



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Fisioterapia
Trabalho de Conclusão de Curso

**Combinação de recursos não - farmacológicos para o alívio de dor
durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática**

Gama-DF
2021

**CÍNTIA FIGUEIREDO CORDOVA DA COSTA
SANAYARA LEITE EUFRÁSIO**

**Combinação de recursos não - farmacológicos para o alívio de dor
durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador (a): Prof (a). Me. Mariana Cecchi Salata.

Gama-DF

2021

**CÍNTHIA FIGUEIREDO CORDOVA DA COSTA
SANAYARA LEITE EUFRÁSIO**

Combinação de recursos não-farmacológicos para o alívio de dor durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 01 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora

Mariana Cecchi Salata.

Orientadora

Walquíria Lene

Examinador

Maria Amélia Estrela

Examinador

Combinação de recursos não-farmacológicos para o alívio de dor durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática

Cíntia Figueiredo Córdova da Costa
Sanayara Leite Eufrásio

Resumo:

Durante o trabalho de parto, a parturiente requer mobilidade pélvica e o uso intensivo da musculatura do abdômen, do períneo e do diafragma respiratório. O fisioterapeuta, por estudar todos os movimentos das articulações do corpo humano e o funcionamento muscular, auxiliando na contração e no relaxamento, é um dos profissionais capacitados a contribuir no atendimento à parturiente. A utilização de recursos, como: banhos quentes, bola suíça, massagens lombares; aceleram o processo de dilatação, aliviam a dor, reforçando a expulsão da criança. A cinesioterapia como recurso fisioterapêutico auxilia a parturiente a se manter ativa durante todo o período do trabalho de parto, através de uma redescoberta das posturas verticais sentada, ajoelhada, de cócoras e em quatro apoios, e da liberdade de movimento como prática eficiente que facilita o processo de parto. **Objetivos:** Sinalizar a importância da fisioterapia por meio de recursos combinados no ambiente intraparto para manejo da dor do parto e conseqüentemente diminuição de desfechos ruins tanto materno quanto fetal. **Métodos:** O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão sistemática, incluindo estudos que utilizaram recursos fisioterapêuticos para o manejo da dor durante o trabalho de parto. Utilizando os descritores: dor do parto e intervenções não farmacológicas, combinados com o operador lógico AND. Para a busca nas bases de dados, utilizou-se a seguinte combinação: *labor pain AND nonpharmacological interventions*.

Palavras-chave: alívio da dor; parto; recursos.

Abstract:

During labor, the parturient requires pelvic mobility and intensive use of the muscles of the abdomen, perineum and respiratory diaphragm. The physiotherapist, for studying all the movements of the joints of the human body and the muscular functioning, helping in the contraction and relaxation, is one of the professionals able to contribute in the care of the parturient woman. The use of resources such as: hot baths, Swiss ball, lumbar massages; accelerate the process of dilation, relieve pain, reinforcing the child's expulsion. Kinesiotherapy as a physiotherapy resource helps the mother to remain active throughout the period of labor, through a rediscovery of vertical sitting, kneeling, squatting and four-legged postures, and freedom of movement as an efficient practice that facilitates delivery process. **Objectives:** To signal the importance of physical therapy through combined resources in the intrapartum environment to manage labor pain and, consequently, reduce poor maternal and fetal outcomes. **Methods:** This study was developed from a systematic review, including studies that used physical therapy resources to manage pain during labor. Using the descriptors: labor pain and non-pharmacological interventions, combined with the logical AND operator. To search the databases, the following combination was used: *labor pain AND nonpharmacological interventions*.

Keywords: pain relief; childbirth; resources.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho de parto é um evento caracterizado por contrações da musculatura lisa miométrial que tem por finalidade promover dilatação do colo uterino, além de empurrar o feto pelo canal de parto. Embora este evento seja contínuo, ele é dividido em três estágios clínicos. O primeiro estágio refere-se ao intervalo entre o início das contrações até dilatação completa do colo uterino (10 cm); o segundo estágio refere-se ao momento em que o feto se apresenta na pelve materna, levando à expulsão deste; e o terceiro estágio refere-se ao intervalo entre a expulsão do feto e a dequitação da placenta e suas membranas (BARACHO, 2018; LIAO *et al.*, 2005).

Para que o trabalho de parto aconteça com sucesso deve haver uma complexa interação entre inúmeros eventos, como: liberação hormonal pela mãe (ocitocina e prostaglandina), a força gerada pelo miométrio uterino, os movimentos fetais e a condição da pelve óssea e tecidos moles (DRIUSSO, 2021; LIAO *et al.*, 2005). Durante o processo, a mulher pode experimentar sensação de dor, que é variável de acordo com o estágio do trabalho de parto (FARNHAM, 2020).

No primeiro estágio de trabalho de parto, a nocicepção é proveniente da dilatação cervical, além da distensão de tecidos uterinos que serão captados por receptores de pressão, fibras A delta e C, e transmitida através das raízes nervosas de T 10 a L1 até o corno dorsal da medula espinhal. Já, no segundo estágio do trabalho de parto, a nocicepção é decorrente da distensão vaginal e dos músculos do assoalho pélvico, sendo transmitida pelas raízes de S2 a S4 até o corno dorsal da medula. Em ambas aferências, o estímulo realizará sinapses com centros superiores até a modulação da dor pela parturiente (DRIUSSO, 2021; LEMOS, 2014).

A percepção em relação a preferências para o manejo da dor, durante o trabalho de parto e o desconforto gerados pelas contrações uterinas, durante o processo do parto, são individuais para cada mulher. A falta de suporte à parturiente frente a dor pode acarretar ansiedade, fadiga, experiência negativa ao parto e efeitos adversos no pós-parto (BARBIERI *et al.*, 2013; FARNHAM, 2020).

Recentemente, o Ministério da Saúde (2017) e a Organização Mundial de Saúde (2018) elaboraram diretrizes e recomendações de cuidados intraparto com intuito de promover uma experiência de parto positivo para a mulher, centrado em seu bem-estar e do feto, com ideia de padronizar as práticas profissionais baseadas em evidências científicas de assistência ao parto

normal. Além disso, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000) trouxe conceitos fundamentais para prática de humanização durante o parto que envolvem: direito ao acompanhante, liberdade à mobilidade materna, apoio emocional e físico pela equipe, restrição às intervenções e o uso de métodos não-farmacológicos para alívio de dor (BARACHO, 2018).

Em consonância com estas diretrizes, o fisioterapeuta inserido às equipes de salas de partos dispõe de vários objetivos, como: alívio de dor, reduzir o tempo de trabalho de parto, reduzir ou adiar a administração de analgesia farmacológica, reduzir as taxas de partos instrumentalizados e conseqüente melhora na experiência e satisfação com o parto. Para estas finalidades, o fisioterapeuta tem competência para avaliar e prescrever os recursos e formas de utilização destes durante o processo (ABRAFISM, 2020).

A literatura reúne inúmeros trabalhos que descrevem recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas durante a assistência à parturiente, como: estimulação elétrica nervosa transcutânea-TENS, técnicas manuais, termoterapia, imersão em água, bola suíça, controle da respiração na primeira fase do trabalho de parto e no período expulsivo e puxo, mobilidade e posicionamentos da mulher para favorecer abertura de estreitos e acupuntura (JONES *et al.*, 2012; SIMKIN, O'HARA, 2002).

Estes recursos podem ser utilizados de forma isolada ou associados, de acordo com a avaliação feita pelo fisioterapeuta ao longo do trabalho de parto (GALLO *et al.*, 2018; HENRIQUE *et al.*, 2018). Em grande parte destes estudos, os desfechos se mostraram positivos, não trazendo malefícios para a mãe e o feto (ACOG, 2019).

Neste contexto, a atuação do fisioterapeuta na maternidade assume importância fundamental, principalmente no que se refere ao alívio da dor com utilização de recursos não farmacológicos, suporte físico e posicionamento. Ainda que existam vários artigos relatando os benefícios dos recursos nestas fases, são necessários estudos bem conduzidos e revisões para elucidar a efetividade destes nos desfechos maternos e fetais durante o parto e pós-parto.

Desta forma, este estudo tem por objetivo Sinalizar a importância da fisioterapia por meio de recursos combinados no ambiente intraparto para manejo da dor do parto e conseqüentemente diminuição de desfechos ruins tanto materno quanto fetal.

2 MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido a partir de estudos que utilizaram recursos fisioterapêuticos para o manejo da dor durante o trabalho de parto.

2.1 Estratégias de busca

Realizou-se a pesquisa eletrônica de 30/09/2020 A 15/10/2021, nas Bases de Dados Pubmed (Publicações Médicas), Cochrane, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e PEDro (Base de Dados em Fisioterapia) por dois investigadores independentes, utilizando os descritores: dor do parto e intervenções não-farmacológicas, combinados com o operador lógico AND. Para a busca nas bases de dados, utilizou-se a seguinte combinação: *labor pain* AND *nonpharmacological interventions*.

2.2 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos artigos publicados nos últimos 10 anos, na língua portuguesa e inglesa, com delineamento experimental e que abordassem a combinação de intervenções não-farmacológicas para o alívio de dor durante o trabalho de parto. Já os critérios de exclusão foram: artigos que não estavam disponíveis na íntegra, revisões de literatura, intervenções médicas e duplicados nas bases de dados.

Considerando o acrônimo PICO, os seguintes critérios de inclusão foram considerados: População (*population*): mulheres em trabalho de parto; Intervenção (*intervention*): recursos não-farmacológicos para alívio de dor; Comparação (*comparison*): grupo controle; Resultados (*outcome*): dor, fadiga, tempo de trabalho de parto, administração de analgesia farmacológica, experiência e satisfação com o parto.

3 RESULTADOS

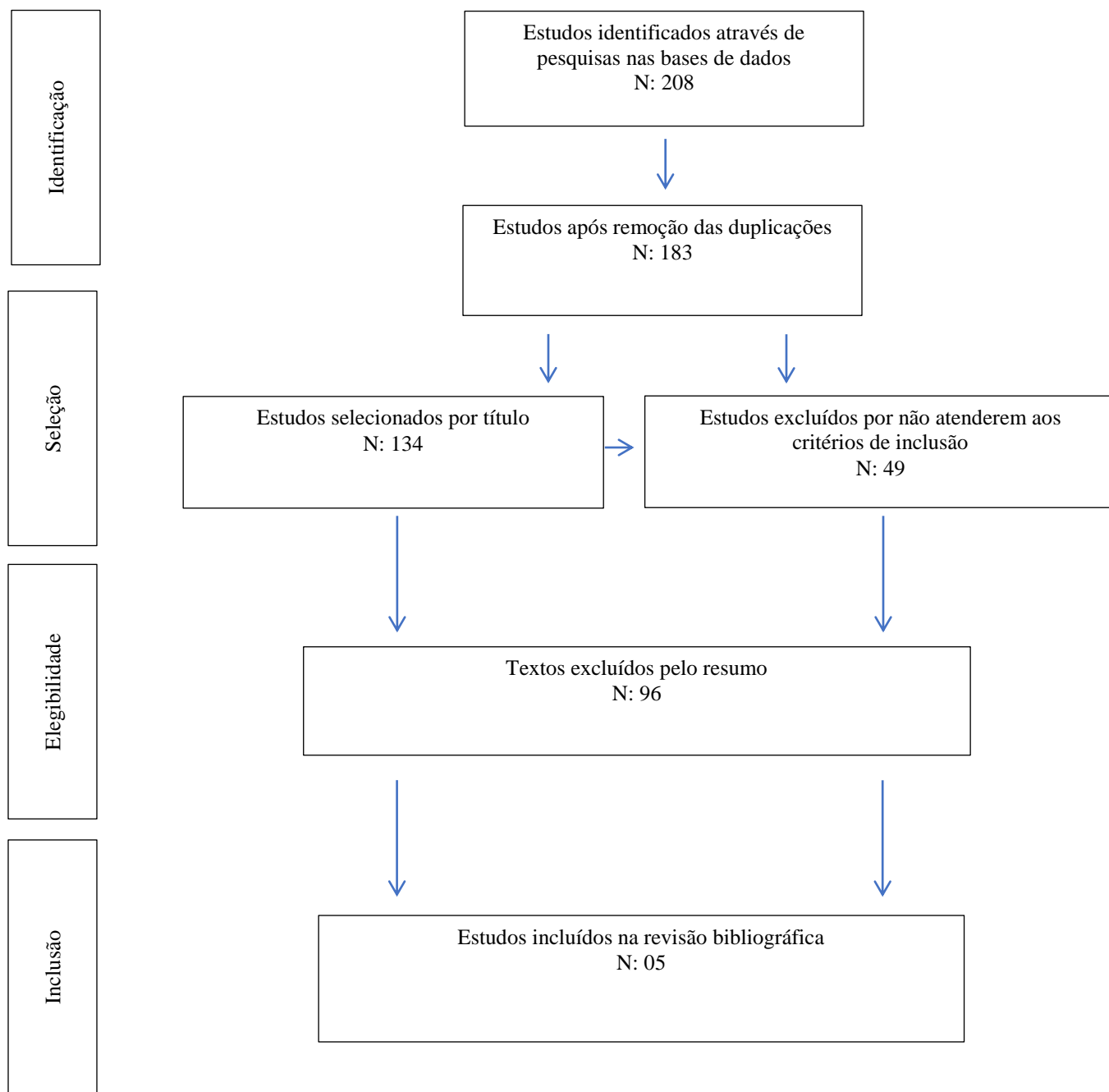
A figura 1 representa o fluxograma com o processo de seleção para cada etapa do estudo, resultando em 5 artigos incluídos na revisão. Após a busca realizada nas bases de dados já citadas onde foram identificados 208 estudos utilizando os descritores: dor do parto e intervenções não farmacológicas, combinados com o operador lógico AND. Para a busca nas bases de dados, utilizou-se a seguinte combinação: *labor pain* AND *nonpharmacological interventions*, 25 destes foram removidos por duplicações, então 183 foram selecionados pelo título e 49 excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. 134 restaram para avaliar elegibilidade e 96 foram excluídos pelo resumo não ter relação com a matéria deste estudo, sendo incluídos neste presente trabalho 5 estudos que atenderam ao interesse desta revisão.

O tamanho da amostra dos estudos variou de 15 a 128, totalizando 383 mulheres em trabalho de parto ativo. Todos os estudos optaram por incluir as primigestas e a idade teve como variação de 15 a 30 anos, porém, dois estudos não citaram a seleção da idade. Três selecionados continham grupo controle e grupo intervenção onde o grupo controle não se beneficiava dos recursos e o grupo intervenção participava dos recursos não farmacológicos para alívio da dor do parto, outros dois usaram três grupos, onde os dois primeiros grupos utilizavam recursos de forma individualizada e no terceiro grupo os recursos eram aplicados de forma combinada.

Dentre os métodos de avaliação estavam o questionário validado de Experiência e Satisfação com o Parto (avalia a experiência e satisfação da mulher com o parto (preocupações, sentimentos, relaxamento, cuidados e condições disponíveis, dor, satisfação e confirmação de expectativas prévias, bem como suporte por parte de significativos durante o parto), Diagrama de localização da dor facial, Escala visual analógica (EVA) para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente.

Os estudos utilizaram os seguintes métodos de intervenção: hidroterapia com ducha quente em região lombossacral a cada 15 min, por 30 min; exercícios perineais com bola por 30 min; caminhada (com dilatação cervical entre 4 e 5 cm) postura alternada (dilatação cervical de 6 a 7 cm); mobilidade pélvica; massagem lombossacral.

Figura 1- Fluxograma dos critérios de seleção estudos para revisão.



Fonte: Dos autores, 2021.

Tabela 1 - Estudos selecionados para revisão.

(continua)

AUTORES	AMOSTRA	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	MÉTODOS	RESULTADOS
<p>QUINTANA <i>et al.</i>, 2012</p>	<p>80 mulheres entre 15 e 30 anos. Gravidez única; Idade gestacional > 37 semanas; Apresentação cefálica fetal; Membranas intactas; Parto espontâneo; Admissão ao início da fase ativa de dilatação (dilatação cervical de 4 cm); Dinâmica entre 2 e 4 contrações uterinas em dez minutos; Ausência de patologias maternas e fetais; alfabetizado; Ausência de problemas cognitivos.</p>	<p>Avaliar a influência da aplicação de recursos não farmacológicos associados durante o trabalho de parto para o alívio da dor.</p>	<p>EVA e / ou diagrama de localização da dor facial e no pós-parto será aplicado um questionário validado de Experiência e Satisfação com o Parto.</p>	<p>Grupo Controle: receberam atendimento de rotina não sendo atendidas pelo fisioterapeuta, mas avaliadas concomitantemente no grupo intervenção. Grupo Intervenção: Fase I: 4-5 cm de dilatação cervical (mobilidade pélvica na bola de exercícios) Fase II: 5-6 cm de dilatação cervical (massagem lombossacral) Fase III: dilatação cervical de 7 cm ou superior (banho quente)</p>	<p>O grupo intervenção evidenciou maior alívio da dor. A evolução do trabalho de parto foi melhor no grupo intervenção. O tipo de parto predominante no grupo intervenção foi o parto vaginal enquanto que no grupo controle houve mais partos cesáreos. No grupo controle os neonatos apresentaram: distócia do ombro e desconfortos respiratórios enquanto que no grupo intervenção não houve registro. As complicações maternas no grupo controle foram mais observadas, tais como: parada de dilatação e parada de descida fetal.</p>

Legenda: EVA: escala visual analógica.

AUTORES	AMOSTRA	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	MÉTODOS	RESULTADOS
BARBIERI <i>et al.</i> , 2013	15 mulheres grávidas; ausência de patologias; presença de no mínimo, seis consultas de pré-natal; em fase ativa de trabalho de parto; o que significa - dois a três contrações uterinas eficientes em dez minutos; dilatação cervical de três centímetros; idade gestacional entre 37 e 42 semanas; um único feto vivo; apresentação cefálica, pontuação até cinco na escala visual analógica de dor; Baixo risco obstétrico.	Avaliar de forma isolada e de forma combinada o uso de banho quente de aspersão e exercícios perineais com a bola suíça durante o trabalho de parto frente a percepção da dor.	Escala visual analógica (EVA)	Três grupos de 5 pacientes Grupo 1: água quente (37°C) banho de aspersão, direcionada para a região lombossacra região por 30 minutos. Grupo 2: Bola suíça exercício para o períneo, mãe sentada, pernas dobradas a 90 graus, realizando movimentos de impulso pélvico e rotação por 30 minutos. Grupo 3: Banho e bola suíça simultaneamente	Para a terapia do banho quente, os valores indicam que não houve nenhuma diferença significativa. Para o uso dos exercícios perineais com a bola suíça indicam não houve diminuição significativa no escore de dor. Quando as duas intervenções foram associadas, banho quente de aspersão sentado na bola suíça junto com exercícios perineais houve uma diminuição significativa na pontuação da dor entre os momentos pré e pós-terapia.

Legenda: EVA: escala visual analógica

AUTORES	AMOSTRA	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	MÉTODOS	RESULTADOS
HENRIQUE <i>et al.</i> , 2016	Amostra de 128 pacientes Mais de 18 anos de idade; Feto único vivo; Apresentação cefálica; Nenhuma patologia clínica ou obstétrica; Dilatação cervical entre 3 e 8 cm; Termo gestacional e escore de dor ≥ 5 .	Avaliar parâmetros de alívio da dor, ansiedade e estresse neuroendócrino.	Formulário de informações obstétricas, escala visual para dor (EVA) e ansiedade, medição de parâmetros fisiológicos, amostra de saliva fluido biológico.	GA: Hidroterapia com ducha quente em região lombossacral a cada 15 min, por 30 min. GB: Exercícios perineais com bola por 30 min. GC: Combinação de intervenções de banho quente hidroterapia com exercícios perineais com bola, por 30 min.	Nenhuma das pacientes usou analgesia durante qualquer intervenção. 24 pacientes receberam raquianestesia após a participação. 77 pacientes teve uma indução de parto antes de entrar no estudo. Três pacientes usaram medicamentos para dor nas 6 horas anteriores à intervenção. 52 tinham membranas amnióticas rompidas antes do estudo. 108 tiveram partos vaginais. 20 tiveram partos cesáreos. Bem estar fetal, 10 crianças tinham mecônio em seu líquido amniótico. Apgar no quinto minuto maior 7.

Legenda: EVA: escala visual analógica; GA: grupo a; GB: grupo b; GC: grupo c.

AUTORES	AMOSTRA	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	MÉTODOS	RESULTADOS
GALLO <i>et al.</i> , 2018	80 participantes Primigestas com gravidez de baixo risco, Idade gestacional > 37 semanas; Único feto na posição cefálica; Início espontâneo do trabalho de parto; Dilatação cervical de 4 a 5 cm; Contrações uterinas eficientes; Membranas ovulares intactas; Alfabetizadas.	Demonstrar que as intervenções Não farmacológicas são capazes de diminuir a intensidade da dor o suficiente para permitir mulheres em trabalho de parto reduzirem o uso de medicação analgésica.	Escala visual analógica (EVA).	Grupo experimental: 3 intervenções Exercícios na bola suíça entre 4 a 5 cm de dilatação por 40 min. Massagem lombossacral entre 5 a 6 cm de dilatação por 40 min. Chuveiro quente com dilatação maior que 7 cm. Grupo Controle: Foram acompanhados pelo mesmo pesquisador principal por 40 minutos durante o período de 4 a 5 cm de dilatação cervical, mas sem uso dos recursos.	Houve redução da dor no grupo experimental durante o trabalho de parto. Grupo experimental também apresentou um trabalho de parto relativamente mais rápido. O tempo de expulsão foi mais rápido no grupo experimental, em média 18 minutos. Mais participantes no grupo de controle usaram medicação analgésica durante o período de estudo do que no grupo experimental. Entre as 80 mulheres, seis no grupo experimental e três do grupo controle não usaram qualquer medicação analgésica. Os neonatos do grupo experimental tiveram pontuações no APGAR significativamente melhores em 1 minuto e 5 minutos.

Legenda: EVA: escala visual analógica.

AUTORES	AMOSTRA	OBJETIVO	AVALIAÇÃO	MÉTODOS	RESULTADOS
MARCOLIN <i>et al.</i> , 2021	80 mulheres entre 15 e 30 anos. Gravidez única; Idade gestacional > 37 semanas; Apresentação fetal cefálica; Membranas intactas; Parto espontâneo; Admissão ao início da fase ativa de dilatação (dilatação cervical de 4 cm); Dinâmica entre 2 e 4 contrações uterinas em dez minutos; Ausência de patologias maternas e fetais; Alfabetizado; Ausência de problemas cognitivos.	Avaliar resultados maternos e perinatais associados ao uso de medicamentos não farmacológicos em parturientes na fase ativa do parto.	Escala Visual Analógica – EVA o diagrama corporal da localização e distribuição espacial da dor.	Grupo Controle: receberam atendimento de rotina não sendo atendidas pelo fisioterapeuta, mas avaliadas concomitantemente no grupo intervenção. Grupo Intervenção: receberam a aplicação da combinação de recursos não farmacológicos de acordo com a dilatação cervical: Caminhada (com dilatação cervical entre 4 e 5 cm) Postura alternada (dilatação cervical de 6 a 7 cm) Chuveiro (com dilatação > 7 cm).	Analgesia durante a fase ativa do parto: grupo intervenção solicitou menos. Duração média do período expulsivo: grupo intervenção teve tempo menor. Admissão em uma UTI neonatal: grupo intervenção teve menos admissão. Recém-nascidos com índice de Apgar de 1 e 5 minutos, menor ou maior que 7: grupo intervenção apresentou melhores índices. Suspeita de sofrimento fetal: grupo controle apresentou suspeita maior incidência no tipo de parto: grupo controle teve maior incidência de parto cesáreo, use de fórceps, episiotomia e laceração perineal.

Legenda: EVA: escala visual analógica.

4 DISCUSSÃO

Esta revisão descreve recursos e técnicas fisioterapêuticas utilizadas durante o trabalho de parto como: estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), técnicas manuais, termoterapia, imersão em água, bola suíça, controle da respiração na primeira fase do trabalho de parto e no período expulsivo e puxo, mobilidade e posicionamentos da mulher para favorecer abertura de estreitos e acupuntura (JONES *et al.*, 2012; SIMKIN, O'HARA, 2002).

Estes recursos podem ser utilizados de forma isolada ou associados, de acordo com a avaliação feita pelo fisioterapeuta ao longo do trabalho de parto (GALLO *et al.*, 2018; HENRIQUE *et al.*, 2018).

Em grande parte dos estudos analisados, os desfechos se mostraram positivos, com a diminuição da dor e complicações no trabalho de parto, promovendo uma melhora na evolução do parto, retardo no uso de analgésicos, não trazendo malefícios para a mãe e o feto.

As amostras foram praticamente iguais nos estudos selecionados, primigestas, idade variando entre 15 e 30 anos, gestação acima de 37 semanas, feto único de apresentação cefálica, trabalho de parto ativo (dilatação cervical acima de 4cm) e gestação de risco habitual foram as amostras mais utilizadas.

Apesar da busca para um parto com menor nível de dor, as primigestas ainda estão entre as parturientes que padecem com maior índice de laceração perineal e episiotomia, isso porque os músculos do assoalho pélvico são preparados pelos hormônios durante a gravidez para relaxarem e permitirem a abertura da pelve menor, com o afastamento das inserções musculares (púbis e cóccix) durante o parto, favorecendo o alongamento muscular. Apesar disso, em determinadas condições, os MAP podem sofrer traumas durante o parto. O critério de inclusão: apresentação cefálica foi relatada em todos os estudos, pois é onde a cabeça fetal está inteiramente fletida e no exame pélvico, sente-se toda sutura sagital e, nas extremidades, a fontanela posterior (occipital) e a fontanela anterior (bregmática). É a variedade de apresentação mais frequente e a única compatível com o parto vaginal (BARACHO, 2018).

A escala visual analógica (EVA) é encontrada em todos os estudos selecionados nesta revisão. A Escala Visual Analógica (EVA) para medição de dor é um instrumento de medida da intensidade da dor utilizado antes e uma hora após a intervenção. Consiste em uma régua de 10 cm pontuada de 0 a 10 em que 0 está localizado na extrema esquerda e corresponde à completa

ausência de dor e a extrema direita onde 10 é a dor máxima suportável pela paciente. Nesta escala é possível quantificar pontuação de dor leve / moderada variando de 0-5, e pontuação de dor moderada a intensa de 5-10, conforme recomendado pela *International Association* para o Estudo da dor. (BARBIERI *et al.*, 2013).

Para as gestantes um bom parto seria aquele onde houvesse zero de dor e um trabalho de parto rápido, mas sabe-se que um parto com essas características é atípico, sendo assim, tem-se buscado intervenções que possam trazer alívio da dor, bem estar materno e fetal, e até uma satisfação na experiência com o parto vaginal. Por isso, o Questionário de Experiência e Satisfação com o parto (QESP) foi aplicado em um dos estudos. (MARCOLIN *et al.*, 2021).

O tempo do trabalho de parto apresentou-se reduzido após a aplicação da combinação dos recursos não farmacológicos dos estudos selecionados, o que responde que esses recursos são efetivos em todo o processo do trabalho de parto e parto, e para bons desfechos maternos e fetais, diminuindo a incidência de hemorragias maternas ou internação em UTI neonatal. (QUINTANA *et al.*, 2012).

Pôde-se observar que nos estudos selecionados para análise, os recursos utilizados foram aplicados tanto por profissionais da fisioterapia quanto pelos profissionais da enfermagem. O fisioterapeuta, por sua formação, é um profissional que pode auxiliar a parturiente a vivenciar um trabalho de parto menos doloroso e traumático. (SOUZA *et al.*, 2019), trazendo benefícios como: prevenção e alívio da lombalgia e dor pélvica; prevenção de incontinência urinária e fecal; auxílio no controle da glicemia na diabetes gestacional; alívio de sintomas relacionados ao sistema musculoesquelético, e vascular; prevenção de síndrome hipertensiva e diabetes gestacional; melhor controle de peso; preparo informativo para o parto (menos internações precoces, internação com maior dilatação...); melhor qualidade do sono; melhora segura do condicionamento físico; redução do risco de trauma perineal; melhora da função sexual; prevenção de limitação funcional e restrição de participação social (menor número de dias de afastamento do trabalho) (ABRAFISM, 2020).

Apesar de parecerem repetidas, as intervenções foram aplicadas, em alguns estudos, de forma diferente; alguns usando a água quente como primeira intervenção (BARBIERI *et al.* 2013; HENRIQUE *et al.*, 2018), e em outro estudo usando como último recurso (MARCOLIN *et al.*, 2021; GALLO *et al.*, 2018), Mobilidade pélvica na bola de exercícios, massagem lombossacral, banho quente (QUINTANA *et al.*, 2012), água quente (37°C) banho de aspersão direcionada para

a região lombossacra, bola suíça exercício para o períneo e bola suíça simultaneamente (BARBIERI *et al.*, 2013), caminhada, postura alternada (MARCOLIN *et al.*, 2021), são as intervenções citadas neste estudo, ressaltando que foram aplicadas praticamente da mesma maneira, a partir de 4cm até 7cm de dilatação cervical.

As intervenções utilizadas não foram aplicadas da mesma forma nos estudos revisados, não seguiram padrões de igualdade, procuraram manter uma sequência onde a medida da dilatação cervical era o fator determinante para o início das intervenções, conforme a dilatação cervical evoluía buscavam aplicar outra intervenção. Outro exemplo de intervenção que pode ser utilizada é a postura alternada; as posturas verticalizadas (cócoras, sentada e de mãos Joelho) representam uma economia de 30 a 40% do esforço materno na hora de parir (BARACHO, 2018), isso porque se valem da ação gravitacional para facilitar tanto a descida do bebê quanto no momento do expulsivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática observou que a combinação de recursos não farmacológicos para o alívio de dor durante o trabalho de parto e em momentos determinados, contribui de maneira positiva e efetiva para melhoria tanto da dor do parto quanto para situações além do parto, tais como; diminuir a necessidade de uso do fórceps, as incidências de episiotomia e de lacerações perineais, bem estar fetal diminuindo internações e intercorrências respiratórias, e assim trazendo uma maior satisfação da parturiente no que diz respeito ao parto vaginal, uma vez que a dor do parto é ainda o maior receio das mulheres a esta via de parto.

Poucos estudos foram encontrados quando se busca intervenções combinadas, sendo que a grande maioria analisa os recursos de forma isolada, porém, deve-se levar em consideração que o trabalho de parto é composto por fases, que se expressam de maneiras diferentes em cada mulher, sendo necessário ampliar os estudos e métodos de avaliação intraparto para orientar e aplicar os recursos de forma mais eficaz e de maior alcance às maternidades onde o fisioterapeuta tem papel indispensável nesta conduta: gestação / trabalho de parto / parto.

REFERÊNCIAS

ABRAFISM - Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher; FERROLI-FABRICIO, Amanda Magdalena; FERREIRA, Cristine Homsy Jorge; RIOS, Letícia Alves Rios; MASCARENHAS, Lilian Rose; OLIVEIRA, Neville Ferreira Fachini de. **"Por Mais Fisioterapeutas nas Maternidades": regulamentação, suporte científico e campanha ABRAFISM.** Belém, PA: Associação Brasileira de Fisioterapia na Saúde da Mulher, 2020. (<https://abrafism.org.br/ebookcampanhamaternidades>).

ACOG, COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE. The American College Of Obstetricians and Gynecologists. **Replaces Committee Opinion**, Nº 687, Feb, 2019.

BARACHO, E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2000.

BARBIERI, Mácia et al. Banho quente de asperção, exercícios perineais com a bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, 26 (5), 478-84, outubro e 2013.

DRIUSSO, Patricia, AVILA, Mariana Arias, LIEBANO, Richard Eloin. Agentes eletrofísicos na Saúde da Mulher. Rio de Janeiro: **Thieme Revinter**, 2021. ISBN: 9786555720761.

FARNHAM, Tammy. Reviewing pain management options for patients in active labor. **Nursing**, 2020, v 50, p. 25, junho de 2020.

GALLO, Rubineide et al. Sequential application of non-pharmacological interventions reduce the severity of labor pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomized trial. **Journal of Physiotherapy**, 2018.

HENRIQUE, Angelita, et al. Hydrotherapy and the Swiss ball in labor: Randomized clinical trial. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 686–692, 2016.

HENRIQUE, Angelita José, et al. Non- pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled. **Int J Nurs Pract.** 24, e12642, janeiro 2018.

JONES, Leanne et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 1-133, 2012.

LEMOS, Andrea. Fisioterapia Obstétrica Baseada em Evidências, Rio de Janeiro, **MedBook Editora**, 2014. ISBN 9786557830239.

LIAO, John B, et al. Normal Labor: Mechanism and Duration. **Obstetrics and Gynecology Clinics Of North America**, 145– 164, 2005.

MARCOLIN, Alessandra Cristina. The Maternal and Perinatal Outcomes Associated With the Use of Non-pharmacological in Labor. NCT 01601860, <https://clinicaltrials.gov/show/NCT01601860>, 2011 | added to CENTRAL: 31 May 2018 | 2018 Issue 5 Sourced from: CT.gov Links: ClinicalTrials.gov

Organização Mundial da Saúde – **Cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva**. Genebra; 2018.

QUINTANA, Silvana. Non-pharmacological Resources in Assisting Labor. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, maio 2018.

SIMKIN PP, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. **Am J Obstet Gynecol**; 186 (5 Suppl Nature):S131-59, maio 2002.