que é composta por: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional; cuja sua formação é direcionada para o controle emocional e a assistência da mulher, respeitando a fisiologia do parto e possibilitando a mãe viver esse momento de forma segura e prazerosa. Este atendimento deve estar voltado com a superação de medos, ansiedade e tensões (MACHADO, 2004).

A intervenção fisioterapêutica na assistência à parturiente é denominada fisioterapia obstétrica, que como integrante da equipe multidisciplinar valoriza a participação ativa da gestante no processo do parto. Durante a parturição o corpo dispõe de uma grande mobilidade, envolvendo a interação de fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e primordialmente o apoio e a orientação da equipe obstétrica. O fisioterapeuta tem como função estimular a mulher a se conscientizar de que seu corpo é uma ferramenta ativa para facilitar o processo do trabalho de parto, tornando essa experiência satisfatória (BIO,2006).

Nunes (2007) retrata que as técnicas fisioterapêuticas que podem ser aplicadas, proporcionam conforto, alívio de dor, relaxamento e confiança ao seu próprio corpo; estimulando a deambulação, praticando as mudanças de posturas, realizando exercícios respiratórios e musculares, analgesia por neuroeletroestimulação transcutânea (TENS), massagens, banhos quentes e crioterapia.

De acordo com Sabatino (2000) a deambulação com auxílio da gravidade, contribui na dilatação do colo do útero para melhor dinâmica na expulsão do bebê.

Estudos realizados na década de 70 evidenciaram que as mudanças de posturas e a mobilidade da parturiente durante o trabalho de parto é segura e traz vantagens, e a amplitude de movimentos, auxiliam no encaixe do bebê a pelve e ao canal de parto. Essa abordagem contribui para diminuição da duração de trabalho de parto e alívio da dor. As posturas mais adequadas e orientadas pelos fisioterapeutas são: ajoelhada, sentada, quatro apoios, posição ortostática com inclinação de tronco, posição de Simms e cócoras; é importante sempre respeitar a posição que a gestante relatar se sentir mais confortável (BAVARESCO et al.,2011).

Balaskas (1993) menciona que a respiração é a parte fundamental no trabalho de parto, pois promove relaxamento, direciona a concentração da gestante e diminui o risco de trauma perineal no momento da expulsão, além de melhorar a oxigenação sanguínea da mãe e do feto. Alguns autores dizem não existir técnicas respiratórias ideais durante o trabalho de parto, o que os fisioterapeutas devem orientar desde o pré-natal é o uso adequado dos músculos respiratórios, para contribuir no momento do parto. E para Reberte e Hoga (2005) as técnicas de respiração mais utilizadas são a torácica e abdominal; onde a torácica é proposta no momento das contrações, promovendo maior expansão torácica, aliviando o fundo uterino e favorecendo a oxigenação; já a respiração abdominal, é proposta durante o intervalo das contrações, pois ela promove à parturiente tranquilidade e relaxamento.

Na gravidez os músculos do assoalho pélvico (MAP), se tornam o berço da pelve, ou seja, a região de sustentação; assim esses MAP devem estar tônicos a fim de sustentar o bebê durante a gestação, por outro lado, devem também estar elásticos para se distenderem no momento do parto (CALAIS, 2005). O fisioterapeuta tem como estratégia para manter os MAP tônicos, a utilização da bola suíça, que além de relaxar e fortalecer a musculatura permite à parturiente a propriocepção dos MAP, portanto, obtendo um parto mais tranquilo (SILVA; OLIVEIRA 2011).

No entanto, Nolasco et al. (2007) apresenta o protocolo de Kegel como uma técnica fisioterapêutica com o objetivo de exercitar a musculatura perineal e trabalhar sua hipotonia. Diante do exposto, o mesmo descreve alguns exercícios do protocolo da seguinte forma: paciente em decúbito dorsal, pernas fletidas, fazer uma retroversão pélvica e contração da musculatura perineal, em seguida elevar a pelve mantendo a retroversão, retornando à posição inicial gradativamente (Figura 1); sentada com os membros inferiores em extensão sobre a maca, realizando a contração da musculatura perineal e por último, de pé coloca-se uma bola entre as faces internas da coxa e pedindo para que a mesma fique na ponta dos pés contraindo o perineo e relaxando voltando as plantas dos pés ao chão.



**Figura 1:** Exercícios de Kegel para gestante.

**Fonte:** <http://personalalternativo.com.br/blog/pratica-de-exercicios-durante-gravidez-traz-beneficios-inclusive-para-o-parto/>. Personal Alternativo, 2014.

O epi-no (Figura 2) é um instrumento originado na Alemanha, que tem como característica um balão de silicone, conectado a uma bomba manual, que é inserida no interior da vagina a partir da 34<sup>o</sup> semana de gestação; seu objetivo é quantificar a flexibilidade da musculatura, fortalecer a mesma preparando-a para a hora do parto, alongamento do períneo gradativamente para a passagem do bebê no canal vaginal, e preparar o assoalho pélvico na fase ativa do parto, assim evitando lacerações perineal (RUCKHÄBERLE et al., 2009; CREFITO, 2010).



**Figura 2:** Epi-no

**Fonte:** <http://www.viagensdeprimeiraviagem.com.br/2014/08/preparacaopara-o-parto-epi-no-massagem.html>. Dani Rabelo, 2012.

Korelo et al. (2011) citam que a cinesioterapia pélvica tem o objetivo de ensinar a gestante à controlar a musculatura do assoalho pélvico de forma voluntária, promovendo contração e relaxamento. A maior dificuldade na realização desses exercícios é saber quais músculos devem contrair e de que forma (D'ANCONA, 2001). E Baracho (2007), afirma que os exercícios descritos por Kegel são utilizados para propriocepção e fortalecimento dessa musculatura, sendo proposta a realização de três séries de dez repetições com ou sem o uso da musculatura acessória (glúteos e adutores).

Segundo Knobel (2008), a neuroeletroestimulação transcutânea (TENS) é uma técnica não farmacológica utilizada por fisioterapeutas na obstetrícia, em que possui uma corrente que ativa os receptores sensoriais periféricos, através da teoria de portas, assim, aumentando a produção de endorfinas, que tem como objetivo a hipoalgesia. Os eletrodos são posicionados na região lombo-sacra (primeiro par T8 à L1, segundo par S1 à S4), associados respectivamente a primeira e segunda fase do trabalho de parto (ORANGE, 2003).

Em estudo realizado com uma amostra de 24 parturientes, os parâmetros estabelecidos por Van Der Spanck (2000), a frequência utilizada foi de 80Hz e largura de pulso de 275µs; a aplicação iniciava-se na fase ativa do trabalho de parto, e finalizava-se quando a parturiente atingia a dilatação total, demonstrando alívio de dor e satisfação quanto ao uso do recurso.

Para aliviar a dor e o desconforto, a técnica da massagem sempre foi um dos meios mais naturais e instintivos, pois reduz a ansiedade e o estresse, promove relaxamento muscular, diminuição da fadiga muscular,

e ação analgésica; gera também benefícios emocionais e equilíbrio entre os sistemas simpático e parassimpático (MAMEDE, 2004). Como uma das respostas fisiológicas da massagem, evidencia-se a liberação de endorfina, que diminuem as transferências de sinais entre as células nervosas, minimizando a dor (RICCI, 2013). Cassar (2001) cita que a massagem favorece a circulação e o transporte de endorfina, aumentando assim, o suprimento de nutrientes para a placenta.

Os principais locais que se aplicam a massagem são na região lombo-sacra e membros inferiores, nos quais as gestantes referem quadro algico; na região perineal é indicado à massagem para as gestantes que apresentam maior risco de lacerações, como as que estão em seu primeiro parto vaginal; assim, o relaxamento das fibras alivia a tensão local evitando a episiotomia (NEUMAYR, 2013).

É comum utilizar o banho de chuveiro com a água aquecida entre 37° e 38° C durante o trabalho de parto, pois é bem aceito pelas parturientes e seu custo é baixo. Esse processo atua no relaxamento e alivia a dor, pois reduz a liberação de catecolaminas, aumentando a produção de endorfinas, promovendo vasodilatação periférica, conseqüentemente aumentando o fluxo sanguíneo, assim reduzindo a ansiedade e proporcionando tranqüilidade à parturiente (GALLO et al., 2011; SANTANA et al., 2013). A adoção dessa medida retarda e reduz o uso de fármacos para fins analgésicos (SILVA, 2006).

O banho de imersão em piscinas ou banheira (Figura 3) também é uma medida adotada pelos fisioterapeutas no momento do parto, pois Goldenberg (2002) cita que o uso da água durante o trabalho de parto é um meio natural, não farmacológico e sem efeitos colaterais, que reduz a dor durante a fase ativa do parto. Harper (2005) menciona que o uso do meio aquático facilita a passagem do feto pelo canal do parto, e permite que a mesma mova-se em posições confortáveis promovendo sensação de segurança.



**Figura 3:** Banho de imersão

**Fonte:** <http://www.geracaomae.com.br/parto/o-parto-na-agua>. Flávia Maciel, 2016.

A crioterapia é definida como uma técnica de fins terapêuticos, que utilizam o gelo com objetivo de reduzir a transmissão de dor, através do estímulo de liberação de endorfinas, com a finalidade de promover a analgesia. As possibilidades de uso da crioterapia são com compressas frias ou pacote de gel congelado, que devem ser manipuladas de forma correta, a fim de evitar queimaduras (VALE, 2006).

Observa-se que as técnicas fisioterapêuticas são estratégias não farmacológicas, que apresentam grande aceitação das gestantes, pois não apresentam riscos para a parturiente e o feto. A revisão em torno desses recursos, como a massagem, deambulação, o uso da TENS, exercícios musculares e o banho quente, influenciam à fisiologia da dor e na evolução do trabalho parto (DAVIM; TORRES; MELO, 2007).

## DISCUSSÃO

A intervenção fisioterapêutica no preparo para o parto humanizado ou natural nos leva a discutir a importância da preparação e o incentivo para o parto vaginal, visto que a atuação do fisioterapeuta consiste no alívio da dor e no controle das emoções (BIO, 2007; DUARTE, 2012).

Segundo Stephenson e O'connor (2004) o objetivo da assistência fisioterapêutica é preparar a parturiente para um parto tranquilo e à prevenindo de possíveis complicações, tornando-a mais participativa, com orientações e preparos que irá mudar sua concepção sobre o parto, antes muito temido.

O fisioterapeuta é de extrema importância no processo do parto ativo, pois sua atuação vai além das orientações dadas à parturiente; assim, o mesmo respeita a individualidade de cada paciente possibilitando o alívio da dor, o relaxamento e o posicionamento ideal para cada parturiente durante o trabalho de parto (CANESIN, 2010; BAVARESCO, 2011).

Bio (2006) explica que 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, contribuindo assim para a evolução da dilatação. Já Miquelutti (2009) afirma que só ocorre a diminuição no tempo da fase ativa do trabalho de parto, quando há a associação de: mobilidade da parturiente, deambulação e posicionamento vertical; sendo assim, o contrário disso não interfere na diminuição do tempo da fase ativa no parto natural.

Em três estudos realizados com mulheres (n=50) verificou-se que a postura vertical juntamente com a deambulação, mobilidade pélvica e o movimento articular geral houve uma diminuição no tempo do trabalho de parto de (5h16m) em comparação com o outro grupo (n=50), que não foi induzido ao experimento, à duração do trabalho de parto foi de (8h28m) (BIO, 2006).

Santos (2006) constatou que o decúbito lateral esquerdo (DLE) melhora a oxigenação fetal e evita a hipotensão supinada. Canesin (2010) menciona que a posição de decúbito dorsal por tempo prolongado, diminui o ritmo das contrações aliviando assim a dor. Portanto, Bavaresco et al., (2011) defende que é importante sempre respeitar a posição que a gestante relatar se sentir mais confortável.

Quanto à respiração, Marques (2011) relata que as incursões respiratórias devem ser somente durante as contrações uterinas para evitar a fadiga da paciente, evitando a hiperventilação materna que pode trazer efeitos adversos para ambos. A mesma é utilizada para proporcionar relaxamento, concentração, diminuir o risco de trauma perineal, melhorar a circulação sanguínea da mãe e do bebê, minimizar a ansiedade e a dor. Entretanto, para alguns autores não existem técnicas respiratórias ideais recomendadas para fase ativa do trabalho de parto.

Almeida et al.(2005) citam que em dois estudos realizados com 19 mulheres que utilizaram a técnica de relaxamento e respiração no momento da parturição, obtiveram diminuição do tempo do trabalho de parto de (5h39m), quando comparado ao grupo controle de 17 mulheres que durou (7h25m).

Dentro dos exercícios musculares, o agachamento é citado como meio de favorecer o aumento do canal do parto, acelerando a fase de dilatação e expulsão, contribuindo para uma melhor dinâmica e contratilidade uterina. Porém, o mesmo observou que faltam esclarecimentos sobre o exercício e seus benefícios (MAMEDE, 2006).

Conti (2003) ressalta que os exercícios físicos para as gestantes não tem contra-indicação, ao contrário, ele garante o controle do seu corpo e sua gestação, resultando em equilíbrio físico e psíquico trazendo sensação de bem estar. É função do fisioterapeuta orientá-la e conscientizá-la para que desenvolva toda potencialidade de sua musculatura pélvica e abdominal, mantendo a contração e relaxamento dessas musculaturas em sincronia nas fases do parto (POLDEN; MANTLE, 2000).

Na década de 40 Dr.Arnold Kegel descreveu os exercícios para os músculos do assoalho pélvico, conhecidos como protocolo de Kegel; para a obtenção de bons resultados é necessário a compreensão total das parturientes que o executam e após o seu entendimento, realizá-los também em casa. A realização do protocolo de Kegel na preparação da parturiente, permite uma melhor expectativa quanto ao parto natural e o retorno da função pélvica normal pós-parto (PAGES *et al.*, 2001; LUKBAN & WHITMORE, 2002).

De acordo com Nolasco et al. (2007) a cinesioterapia pélvica não causa efeitos colaterais e nem afecções patológicas que coloquem em risco a parturiente e o bebê.

Em um estudo realizado na Unifesp, composta por 227 gestantes, demonstrou que o uso do epi-no faz com que a mulher tenha cinco vezes mais chances de permanecer com o períneo íntegro, sem episiotomia ou lacerações (NAKAMURA et al., 2014).

Kok et al. (2004) realizou um estudo prospectivo para avaliar o uso do epi-no na preparação para o parto natural em Singapura em um grupo de 31 gestantes, na qual foram orientadas a usar o epi-no a partir da 37ª semana de gestação, por 15 minutos diários, até a hora do parto; o estudo comparou com outras 60 mulheres que fizeram o parto natural no mesmo local sem o treinamento com o aparelho epi-no, assim, notou-se que a taxa de episiotomia e de trauma perineal foi menor nas 31 gestantes que participaram do estudo.

Quanto ao uso da neuroeletroestimulação transcutânea (TENS), em estudo realizado por Castro, Castro e Mendonça (2012) os parâmetros são os utilizados para a dor aguda (que é a mesma da dor do parto), ou seja, frequência elevada (150hz) com largura de pulso moderada (75µs) por aproximadamente 30 minutos durante a fase ativa do parto. Em contrapartida, Van Der Spanck (2000) utilizou parâmetros para dor crônica, 80hz e 275µs, porém, o mesmo cita que não existe um consenso na literatura para melhor parâmetro a ser ajustado.

Simkin (2002) menciona que não existem riscos e benefícios da massagem durante o trabalho de parto, porém, Chang (2002) realizou um estudo em Taiwan e pode observar que houve diminuição da ansiedade e das reações de dor durante o trabalho de parto, em que a mesma é realizada em todo corpo da parturiente, desde que a parturiente sinta-se confortável em recebê-la.

Em relação aos banhos quentes, foi realizado um ensaio clínico por Silva (2006) em uma maternidade pública de São Paulo, e observou-se que o banho de imersão reduz o uso de fármacos, ajuda no controle da dor, além de proporcionar a colaboração ativa da parturiente.

Já Nunes (2007), realizou um estudo no hospital-maternidade Carmela Dutra-RJ usando a crioterapia como recurso não farmacológico na fase ativa do parto, e obteve o seguinte resultado: o gelo trás alívio de dor, relaxamento das parturientes e não gera efeitos indesejados. Porém Furtado (2010) explica que o gelo alivia a dor perineal somente após o parto normal, pois ele faz com que a temperatura dessa região chegue entre 10°C e 15°C anestesiando e inibindo os estímulos dolorosos do local, impedindo-os de chegar ao sistema nervoso central.

Através da intervenção fisioterapêutica no trabalho de parto notou-se a diminuição no tempo de trabalho de parto ativo, comprovando assim que o uso das condutas que podem ser aplicadas proporciona conforto, alívio de dor, relaxamento e confiança à parturiente; estimulando a deambulação, praticando as mudanças de posturas, realizando exercícios respiratórios e musculares, analgesia por neuroeletroestimulação transcutânea (TENS), massagens e banhos quentes são eficazes para o parto e são benéficos para a parturiente e o feto (SILVA; SOUSA, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se que a intervenção fisioterapêutica no preparo para o parto natural, é uma área ainda pouco estudada. A fisioterapia obstétrica atua efetivamente com seus recursos reduzindo os incômodos do parto natural, ou seja, aliviando a dor, promovendo relaxamento, diminuindo o tempo do trabalho de parto ativo tornando-o mais agradável, e dessa forma, é possível proporcionar a parturiente um parto agradável e benéfico.

As parturientes orientadas e preparadas sentem-se valorizadas e tranquilas por cooperarem para a realização do próprio parto, mudando sua concepção à respeito do mesmo, antes tão temido, e a atuação do fisioterapeuta contribui efetivamente para que isso ocorra.

Sendo assim, fisioterapia obstétrica deve ser mais explorada pelos graduados e graduandos da área, pois possui eficiência comprovada.

## **ABSTRACT**

The humanized or natural birth has the intention to reestablish the physiological aspect in the birth process through the physiotherapeutic intervention, which provides comfort, pain relief, relaxing without drugs and self confidence in the body. This article is a literature review that has the intention to describe the physiotherapeutic action in a natural birth. Through this writing, we had the opportunity to prove in the natural birth preparation the physiotherapeutic's intervention efficiency.

**KEY WORDS:** Physiotherapy; natural childbirth and Humanization of labor.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALMEIDA, N.A.M, SOUSA J.T.D.E, BACHION M.M, SILVEIRA N.D.E.A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-AmEnferm.** 2005; 13 (1): 52-58.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia.** 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BAVARESCO, G.Z.; et al. **O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, jul.2011.
- BIO, E. ; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** 28 (11): 671-9; 2006.
- BIO, E.R. **Assistência fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [dissertação na Internet]. 2007 [acessado 2017 fev12]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-12022008-141747/>
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil (IDB 2003)** – Brasília.
- CALAIS, G.B. **O períneo feminino e o parto.** São Paulo; Manole; 2005.158p.
- CANESIN, K.F.; AMARAL W.N. **Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura.** *Femina*, v. 38, n. 8, p. 429-433, ago. 2010.
- CASSAR, M.P. **Manual de massagem terapêutica: um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta.** São Paulo: Manole, 2001.
- CASTRO. A.S, CASTRO. A.C, MENDONÇA. A.C. **Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor.** Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT) Uberaba – 2012
- CHANG, M.Y, WANG, S.Y, CHEN, C.H. **Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan.** *J AdvNurs.* 2002; 38(1):68-73.
- CONTI, M.H.S; CALDERON, I.M.P; CONSONNI, E.B; PREVEDEL, T.T.S; DALBEM, I. ; RUDGE, M.V.C. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** V. 25, n. 9, p. 647-654, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n9/a05v25n9.pdf>> Acesso em: 03 jan 2017.
- D'ANCONA, C. A. L.; JÚNIOR, N. R. N.. **Aplicações clínicas da urodinâmica.** 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. 396p.
- DAVIM, R.M.B; BEZERRA, L.G.M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. **Rev. Latino Americana enfermagem** 2002; 10(5): 727-32.
- DAVIM, R.M.B, TORRES GV, MELO ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **RevLatAm Enfermagem** [periódico na Internet]. 2007 dez [acessado 2017 jan17]; 15(6):1150-1156. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000600015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600015&lng=en). doi: 10.1590/ S0104-11692007000600015.
- DIAS, MAB; DOMINGUES, R.M.S.M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** *Ciência e Saúde Coletiva.* 10(3): 699-705, 2005.
- DUARTE, K.V. **Fisioterapia no trabalho de parto: uma revisão literária.** Faculdade Ávila – Pós-graduação em uroginecologia, obstetrícia e mastologia. 2012 p.8
- FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. **A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação.** *Ca. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 150-173, abr/jun. 1991.
- FURTADO, L. **Gelo no alívio de dor no períneo após o parto normal.** Agência universitária de notícias. Ed. AunAno:43 ed:38. 24 de jun de 2010. Disponível em: [www.usp.com.br](http://www.usp.com.br) Acesso em: mar.2017.
- GALLO, R.B.S.; et al. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** *Femina*, v. 39, n. 1, p. 41-48, jan. 2011.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª Ed. São Paulo: Atlas S.A.2002.184p.
- GOLDENBERG, M. A construção social do corpo: um novo modelo de ser mulher. **Revista da FAGED**, nº6 págs 87-97, 2002.
- HARPER, B. Parto en agua: La única técnica adaptada por mujeres para las. **Revista Obstare El mundo de La Maternidad** nº4 págs. 24-30, 2002.
- KISNER, C.COLBY, L. **Exercícios terapêuticos.** 3ª Ed. São Paulo: Manole, 1998.1000p.
- KNOBEL, R. **Técnicas de acupuntura para alívio da dor no trabalho de parto – ensaio clínico** [tese]. Campinas: Unicamp [tese na internet]. 2002 [acessado 2017 mar5]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000265427>.
- KOK, J. ; TAN, K.H; KOH, S. ; CHENG, P.S. ; LIM, W.Y.; YEW, M.L, et al. **Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore.** *Singapore Med J.* 2004; 45(7): 318-23.

KORELO, R.I.G.; GRUBER, C.R. ; NAGATA, A.S; KUHNEN, E. Y.; DUTRA, E.; SANTOS, E. F. N.; XAVIER, M. D.; OLIVEIRA, P.D.; ANTOCHECEN, T. Atuação da fisioterapia na síndrome do assoalho pélvico-vulvodínia e vaginismo - uma revisão da literatura. **Revista Fisioterapia em Evidência**. Ano 2, n. 4, dez., 2011. Disponível em: <<http://www.dombosco.sebsa.com.br>> Acesso em: 03 fev. 2017.

LUKBAN JC, WHITMORE KE. **Pelvic floor muscle re-education treatment of the overactive bladder and painful bladder syndrome**. *ClinObstetGynecol*2002; 45: 273-85.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. **Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente**. 2004.

MAMEDE FV, ALMEIDAA.M, CLAPIS M.J. **Movimentação/deambulação no trabalho de parto:uma revisão**. *Acta Sci Health Sci* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2017 mar20]; 26(2):295-302. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1580/932>.

MAMEDE, F.V.; O efeito da Deambulação na Fase Ativa do Trabalho de parto; **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Vol. 28, no 6, Rio de Janeiro, 2006.

MARQUES, A.A.; SILVA, M. P. P. e; AMARAL, M. T. P. do. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**; Editora Roca LTDA, São Paulo, 2011.480p.

MATEI, E. M.; CARVALHO, G. M.; SILVA, M. B. H.; MERIGHI, M. A. B.: **Parto humanizado: um direito a ser respeitado**. São Paulo. 2003, p. 17, 19.

MAZZALI, L.; GONÇALVES, R. N.; **Análise do tratamento fisioterapêutico na diminuição da dor lombar durante o trabalho de parto normal**. Valinhos- SP, v. XII, N.1, 2008, p. 9.

MIQUELUTTI, M. A.; CECATTI, J. G.; MORAIS, S. S.; MAKUCH, M. Y.The vertical position during labor: pain and satisfaction. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 9, n. 4, p. 393-398, 2009.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, ago. 2008.

NAKAMURA, M.U; SASS, N.; JUNIOR, J.E.E; PRETICELLI, C.D; ALEXANDRE, S.M; JUNIOR, E.A, et al. **Parturient perineal distensibility tolerance assessed by EPI-NO: na observational study**. *Einstein*. 2014; 12 (1):22-6.

NEUMAYR, R.F.R. **Relação entre adesão à massagem perineal e as disfunções do assoalho pélvico: um estudo exploratório**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/defesas/20151008163729.pdf>. Acesso em: 11 jan.2017.

NOLASCO, J.; MARTINS, L.; BERQUO, M.;SANDOVAL, R.A. **Cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino**. Artigo Original. ed.56, mai/jun, 2007.

NUNES S, VARGENS O.M.C. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. **RevEscEnferm USP** [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2017 jan5]; 15(3):337- 342. Disponível em: [http://www.portalbvnsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-35522007000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.portalbvnsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000300003&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0104-3552

OLIVEIRA, S.M.J.V.; et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **RevLatinoam Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-674, set/out. 2002.

ORANGE F.A, AMORINM.M.R, LIMA L. Uso da eletro-estimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. **RevBrasGinecolObstet** [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2017 fev4]; 25(1):45-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032003000100007&lng=en.doi:10.1590/S0100-72032003000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000100007&lng=en.doi:10.1590/S0100-72032003000100007).

OXORN, Harry. **Trabalho de parto**. 5ª ed. São Paulo: Roca, 1989.712p.

PAGES. IH, Jahr S, Schaufele MK, et al. **Comparative analysis of biofeedback and physical therapy for treatment of urinary stress incontinence in women**. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001;80:494-502.

PARKER, S. **O livro do corpo humano**. 1ª Ed. São Paulo: Ciranda Cultural, 2007.256p.

PATAH, L.E.M.; MALIK, A.M. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p.185-194, fev. 2011

POLDEN, M.; MANTLE, J.**Fisioterapia e ginecologia obstétrica**. São Paulo : Ed. Santos.2000.544p.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K. **O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 186-192, abr/jun. 2005.

REVISTA CREFITO SÃO PAULO. **Revista: fisioterapia e terapia ocupacional na mídia**. São Paulo: 2010. ano 7.ed.2. Mensal.

- REZENDE, J. **Obstetrícia**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2013.852p.
- RUCKHÄBERLE, E. et al. **Prospective randomized multicentre trial with the birth trainer epi-no for the prevention of perineal trauma**. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology v.49, n.5, p.478-83,2009.
- SABATINO H, DUNN P.M, BARCIA R.C. **Parto Humanizado: formas alternativas**. Campinas: Editora da Unicamp; 2000.
- SANTANA, J .C .B; PAULA, K. F.; CAMPOS, A. C. V.; REZANDE, M. A. E.; BARBOSA, B. D. G.; DUTRA, B. S.; BALDESSARI, C.E. F.: **Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem**. Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2009, p. 78.
- SANTANA, L.S.; et al. Efeito do Banho de Chuveiro no Alívio da Dor em Parturientes na Fase Ativa do Trabalho de Parto. **Rev Dor, São Paulo**, v. 14, n. 2, p. 111-113, abr/jun. 2013.
- SANTOS, T.C.; ANJOS, M.S.; Atuação Fisioterapêutica na Sala de Parto Normal; **Rev. Fisiot. Bras.**; 7 (3): 229-234, maio - jun, 2006.
- SILVA, F.M.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 57-63, mar. 2006.
- SILVA, M.L.B; SOUSA, D.P.M. **A atuação da fisioterapia no parto e pós parto**. Pós-graduação em fisioterapia intensiva. Faculdade ÁvilaGoiania- GO, 2011.
- SILVA, L.M., et al. **O uso da bola suíça no trabalho de parto**. Acta Paul Enferm, São Paulo, v.24, m.5, p. 656-662. 2011.
- SILVANI, C.M.B. **Parto Humanizado – uma revisão bibliográfica**. Porto Alegre. 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf>>. Acesso em: 22 jan.2017.
- SIMKIN, P.P, O'HARA M. **Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods**. *Am J ObstetGynecol*. 2002; 186(Suppl. 5):131-159.
- STEPHENSON, G.R.; O'CONNOR, J.L. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia**. 2ªEd Manole.520p.
- VALE N.B. Analgesia adjuvante e alternativa. **Revista Brasileira de Anestesiologia**.2006;56(5): 530-555.
- VAN DER SPARK.JT, CAMBIER DC, DE PAEPE.H.M.C, DANNEELS L.A.G, WITVROUW E.E, BEERENS L. **Pain relief in labour by transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)**. Arch Gynecol Obstet. 2000;264(5):131-6.
- WILLIAMS. **Ginecologia de Williams – 2ª Ed**. Artmed. 2000.1224p.