



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

SAMANTA PEZZI GOMES DE ASSIS

ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE GESTANTES
DURANTE A FASE ATIVA DE PARTO NORMAL EM UM CENTRO
OBSTÉTRICO NO SUL DO BRASIL

PORTO ALEGRE

2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

SAMANTA PEZZI GOMES DE ASSIS

**ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE GESTANTES
DURANTE A FASE ATIVA DE PARTO NORMAL EM UM CENTRO OBSTÉTRICO
NO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva
Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Patrícia Viana da Rosa

PORTO ALEGRE

2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O SUS

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Evelise Rigoni de Faria
Grupo Hospitalar Conceição-GHC

Prof^a. Dra. Mirela Foresti Jiménez
Grupo Hospitalar Conceição-GHC
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFCSPA

Prof^a. Dra. Aline Dill Winck
Universidade de Caxias de Sul-UCS
Centro Universitário Metodista/IPA-RS

**Este trabalho é dedicado a todos os
fisioterapeutas que aliam amor,
humildade, disposição, e
conhecimento científico para o
crescimento da fisioterapia
obstétrica.**

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por poder usufruir dela me dedicando a esta profissão que tanto amo!

A todos os profissionais envolvidos com este projeto, pela parceria e incentivo!

Ao Grupo Hospitalar Conceição por me acolher a tantos anos, e proporcionar espaços de formação acadêmica para qualificar a prática assistencial.

À equipe do centro obstétrico do Hospital Fêmina, especialmente à Enfermeira Talu pelo acolhimento, escuta e apoio.

Ao meu orientador Daniel pela persistência, doação, e sabedoria dispensados a mim durante a realização desta pesquisa.

Ao apoio da minha família, em especial ao meu marido Marcos e filha Maria Clara que foram incondicionais no amor, suporte e auxílio!

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	11
1. APRESENTAÇÃO.....	12
2. INTRODUÇÃO.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. JUSTIFICATIVA.....	15
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
5.1 O parto no Brasil.....	16
5.2 Alterações Gravídicas.....	18
5.3 Dor e Manejo do Trabalho de Parto.....	19
5.4 Centro Obstétrico.....	21
5.5 Fisioterapia Obstétrica.....	21
6. METODOLOGIA.....	22
6.1 Desenho do estudo.....	22
6.2 Participantes e Local da Pesquisa.....	22
6.3 Intervenções e Coleta de Dados.....	22
6.4 Variáveis Estudadas.....	24
6.5 Tamanho da Amostra.....	25
6.6 Métodos Estatísticos.....	25
7. ASPECTOS ÉTICOS.....	25
8. PRODUTOS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	26
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	27
APÊNDICE.....	29
ANEXO.....	32
PRODUTOS.....	37
Artigo Científico.....	37
Guia de preparação para as gestantes em trabalho de parto.....	52
Guia de orientação aos profissionais no atendimento as gestantes.....	55

RESUMO

O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê. Porém, muitas vezes, as altas taxas de intervenções permitem a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde. O avanço da obstetrícia contribui com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade tanto materna quanto perinatais. Todavia os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos nesse processo precisam ser valorizados. O Ministério da Saúde revela que o modelo de parto oferecido pelas instituições deve incentivar as boas práticas obstétricas, como métodos não farmacológicos para alívio da dor, estímulo à movimentação, liberdade para se alimentar e posição verticalizada na hora do nascimento do bebê a fim de tornarem o parto mais confortável e menos doloroso. Neste processo, o fisioterapeuta tem como intuito auxiliar no alívio da dor utilizando recursos não farmacológicos, suporte físico e posicionamento à gestante. **Objetivos:** o presente trabalho teve por objetivo avaliar o nível de dor, o tipo e o tempo de parto nas gestantes em trabalho de parto ativo antes e após o acompanhamento fisioterapêutico, em comparação ao acompanhamento de rotina do Centro Obstétrico do Hospital Fêmina em Porto Alegre-RS. **Métodos:** foi realizado um estudo quase experimental que avaliou as parturientes deste hospital maiores de 18 anos, em fase ativa do trabalho de parto, com feto na posição cefálica, único, e com gestação a termo de 37 semanas ou mais. A coleta de dados foi realizada de abril a outubro de 2019. A amostra foi composta por 81 gestantes, 40 participantes no grupo teste (GT), acompanhado pela equipe de fisioterapia, e 41 no grupo comparação (GC) que foi acompanhado pela equipe de rotina do centro obstétrico. Os grupos foram comparados através de teste estatístico adequado a sua distribuição (Teste *t* de Student, Mann - Whitney ou Qui - quadrado). O nível de significância adotado neste trabalho foi de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$). **Resultados:** A amostra foi homogênea entre os grupos em relação às variáveis idade materna, apresentando média de 26.28 anos ($\pm 6,15$), idade gestacional com média de 39.51 semanas (± 1.13) e apenas uma gestante não realizou o pré-natal, as demais tiveram em média 9 consultas ($\pm 3,1$), sendo que 39 mulheres eram primíparas, e 42

multíparas. Referente ao uso das condutas para alívio da dor durante a fase ativa de trabalho de parto verificou-se a preferência pelo banho em ambos os grupos, 20 parturientes (50%) adotaram essa postura no grupo teste e 27 parturientes (65,9%) no grupo comparação. O uso da bola foi preferido por 11 parturientes (27,5%) do GT e 4 (9,8%) do GC. E a caminhada teve adesão de 9 parturientes (22,5%) no GT e 10 parturientes (24,4%) no GC. Em relação à dor, apesar de não apresentar diferenças estatisticamente significativas, nota-se que houve uma diminuição geral da dor após a intervenção em ambos os grupos que realizaram alguma conduta. É percebida uma discreta diferença entre a dor pré e pós na relação entre grupos. O grupo teste apresentou redução de 6,52 ($\pm 2,7$) na avaliação pré conduta para 6,15 ($\pm 2,8$) na avaliação pós. Já o grupo comparação apresentou dor 6,78 ($\pm 2,7$) no momento pré conduta e redução para 6,63 ($\pm 2,8$) após a conduta ($p = 0,656$ e $p = 0,623$, respectivamente). No banho houve redução significativa da dor ($p = 0,047$) e aumento significativo da dor na caminhada ($p = 0,011$), sem alteração significativa na bola ($p = 0,334$). A magnitude da variação da dor foi significativamente maior na caminhada que no banho (+1,21 vs -0,7 respectivamente [$p = 0,009$]), porém sem diferença com relação a bola. Ambos grupos tiveram redução da dor após o manejo, apesar de não haver diferença estatística na magnitude da redução de dor entre os grupos. **Conclusão:** no presente estudo não observou-se diferenças estatisticamente significativas para o acompanhamento fisioterapêutico na redução da dor, redução do tempo da fase ativa de trabalho de parto, e na redução no número de intervenções e intercorrências pré e intraparto quando comparado ao manejo habitual do centro obstétrico. Nas posturas podemos observar que houve preferência ao banho de aspersão tanto pelas gestantes quanto para a equipe de rotina que indicou esse manejo.

Palavras-chave: Fisioterapia; Gravidez; Trabalho de parto; Relaxamento; Serviço Hospitalar de Fisioterapia.

ABSTRACT

Birth in the hospital environment is characterized by the adoption of various technologies and procedures in order to make it safer for women and their babies. However, often, the high rates of interventions allow the realization of a model that considers pregnancy, childbirth and birth as diseases and not as expressions of health. The advancement of obstetrics contributes to the improvement of both maternal and perinatal morbidity and mortality indicators. However, the emotional, human and cultural aspects involved in this process need to be valued. The Ministry of Health reveals that the delivery model offered by the institutions must encourage good obstetric practices, such as non-pharmacological methods for pain relief, stimulating movement, freedom to feed and vertical position at the time of the baby's birth in order to make more comfortable and less painful delivery. In this process, the physiotherapist aims to assist in pain relief using non-pharmacological resources, physical support and positioning for the pregnant woman. **Objectives:** the present study aimed to assess the level of pain, type and time of delivery in pregnant women in active labor before and after physical therapy, in comparison with the routine monitoring of the Obstetric Center of Hospital Fêmina in Porto Alegre - RS. **Methods:** a quasi-experimental study was carried out to evaluate parturients in this hospital over 18 years of age, in active phase of labor, with a single fetus in the cephalic position, and with full-term pregnancy of 37 weeks or more. Data collection was carried out from April to October 2019. The sample consisted of 81 pregnant women, 40 participants in the test group (GT), accompanied by the physiotherapy team, and 41 in the comparison group (CG) who was monitored by the routine of the obstetric center. The groups were compared using a statistical test appropriate to their distribution (Student's t test, Mann - Whitney or Chi - square). The level of significance adopted in this study was 5% (p-value <0.05). **Results:** The sample was homogeneous between the groups in relation to the maternal age variables, with an average of 26.28 years (± 6.15), gestational age with an average of 39.51 weeks (± 1.13) and only one pregnant woman did not perform prenatal care, the others they had an average of 9 consultations (± 3.1), with 39 women being primiparous and 42 multiparous. Regarding the use of conducts for pain relief during the active phase of

labor, there was a preference for bathing in both groups, 20 parturients (50%) adopted this posture in the test group and 27 parturients (65.9%) in the comparison group. The use of the ball was preferred by 11 parturients (27.5%) in the GT and 4 (9.8%) in the GC. And the walk had adherence by 9 parturients (22.5%) in the GT and 10 parturients (24.4%) in the GC. Regarding pain, despite not showing statistically significant differences, it is noted that there was a general decrease in pain after the intervention in both groups that performed some conduct. A slight difference is noticed between pre and post pain in the relationship between groups. The test group showed a reduction from 6.52 (± 2.7) in the pre-conduct evaluation to 6.15 (± 2.8) in the post-evaluation. The comparison group presented pain 6.78 (± 2.7) in the pre-conduct moment and reduction to 6.63 (± 2.8) after the conduct ($p = 0.656$ and $p = 0.623$, respectively). In the bath, there was a significant reduction in pain ($p = 0.047$) and a significant increase in pain during walking ($p = 0.011$), with no significant change in the ball ($p = 0.334$). The magnitude of the pain variation was significantly greater in walking than in the bath (+1.21 vs -0.7 respectively [$p = 0.009$]), but with no difference regarding the ball. Both groups had pain reduction after management, although there was no statistical difference in the magnitude of pain reduction between groups. **Conclusion:** in the present study there were no statistically significant differences for physical therapy monitoring in reducing pain, reducing the time of the active phase of labor, and in reducing the number of interventions and complications pre and intrapartum when compared to the usual management of obstetric center. In the postures we can see that there was a preference for the sprinkler bath both by the pregnant women and by the routine team that indicated this management.

Key words: Physiotherapy; Pregnancy; Labor; Relaxation; Hospital Physiotherapy Service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

MS - Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

GT - Grupo Teste

GC - Grupo Comparação

EVA - Escala Visual Analógica

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de Mestrado Profissional a ser apresentada como requisito para conclusão de curso no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, foi desenvolvida na lógico de produtos técnicos no intuito de qualificar a atenção fisioterapêutica no SUS. Foram elaborados a fim de embasar os profissionais e os usuários que utilizam a rede de saúde materno infantil os seguintes produtos: Artigo Científico a ser submetido para publicação na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil relatando os desfechos desta pesquisa; Cartilha ao Usuário visando informar às gestantes sobre as posturas que elas podem adotar durante o trabalho de parto; e Orientações aos Profissionais que atendem as gestantes visando disseminar conteúdo e fomentar a discussão sobre as rotinas de atendimento.

2. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada em saúde, subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU). Sua missão é fortalecer a colaboração na área da informação e capacitação de recursos humanos em saúde. O Ministério da Saúde (MS) aprovou em Fevereiro de 2017 as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal a fim de prestar um auxílio mais humanizado, baseado em evidências e com o intuito de qualificar o modo de nascer Brasil^{1,2}.

Em todo o mundo, cerca de 140 milhões de nascimentos acontecem todos os anos. A maioria ocorre sem complicações para as mulheres e seus bebês. No entanto, ao longo dos últimos 20 anos, os profissionais aumentaram o uso de intervenções que antes eram utilizadas apenas para evitar riscos ou tratar complicações, como a infusão de ocitocina para acelerar o parto normal ou a cesariana^{2,3}.

O pré-natal, o parto, e o pós-parto humanizados, com base na assistência integral e preventiva, bem como associados ao conhecimento de indicadores monitorados pela equipe multiprofissional, são fundamentais para a determinação da sobrevivência da mãe e do recém nascido¹. O MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no ano 2000 com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, procurando facilitar o acesso e a qualidade do acompanhamento no pré-natal, na assistência ao parto e no puerpério⁴.

Para uma abordagem eficaz e transformadora necessitamos de um processo educativo permanente e humanizado, que seja fundamentado em evidências, permitindo um ambiente de crescimento científico e participativo de toda a equipe. Conhecer os mecanismos de adaptações fisiológicas do organismo materno durante a gestação é uma estratégia muito importante para o cuidado longitudinal obstétrico e neonatal⁵.

No atendimento à grávida devemos dirigir nossa atenção em prepará-la visando mais tranquilidade para o momento do parto, prevenindo possíveis complicações, valorizando a participação da mulher no processo, promovendo assim um momento mais humanizado. A atuação da fisioterapia visa auxiliar no alívio da

dor utilizando recursos não farmacológicos, suporte físico e posicionamento para a gestante⁶.

No Brasil, como em outros países, as recomendações da OMS por vezes não são colocadas em prática. É o caso de condutas que deveriam ser estimuladas durante o parto, como a presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não invasivas para alívio da dor (como massagem, banho e relaxamento) e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais².

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com um complexo hospitalar que compreende os hospitais Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina, além da UPA Moacyr Scliar, de 12 postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária e de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁷.

Vinculada ao MS, essa estrutura reconhecida nacionalmente forma a maior rede pública de hospitais do Sul do país, com atendimento 100% SUS. Com uma oferta de 1.510 leitos, é responsável pela internação de 55,9 mil gaúchos por ano, por cerca de 1,4 milhão de consultas e outras 33 mil cirurgias anuais. Cerca de 7,2 mil partos são realizados por ano no HNSC e no Fêmeina⁷.

O Hospital Fêmeina (HF) é referência na saúde da mulher. Dispõe de 189 leitos de internação dedicados às pacientes gineco-obstétricas e oncológicas. Para as gestantes temos os leitos da gestação de alto risco, do puerpério e do puerpério complicado. Dispõe também das áreas de Banco de Leite Humano, Bloco Cirúrgico, Centro Obstétrico, e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), nesta contamos com UTI adulto e neonatal. No Centro Obstétrico são 15 leitos, e 5 leitos de sala de recuperação, 2 salas de parto e 2 salas cirúrgicas⁷.

As informações existentes na literatura científica demonstram que a fisioterapia aplicada à saúde da mulher, especialmente na Obstetrícia, atuam no preparo da musculatura do assoalho pélvico para o trabalho de parto, no alívio da dor, no suporte contínuo à parturiente, na mobilidade materna, no incentivo para a deambulação, com exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, técnicas de relaxamento, dentre outros, promovem benefícios tanto para a parturiente quanto para a instituição^{8,9}. Nossa proposta com a pesquisa é introduzir o fisioterapeuta na sala de pré parto para acompanhar as

gestantes incentivando-as a adotarem posturas não supinas proporcionando as parturientes se sentirem mais livres e confortáveis.

Tendo em vista o exposto, foram propostas as seguintes questões da pesquisa: *Qual a aceitação das gestantes para adotarem posturas diferentes do decúbito dorsal? Quais posturas elas preferem? Essas posturas aliviam a dor? Qual a influência da técnica sobre os desfechos apresentados?*

Nosso estudo tem por objetivo avaliar o nível de dor, o tipo e o tempo de parto nas gestantes em trabalho de parto ativo antes e após o acompanhamento fisioterapêutico, em comparação ao acompanhamento de rotina do centro obstétrico.

3. OBJETIVOS

3. 1 Objetivo Geral:

Analisar os níveis de dor nas gestantes em trabalho de parto ativo na sala de pré parto antes e após o acompanhamento fisioterapêutico, bem como comparar com o manejo habitual da equipe do Centro Obstétrico de um hospital de Porto Alegre-RS, Brasil.

3. 2 Objetivos Específicos:

Verificar quais as posturas as parturientes preferem;

Identificar qual é o nível de dor através da escala análogo visual antes e após o acompanhamento fisioterapêutico, e o acompanhamento de rotina do centro obstétrico;

Comparar os desfechos em ambos grupos quanto ao nível de dor, tempo de trabalho de parto, e tipo deste.

4. JUSTIFICATIVA

A OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal que foram baseadas em pesquisas com evidências científicas por todo o mundo, obtendo assim um alto índice de recomendação. Dentre elas destacamos: os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e

técnicas de relaxamento; liberdade de posição e movimento; e estímulo a posições não supinas todos realizados e incentivados durante o trabalho de parto².

No Brasil e no contexto do SUS, existem poucos estudos avaliando as intervenções nessa população que se apresentem metodologicamente bem delineados. Apresentando os resultados de maneira clara e objetiva, fazendo-se necessário pesquisar e avaliar mais essa população.

Torna-se relevante o estudo, pois, apesar de haver essas recomendações, não há uma abordagem fisioterapêutica no centro obstétrico deste hospital, assim como a falta de funcionários familiarizados com tais rotinas, e a superlotação da unidade que por vezes impossibilitam um atendimento individualizado mais acolhedor e humano.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para o cuidado humanizado do parto no SUS, atingindo as metas do MS, fortalecendo as políticas públicas, contribuindo para um melhor cuidado mamãe - bebê, melhorando a qualidade de vida dessa mulher e de seu filho proporcionando quedas tão desejadas das taxas de mortalidade das gestantes, e dos neonatos.

A garantia de um atendimento especializado e humanizado fortalece o nosso SUS, e fomenta a reflexão dos profissionais que nele atuam para a construção de uma prática assistencial mais efetiva voltada para a excelência do cuidado de forma integral.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 O Parto no Brasil

Anualmente ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos no Brasil, a grande maioria acontecendo em estabelecimentos hospitalares cerca de 98%, sejam públicos ou privados¹. Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a gestante e seu bebê. Os avanços nessa área contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. No entanto, as mulheres e recém-nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, entre outras^{2,3}.

Tais intervenções, deveriam ser utilizadas em situações exclusivamente específicas, e não de maneira sistemática. Visto que, quando utilizado em ampla escala essas intervenções deixam de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo. Uma gestante em atendimento clínico também busca compreensão de uma forma mais abrangente de sua situação, pois a gravidez e o parto, são momentos únicos e carregados de fortes emoções. A experiência vivida por ela e seus familiares pode acarretar marcas profundas, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas^{1,2,6}.

O Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS em 2011, com o intuito de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esse projeto propõe a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, assim como ao seu nascimento, crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses¹⁰.

Vários aspectos do cuidado com a gestante para a realização do parto estão descritos na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto e dentre elas está o acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.), que preferencialmente devem ser oferecidos à mulher antes da utilização dos métodos farmacológicos, está a disposição também a analgesia regional e outras substâncias analgésicas. A solicitação materna por analgesia no parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isto inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos^{1,2,3}.

É importante facilitar o acesso às informações baseadas em evidências e a inclusão da opinião da mulher na tomada de decisões. Para contemplar esse aspecto, os profissionais que as atendem devem estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. O apoio continuado prestado pela equipe de saúde às parturientes diminui a necessidade de medicações analgésicas, as taxas de cesarianas, e os Índice de Apgar <7 no quinto minuto. Assim como a presença de um(a) acompanhante junto a mulher produz melhor satisfação quanto ao parto e maior taxa de lactação^{1,3,5,6}.

O uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, tais como: técnicas de relaxamento muscular, de respiração, massagens na região lombossacra e as duchas ou imersão na água morna. Assim como, as trocas de posturas buscando posições maternas mais confortáveis possíveis como: a posição de cócoras, o decúbito lateral ou a posição de quatro apoios deve ser incentivado permitindo que as parturientes se sintam confortáveis^{1,3,5}. Todas essas técnicas apresentam uma boa aceitação pela parte da gestante. Embora, a eficácia desses métodos em relação aos desfechos perinatais favoráveis ou desfavoráveis ainda não está documentada em estudos clínicos bem delineados¹¹.

5.2 Alterações Gravídicas

A gravidez gera profundas modificações anatômicas, fisiológicas e biomecânicas para suportar o desenvolvimento e o crescimento fetal. As adaptações do organismo materno iniciam-se logo após a fertilização e continuam ao longo da gravidez. Elas podem ser locais quando acometem os órgãos e estruturas específicas, como: útero, ovários, vulva, vagina e mamas. E podem ser sistêmicas, quando envolvem o sistema tegumentar, circulatório, respiratório, urinário, entre outros¹².

Cada trabalho de parto e nascimento são únicos e a duração de sua primeira etapa possui uma grande variabilidade. Para reduzir as intervenções médicas desnecessárias, o índice de referência anterior para o ritmo de dilatação cervical em 1 cm/h durante o primeiro estágio de trabalho ativo (conforme avaliado por um partograma ou gráfico usado para documentar o curso de um trabalho de parto normal) pode não ser realista para algumas mulheres e é impreciso na identificação de mulheres em risco de resultados adversos de parto. Nos diz ainda que um ritmo de dilatação cervical mais lento, por si só, não deve ser uma indicação rotineira para uma intervenção com o objetivo de acelerar o parto ou o nascimento^{2,12}.

Para uma assistência humanizada é fundamental que o preparo para o trabalho de parto se inicie já durante o pré-natal, porém muitas mulheres não recebem esse tipo de preparação durante a gestação, que incluem orientações de medidas educativas e de redução da ansiedade e dor^{3,6}. Como fisioterapeutas, e toda equipe que presta assistência, durante o trabalho de parto devemos incentivar

a adoção de posturas mais confortáveis para a gestante, a fim de minimizar o estresse desse momento e fortalecer a autonomia feminina^{5,6}.

O trabalho de parto pode ser dividido em quatro fases: a primeira fase, denominada a fase de dilatação da cervical; a segunda fase, ou a fase de expulsão fetal; a terceira fase, ou a fase de secundamento e/ou dequitação placentária; e a quarta fase, que corresponde ao momento imediato da saída da placenta. Um instrumento comumente utilizado pela equipe para registrar a evolução do trabalho de parto é o partograma, que consiste em um gráfico onde se registra por horas a dilatação da cervical da parturiente. Esse registro se inicia na fase ativa do trabalho de parto, ou seja, com dinâmica uterina mínima de duas a três contrações eficientes em 10 minutos e dilatação da cervical de pelo menos 4 centímetros. No prontuário da gestante encontra-se a ficha de acompanhamento do parto, assim como os registros de frequência cardíaca fetal, a dinâmica uterina, as condições da bolsa e do líquido amniótico, o uso e a dosagem dos medicamentos, tais como: a ocitocina, e a anestesia. Essas informações, além de indicar para a equipe como se encontra a paciente, também norteiam as condutas a serem adotadas¹².

Na primeira fase ocorre a dilatação do colo uterino que apresenta sua atividade aumentada, com contrações descoordenadas e irregulares, pode-se chamar de período latente. O início do trabalho de parto ativo ocorre com a presença de contrações uterinas a intervalos regulares, que aumentam gradativamente com o passar do tempo, e não cessam com o repouso da gestante. Essas contrações fazem com que o colo uterino se dilata até atingir em torno de 10 cm e apaga-se totalmente, concluindo assim a primeira fase. A duração desse período pode durar em média de 16 a 20 horas nas primíparas e uma duração um pouco menor nas multíparas de 12 a 16 horas^{5,12}.

5.3 Dor e Manejo do Trabalho de Parto

O controle da dor envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas, nesta categoria podemos citar a massagem local que pode ser aplicada pelo profissional habilitado ou acompanhante da parturiente; liberando opióides endógenos, como endorfina, seu efeito analgésico pode ser explicado pela Teoria das Comportas - a estimulação dos receptores táteis periféricos ativa axônios mielinizados, de grosso calibre, inibindo a transmissão de estímulos dolorosos pelas

células T, na medula espinal^{5,9,13}. Além de diminuir a frequência cardíaca e a pressão arterial, reduzir os níveis de cortisol e aumenta o fluxo sanguíneo em várias regiões do cérebro responsáveis pela regulação do estresse^{5,13}. Uma revisão cita inúmeros estudos, em dois deles há evidência da redução nos escores de dor em favor da massagem no segundo e terceiro estágios do trabalho de parto¹⁴.

De acordo com a literatura, as posições maternas que mais contribuem para melhorar a contratilidade uterina são as verticais, pois proporcionam um aumento dos diâmetros pélvicos e no ponto de vista gravitacional, porque promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto, auxiliando os puxos expulsivos maternos e o desprendimento fetal. As mulheres que adotaram essas posições: sentada, ortostática, ajoelhada, cócoras ou quatro apoios, e que deambulam durante o segundo estágio do trabalho de parto tiveram menor duração deste, diminuição das taxas de parto instrumental e solicitaram menor quantidade de anestesia epidural. Vale ressaltar a importância de verificar possíveis restrições para tais posicionamentos^{11,14,15}.

Quando a parturiente optar por posições horizontais, a mais recomendável é a de decúbito lateral esquerdo, pois facilitará um melhor fluxo de sangue e oxigênio uteroplacentário. Em contrapartida a posição de decúbito dorsal por tempo prolongado, pode diminuir o ritmo das contrações uterinas, alterar o retorno venoso e interferir na saturação de oxigênio fetal pela compressão das veias importantes, como a veia cava inferior, pelo útero grávidico, portanto requer parcimônia e monitoramento dos sinais da parturiente^{5,13}.

A segunda fase, ou fase de expulsão fetal, apresenta-se um período de estresse pelas inúmeras contrações presentes que podem produzir fadiga, e consumo excessivo de energia. Essas sucessivas e inúmeras contrações impulsionam o feto contra o canal vaginal, forçando-o a movimentar-se e a ultrapassar a pelve materna. A sua total passagem e completa expulsão para o meio externo encerram a segunda fase^{12,13}.

Após o nascimento do bebê, inicia-se a terceira fase, também chamada de dequitação placentária, nessa fase ocorre o descolamento e/ou descida da placenta. Ainda ocorrem contrações uterinas, mas agora indolores, que associadas à ação da gravidade nas posturas mais verticais, são responsáveis pela migração da placenta para o canal vaginal. A quarta fase é o período que compreende a primeira hora da saída da placenta; nessa fase o útero adquire maior tônus para conter o

sangramento na região de implantação placentária. As alterações hemodinâmicas que ocorrem nesse momento apresentam-se de forma significativas e representam o retorno do organismo materno à condição pré gravídica^{12,13}.

5.4 Centro Obstétrico

De acordo com os sinais e sintomas apresentados na admissão, a gestante recebe uma classificação que determina a sua prioridade para o atendimento. São coletadas as informações da carteira de pré-natal, com atenção à tipagem sanguínea e as sorologias para sífilis, toxoplasmose, HIV, entre outras, além da anamnese, do exame físico obstétrico e do registro dos sinais. O acompanhamento da parturiente na sala de pré parto consiste basicamente na monitoração clínica da progressão do trabalho de parto e na vigilância da saúde fetal¹². Esse acompanhamento no nosso centro obstétrico envolvem os profissionais da categoria médica e de enfermagem, incluindo residentes, estagiários e técnicos de enfermagem. Para esta pesquisa nossa proposta é introduzir o fisioterapeuta nesse manejo.

5.5 Fisioterapia Obstétrica

A fisioterapia no atendimento à gestante tem como função conscientizá-la sobre as mudanças físicas que ocorrem durante a gestação até o puerpério, atuando para minimizar o estresse, favorecendo a percepção corporal, orientando sobre o posicionamento adequado no momento do parto, assim como a respiração lenta para um relaxamento efetivo. Proporcionar a liberdade de movimentos, com base no conhecimento da biomecânica e da mobilidade pélvica promovem autonomia e confiança, além de gerar conforto e bem-estar para a parturiente que consequentemente podem reduzir as intervenções medicamentosas para o alívio de dor, o tempo do trabalho de parto ativo e a maior taxa de partos espontâneos^{6,9,17}.

O profissional fisioterapeuta, tem como função, proporcionar suporte físico e psicológico durante o processo de trabalho de parto, minimizando as possíveis dores, promovendo o fortalecimento e alongamento da musculatura do assoalho pélvico. Essa orientação facilitará o entendimento, a consciência corporal, poderá sanar dúvidas referente ao processo de parturição favorecendo o desfecho deste. O acompanhamento com o fisioterapeuta pode ser iniciado nas primeiras semanas da

gestação, o que facilita o fortalecimento do vínculo, e a consciência corporal por parte da gestante sobre a compreensão das musculaturas do assoalho pélvico, assim como o controle e relaxamento desta parte tão fundamental para o parto^{5,9,16}.

6. METODOLOGIA

6.1 Desenho do Estudo

Foi realizado um estudo do tipo quase experimental que avaliou as gestantes na sala de pré parto no centro obstétrico do Hospital Fêmina em Porto Alegre – RS, no período de abril a outubro de 2019.

6.2 Participantes e Local da Pesquisa

A população foi composta por parturientes admitidas no Centro Obstétrico do Hospital Fêmina, em Porto Alegre, vinculado ao SUS, que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Foram incluídas gestantes de baixo risco gestacional, com idade igual ou acima de 18 anos, idade gestacional a termo (entre 37 a 42 semanas), em fase ativa do trabalho de parto, caracterizada por quatro centímetros ou mais de dilatação cervical e três contrações uterinas ou mais em dez minutos, com feto na apresentação cefálica. Foram excluídas do estudo gestantes com indicação para realizar parto cesáreo, parto cesáreo prévio e contraindicação médica para a realização das posturas propostas. A equipe de admissão do pré parto realiza o preenchimento dos dados da paciente na ficha obstétrica para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto (ANEXO 1).

As gestantes que preencheram os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar do estudo e realizaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme o (APÊNDICE 1) e, em seguida, divididas em Grupo Teste e Grupo Comparação.

6.3 Intervenções e Coleta de Dados

No Grupo Teste (GT) as parturientes puderam escolher qual postura gostariam de adotar com base na informação e orientação realizada pela pesquisadora. Em seguida, aplicou-se a conduta e seguiu-se o acompanhamento

profissional com orientações gerais, sempre respeitando a vontade da parturiente, até o seu término, criando uma relação de vínculo e confiança com a gestante. Os dados foram coletados pré e pós intervenção. As parturientes foram instruídas quanto aos benefícios das condutas e possíveis malefícios, a fim de evitar complicações como hipotensão, tontura, dispnéia e fraqueza, e orientadas a realizá-las da seguinte forma:

- Caminhada: com supervisão e suporte físico, caso fosse solicitado, sempre respeitando os limites da gestante, com ênfase na respiração e, se necessário, pausas nos momentos das contrações.
- Banho de aspersão: realizado com água morna em temperatura ajustável conforme a gestante sentia-se confortável, deixando livre a escolha pela permanência em ortostase ou sedestação em cadeira, com ênfase no relaxamento de todo corpo e queda da água na região da coluna cervical, lombossacra ou ventre.
- Sedestação na bola suíça: foram orientadas a realizarem movimentos ativos da região pélvica tais como: retroversão e anteroversão, deslizamento látero-lateral, e ântero-posterior respeitando os momentos de contração uterina, dando ênfase à respiração consciente.

O Grupo Comparação (GC) teve a escolha e orientação da conduta pela equipe de rotina do centro obstétrico, a pesquisadora contatou a parturiente para a coleta de dados sem interferir neste processo. A gestante não necessariamente teve acompanhamento profissional da equipe do hospital durante a realização da conduta. Os dados foram coletados pré e pós intervenção.

As gestantes foram designadas para os grupos por dias alternados de coleta pela equipe de pesquisa, ou seja, em um dia foi feita a coleta para o grupo teste e no outro para o grupo comparação até obtermos o número de participantes necessário para completar a amostra, levando em consideração a presença de gestantes com características similares em ambos os grupos.

Para a realização do estudo foi criada uma ficha de avaliação fisioterapêutica (APÊNDICE 2), contendo os dados de caracterização da amostra, postura escolhida, percepção de dor imediata pré e pós conduta, tempo de trabalho de parto ativo total, intervenções médicas e intercorrências.

A duração do tempo de trabalho de parto ativo foi dada em horas considerando a dilatação cervical igual ou maior do que quatro centímetros e dinâmica uterina de pelo menos três contrações em dez minutos até o período de expulsão do bebê. A variável dor foi avaliada pela percepção da parturiente no momento imediatamente pré e pós intervenção através da Escala Visual Analógica (EVA) que consiste numa variação numérica de zero a 10, onde zero representa nada de dor e 10 muita dor (ANEXO 2).

Os dados clínicos médicos e da equipe de enfermagem, como intervenções e intercorrências pré, intra e pós-parto, foram coletados através do sistema de informações eletrônico e ficha obstétrica (ANEXO 3) do hospital desde o momento da internação até a alta hospitalar.

6.4 Variáveis Estudadas

● Dor

A dor será avaliada pela percepção da paciente no momento da entrevista através da Escala Análogo Visual que consiste numa variação numérica de 0 - 10, onde o zero representa nada de dor, grau 5 nível médio de dor, e grau 10 muita dor.

● Duração do Trabalho de Parto (TP)

A duração do TP se dará em horas desde o início deste até a dilatação completa. Seu início se caracteriza por uma contração uterina regular a cada 3 a 5 minutos e dilatação cervical igual ou maior do que 4 cm, com colo fino e apagado. Esse período compreende as fases latente e ativa de TP. A fase latente apresenta duração variável e caracteriza-se pela dilatação lenta do colo (velocidade de dilatação menor do que 1 cm/h) até os 3 cm e padrão contrátil irregular. Na fase ativa do TP observar a dilatação cervical de 4 cm e colo apagado; e a dinâmica uterina 2 contrações por dez minutos.

● Tipos de TP

Os TP serão descritos como: normal onde a progressão até a expulsão ocorre dentro da normalidade. Normal com o uso de episiotomia que podem ter as seguintes indicações: feto não reativo; variedades occipito-posteriores; fetos grandes; uso de fórceps; insuficiência cardíaca materna e período expulsivo prolongado.

Cesariana por apresentação de desproporção cefalopélvica e também por condição fetal não tranquilizadora.

A necessidade de analgesia medicamentosa, assim como a sua quantidade também serão apontadas nesta pesquisa.

6.5 Tamanho da Amostra

A fim de detectar uma diferença nos níveis de dor de, no mínimo, 1 ponto, considerando os dados (8,43 +- 1,17 vs 7,03 +- 1,5, nos grupos controle e intervenção respectivamente)¹⁸, poder de 90% e nível de significância de 5%, foram necessários, no mínimo, 39 pacientes por grupo.

6.6 Métodos Estatísticos

As variáveis quantitativas foram expressas através de média e desvio de padrão e as variáveis categóricas através de frequência e percentual. A normalidade foi verificada pelo teste Ks. Os grupos foram comparados através de teste estatístico adequado a sua distribuição (Teste *t* de Student, Mann - Whitney ou Qui - quadrado). A significância estatística adotada é de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram analisados com o auxílio do software SPSS versão 25.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo foram respeitados os preceitos éticos da autonomia, sigilo e privacidade, bem como o respeito aos valores humanos. Manteve-se conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo Seres Humanos. A coleta dos dados foi realizada pela equipe de pesquisa após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do GHC. As gestantes que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa e após o aceite assinaram o TCLE (APÊNDICE 1).

A pesquisa não realizou algo inédito no atendimento dessas gestantes nesse centro obstétrico, e sim algo já realizado, porém a proposta foi sistematizar e elencar os critérios de elegibilidade para fins de pesquisa que sugerem a comparação entre os grupos. Ambos receberam o atendimento no centro obstétrico, no grupo teste o

acompanhamento fisioterapêutico foi o diferencial e no grupo comparativo o acompanhamento foi realizado pela equipe de rotina.

Salientamos que nenhuma paciente foi prejudicada com as propostas ofertadas. No caso de algum incidente, e/ou intercorrência prontamente foram atendidas para que esse infortúnio fosse solucionado o quanto antes, não acarretando nenhum prejuízo a saúde da mãe e do seu bebê.

8. PRODUTOS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os produtos técnicos produzidos a partir desta pesquisa foram um guia para as gestantes relatando as diferentes posturas que elas podem adotar durante o trabalho de parto, um guia para os profissionais que atendem as parturientes visando orientá-los acerca dos posicionamentos e da contribuição da fisioterapia nesta área. Além de palestras expositivas demonstrando a intervenção realizada, e desfechos tanto para a população atendida quanto para o hospital envolvido. Por fim a produção de artigo científico a ser submetido para publicação na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil relatando os desfechos desta pesquisa.

Será garantida uma cópia do trabalho final ao Centro de Documentação do GHC.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas para o acompanhamento fisioterapêutico na redução da dor, redução do tempo da fase ativa de trabalho de parto, e na redução no número de intervenções e intercorrências pré e intraparto quando comparado ao manejo habitual do centro obstétrico foi importante realizar a pesquisa para relatar e discutir as abordagens fisioterapêuticas no atendimento à gestante em trabalho de parto. Quanto as posturas podemos observar que houve preferência ao banho de aspersão tanto pelas gestantes quanto para a equipe de rotina que indicou esse manejo.

Desenvolver esta pesquisa pode instigar a equipe do local em rever as suas práticas, o que modificou e mobilizou o cenário, esse era o intuito proposto. Também promoveu a discussão do encontro da prática diária com o embasamento teórico-

científico. Os produtos gerados ao longo deste trabalho poderão ser utilizados pelos profissionais nas maternidades e pelas usuárias durante o pré-natal, proporcionando uma preparação para o parto acerca das posturas que elas podem adotar. Já o artigo publicado levará para o meio científico, o nome da instituição, as práticas realizadas, e o contexto que se desenvolve nesta área atualmente.

Ao longo desta jornada pude aliar a prática da assistência com o ensino, e me foi revelador voltar à escrita e à produção científica. Agradeço a instituição em que atuo desde 2008 por oportunizar cursos de pós-graduação aos seus colaboradores! Com certeza, essa oportunidade amplia horizontes e fortalece a prática assistencial, pois permite embasá-la no conhecimento científico.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nac. de Assist. Parto normal [Internet]. 2017. p. 51. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
2. Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS Brasil [Internet]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
3. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias No SUS. 2016; único, 1- 381. http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000 [Internet]. 2000. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
5. Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6ª edição. Rio de Janeiro, editor. Guanabara Koogan; 2018. 1–753 p.
6. Argentão L, Pamela L, Oliveira C, Santos D, Atahide T, Matsumoto S, et al. Intervenção Fisioterapêutica No Preparo E Durante O Parto Natural. 2011; Available from: http://www.fef.br/upload_arquivos/geral/arq_594064eb13155.pdf
7. Site do Grupo Hospitalar Conceição <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(7).

9. Gallo BS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto : protocolo assistencial. *Femina*. 2011;39(1):41–8.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha [Internet]. 2011. Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_cegonha
11. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (8): CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.
12. Freitas F, Martins-Costa S, Ramos JG, Magalhães JA, et al. Rotinas em obstetrícia. 6^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 1–893 p.
13. Lemos A. Fisioterapia Obstétrica baseada em evidências. 1^a ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
14. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L, C.A. S, K.M. L, et al. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;2(3):CD009290. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub3/epdf/full>
15. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2017; (5). Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
16. Freitas A da S, Lima V da S, Sousa JN de, et al. Atuação da Fisioterapia no parto humanizado. *DêCiência em foco* [Internet]. 2017;1(1):18–29.
17. Simarro M, Espinosa J, Salinas C, Ojea R, Salvadores P, Walker C, et al. A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia. *Med Sci*. 2017 Mar 8;5(1):5
18. Çevik S, Karaduman S, et al. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci*. 2019;1–9. <https://doi.org/10.1111/jjns.12272>

ANEXOS e APÊNDICES

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você está sendo convidada para participar do projeto de pesquisa para dissertação de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (SUS), da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. A pesquisa tem como título: “Efeito do acompanhamento fisioterapêutico durante a fase ativa de parto normal nos níveis de dor em gestantes do centro obstétrico de um hospital de Porto Alegre” que acontecerá na sala de pré parto do Hospital Fêmina/Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre (RS).

Esta pesquisa irá entrevistar você no momento da admissão no centro obstétrico e terão dois grupos: em um deles você será atendida por fisioterapeutas que avaliarão a sua dor e irão propor trocar de posturas para que essa dor alivie. As posturas poderão ser: sentar na bola, tomar banho de chuveiro, ou caminhar, para que se sintam mais confortáveis e com isso sintam menos dor e tensão no momento de espera para o parto, caso ele seja normal, ou seja via vaginal. O tempo que você permanecerá nessas posturas vai depender da sua disponibilidade e vontade, podendo ser de 10 minutos até uma hora aproximadamente. No outro grupo você será acompanhada pela equipe do centro obstétrico e irá receber o atendimento disponível na unidade que inclui trocar de posição sempre que você achar necessário. Nossa pesquisa se dará em dias alternados, ou seja, num dia para o grupo que será acompanhada pela fisioterapeuta e no outro dia para o grupo que será atendido pela equipe do centro obstétrico. Não importa o grupo que você esteja, você será atendida e assistida pela equipe que cuidará do seu parto.

Nossa intenção é contribuir para o cuidado pré parto de gestantes avaliando como elas se sentem adotando posturas diversas. Queremos entender o quanto de dor você sente e se você adota posturas diferentes será que essa dor será a mesma? O momento do parto pode gerar ansiedade e dor, gostaríamos que você se sentisse relaxada e por isso iremos propor intervenções que podem aliviar essas dores. Caso aceite participar você será avaliada na sala de pré parto, uma ficha de avaliação sua será preenchida, nela constarão quais posturas você preferiu, por quanto tempo ficou nessas posturas e o nível de dor durante a avaliação e após as posturas adotadas. Os dados do seu prontuário eletrônico também serão consultados para que possamos completar os dados do seu parto, ou seja, como ele aconteceu e quanto tempo de duração teve.

Certificamos que todos os seus dados serão utilizados de forma anônima, confidencial e exclusivamente para fins de estudo. Essa avaliação não trará nenhum malefício para você e seu bebê. Os riscos possíveis são mínimos, relacionados a algum desconforto nas trocas de posturas. Se você desejar poderá deixar de realizar as trocas de posturas quando você achar necessário, pois o tempo que você permanece em cada uma delas será você que determinará. Durante todo o processo você será acompanhada pela equipe da pesquisa, e caso não participe você não

deixará de receber a devida assistência. Pode ser que você se beneficie diretamente participando dessa pesquisa, reduzindo dor e desconforto no pré parto, porém não podemos garantir isso, uma vez que é isso que queremos saber com o estudo.

Ressaltamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do GHC respeitando todos os aspectos éticos e legais de pesquisa na área da saúde e em humanos. Os pesquisadores colocam-se à disposição para qualquer esclarecimento durante e após a pesquisa. Se você concordar em participar deve ler atentamente este termo e assiná-lo. Certificamos que todos os seus dados serão utilizados de forma anônima, confidencial e exclusivamente para fins de estudo, guardados por 5 anos e após destruídos conforme disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Pelo presente termo de consentimento livre esclarecido declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informada de forma clara, detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e manipulação quanto aos aspectos referentes a esta pesquisa.

Fui igualmente informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento na instituição;
- Da garantia que não serei identificada quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Samanta Pezzi Gomes de Assis pelo telefone: (51) 33145253 ou pelo e-mail: sapezzi@yahoo.com.br e endereço: Rua: Mostardeiro, nº 17, Bairro: Rio Branco – Porto Alegre.
- O presente termo será apresentado em duas vias e será entregue uma cópia ao participante da pesquisa e ao pesquisador, após a assinatura.

Também que, se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniela Montano Wilhelms, Coordenadora-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein, 596, Centro Administrativo, 1º andar – Gerência de Ensino e Pesquisa, das 08h às 12h e das 14h:30min às 15:30h;

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Apêndice 2

Ficha de avaliação

Dados de identificação: _____ Data _____
 Código: _____ Idade: _____
 IG (idade gestacional): _____ Primigesta () Sim () Não
 G ____ P ____ A ____ Tabagista () Sim () Não
 Hora admissão no pré _____ Início do TP ativo _____
 Pré natal _____ Quantas consultas _____
 Patologias associadas _____
 Motivo de internação _____

Questionário:

Grupo Comparação () Grupo Teste ()

Escala Análogo Visual de dor 0 _____ 5 _____ 10
 Caminhada () Sim () Não
 Quanto tempo () 5 min () 10 min () 15 min () Outro: _____
 Escala Análogo Visual de dor após 0 _____ 5 _____ 10

Escala Análogo Visual de dor após 0 _____ 5 _____ 10
 Banho de chuveiro? () Sim () Não
 Quanto tempo? () 5 min () 10 min () 15 min () Outro: _____
 Escala Análogo Visual de dor 0 _____ 5 _____ 10

Escala Análogo Visual de dor 0 _____ 5 _____ 10
 Sedestação na Bola Suíça? () Sim () Não
 Quanto tempo? () 5 min () 10 min () 15 min () Outro: _____
 Escala Análogo Visual de dor após 0 _____ 5 _____ 10

Mais alguma postura () S () N Qual _____

Hora do parto _____ Tipo _____ Episiotomia _____
 Laceração _____ Analgesia _____ TTP (h) _____
 Classificação de Robson _____ Ocitocina _____
 Aminiotomia _____ Miso _____

		GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. CNPJ: 92.787.118/0001-50 - Av. Francisco Travenço, 598 - F. (51) 3357.2000 - Porto Alegre - RS - CEP 91350-000 HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.) CNPJ: 92.787.118/0001-50 - F. (51) 3357.4100 - Porto Alegre - RS - CEP 91350-000 HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. CNPJ: 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardade, 17 - F. (51) 3514.9200 - Porto Alegre - RS - CEP 90430-001 HOSPITAL FEMINA S.A. Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.34/90
FICHA OBSTÉTRICA - 2		
Nome:	Idade:	
Data: ____ / ____ / ____ às ____ : ____ horas	Registro:	Médico:

[illegible]

Anexo 2

Escala Visual Analógica



Fonte: www.saudeemmovimento.com.br

Anexo 3

Ficha Obstétrica – Pós-parto

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO			
HOSPITAL N.º CONCEIÇÃO - CNPJ 02.797.118/0001-00 - Av. Francisco Teles, 500 - F. 3187-000 - Porto Alegre - RS - CEP 91000-000 HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO - Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição HOSPITAL CRISTO REEDTOR - CNPJ 02.797.118/0001-10 - Rua Domingos Ribeiro, 250 - F. 3187-4100 - Porto Alegre - RS - CEP 91400-000 HOSPITAL P.º BARRA - CNPJ 02.797.118/0001-03 - Rua Montebello, 11 - F. 3114-000 - Porto Alegre - RS - CEP 91410-001			
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM			
Registro _____	Data: ____/____/____	Hora: ____:____	
Nome: _____			
G ____ P ____ C ____	AB ____ Ect ____	Última gestação: ____ IG: ____	Nº consultas: ____ TS: ____
Teste Rápido Sífilis: _____		Teste Rápido ANTI-HIV: _____ Reteste: _____	
Motivo da internação: _____			
Intercorrências Obstétricas: _____			
Outros Aspectos Relevantes da História: _____			
Uso de fármacos: _____			
Alergias: _____			
Tabagismo: () não () sim ____ /dia		Drogas ilícitas: _____ Contato c/ DIC: () não () sim	
Passado de Amamentação: () Bom () Mau () Misto () Não se aplica Por quê? _____			
Última refeição: ____ / ____ / ____ às ____ : ____ Eliminações: _____			
EXAME FÍSICO:			
Nível Consc.: () LOC () Confusa/agitada () Sonolenta () Obnubilada Períneo: () Sem alterações () Lesões () Varizes () Hemorroidas	Mucosas: () MUC () Hipocoradas () Secas Útero: () S/ dinâmica () C/ dinâmica () N/ palpável () Hipertônico	Cond. Higiene: () Boa () Precária Mov. Fetal: () Presente () Diminuído () Ausente	Extremidades: () Frias () Aquecidas () Perfundidas () Cianóticas () Edemaciadas () Varizes Mls Perdas Vaginais: () Não () LA _____ () Sang _____ Obs: _____ Enf.: _____
CO – ORIENTAÇÕES:			
() Orientada sobre rotinas de admissão		() Orientada sobre trabalho de parto e parto	
() Orientada sobre tecnologias obstétricas não-invasivas		() Orientada sobre dieta	
() Orientada sobre presença de acompanhante		() Orientada sobre procedimento: _____	
() Outros: co _____			
ASSISTÊNCIA NO TP			
Dieta: () sim () não motivo _____		Amniotomia: () não () sim motivo _____	
Punção: () não () sim () Ocito () MgSO ₄ () analgesia () AZT () ATB () outros _____			
Manejo não Farmac.: () Não () Banho () Deambulação () Bola () Massagem () Variedade de posição () Outros _____			
RISCO NO TP			
() Ameaça Trabalho de Parto Premat		() Retardo do Crescimento in	
() Cardiopatias e gestação		() Ruptura Prematura das m	
() Descolamento Prematuro de Placent		() Sangramento 2º Trimestre	
() Diabetes e gestação		() Sangramento 3º Trimestr	
() Distúrbio Hipertensivo e gest.		() Trabalho de parto premat	
() Outro _____			

SALA:			
Parto:	Intercorrências:	Analgesia/Anestesia:	Sondagem:
() Parto vag. c/ episio	() Lacer () 1º G () 2º G () 3º	() Não () Sim	() Sem sondagem
() Parto vag. s/ episio	() Com sutura () Sem sutura	Posição do parto:	() SVA
() Ces s/ tentativ parto	() Parto Domiciliar	() Litotômica	() SVD
() Ces c/ tentativ parto	() Forceps Tipo _____	() Outra	() Enf.* () Médico
Ind _____	() Revisão de trajeto	Outros procedimentos:	Hora: _____
() Gestação gemelar	() Curagem	() LT () DIU	Aspecto: _____
() Apresentação pélvica	() Curetagem	() AMIU	Parto realizado por:
	() Venoclise	() Curetagem	() médico () enfermeira
Acompanhante do Nascimento: () Sim Quem _____ () Não Motivo? _____			
CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON (Circular o nº)			
1 Nulipara, FU, cefálico, ≥37 sem, TP espontâneo	6 Todas nulíparas c/ apresentação pélvica		
2 Nulipara, FU, cef, ≥37 sem, TP induzido ou ces antes TP	7 Todas multiparas c/ apresentação pélvica (inclusive c/Ces anterior)		
3 Multipara, sem Ces ant. FU, cefálico, ≥37 sem, TP espontâneo	8 Todas gestações múltiplas (inclusive c/Ces anterior)		
4 Multipara, sem Ces ant. FU, cefálico, ≥37 sem, induz ou ces antes TP	9 Todas cónicas ou oblíquas (inclusive c/Ces anterior)		
5 Multipara, com 1 ou + Ces. Ant. FU, cefálico, ≥37 sem	10 Todas FU, cefálico, ≤37 sem (inclusive c/Ces anterior)		
RECÉM NASCIDO:			
RN/G1: _____/_____/_____/_____ Hora: _____	Peso: _____	APGAR: _____	Sexo: () masc () fem Transf UTI: () não () sim
G2: _____/_____/_____/_____ Hora: _____	Hora: _____	APGAR: _____	Sexo: () masc () fem Transf UTI: () não () sim
G3: _____/_____/_____/_____ Hora: _____	Hora: _____	APGAR: _____	Sexo: () masc () fem Transf UTI: () não () sim
Clampeamento oportuno:	Pele a pele	Aleitamento:	
() sim () 1 min () + de 1 min () imediato	() sim () 30-59min () 60 min ou +	() sim () 30-59min () 60 min ou +	
() não () m s/ cond () mãe s/ condições	() não () RN s/ cond () mãe s/ condiç	() não () RN s/ cond () mãe s/ condiç	
Enf.*: _____			
PÓS-PARTO / PÓS CESARIANA / AMIU / CURETA:			
Nível/Consc:	Mucosas:	Abdômem:	Útero:
() LOC	() Úmidas	() Depressível	() Contraído na CU
() Confusa	() Ressecadas	() Tenso	() Contraído ↓ CU
() Agitada	() Coradas	() Distendido	() Contraído ↑ CU
() Sonolenta	() Hipocoradas	() Doloroso à palpação	() Não palpável
() Obnubilada			() Hipotônico
			() Lateral _____
Sang. Vaginal:	Ferida Operat:	Mamilos:	Colostro:
() Ausente	() Limpa	() Protusos	() Não Avaliado
() Fisiológico	() Com sgto	() Pouco protusos	() Presente
() Aumentado		() Planos	() Pouco
() Coágulos		() Invertidos	() Ausente
Observações: _____			
AVALIAÇÃO PARA ALTA DA SRO:			
Nível/Consciência:	Mucosas:	Útero:	Sang. Vaginal:
() LOC	() MUC	() Contraído na CU	() Fisiológico
() Sonolenta	() Hipocoradas	() Contraído ↓ CU () Lateral: _____	() Moderado
		() Contraído ↑ CU () Não palpável	
Ferida Operatória:	Diurese:	Períneo:	Mobilidade Msis:
() Limpa	() _____ ml (SVD)	() Sem alterações	() Presentes
() Curativo demarcado	() Espontânea	() C/ edema () Equimoses	
() Trocado curativo	() Ausente	() Hematoma () Pontos tensos	
Protocolo Vermelho: () não () sim		Destino da paciente: () internação _____ andar () UTI	
Observações: _____			
Data: _____/_____/_____ Hora: _____			
Enf.*: _____			
Administrativo: _____			

PRODUTOS

Artigo Científico

Título: Análise do acompanhamento fisioterapêutico de gestantes durante a fase ativa de parto normal em um centro obstétrico no sul do Brasil.

Autores: Samanta Pezzi Gomes de Assis ¹, Mariana Marques do Santos ², Natália Paloschi Casagrande ², Patrícia Viana da Rosa ³, Daniel Demétrio Faustino-Silva ⁴

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS (PPGATSUS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS, Brasil.

² Fisioterapeuta Graduada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre-RS, Brasil.

³ Professora da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre-RS, Brasil.

⁴ Professor do Programa de Pós-graduação em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS (PPGATSUS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre-RS, Brasil.

Artigo científico a ser submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o nível de dor, o tipo e o tempo de parto nas gestantes em trabalho de parto ativo antes e após o acompanhamento fisioterapêutico, em comparação ao acompanhamento de rotina do centro obstétrico. **Métodos:** Estudo do tipo quase experimental, realizado no centro obstétrico do Hospital Fêmina em Porto Alegre - RS que avaliou as parturientes maiores de 18 anos, em fase ativa do trabalho de parto, com feto na posição cefálica, único, e com gestação a termo de 37 semanas ou mais. A coleta de dados foi realizada de abril a outubro de 2019. A amostra foi composta por 81 gestantes, 40 participantes no grupo teste, que foi acompanhado pela equipe de fisioterapia, e 41 no grupo comparação que foi acompanhado pela equipe de rotina do centro obstétrico. Os grupos foram comparados através de teste estatístico adequado a sua distribuição (Teste *t* de Student, Mann - Whitney ou Qui - quadrado). O nível de significância adotado neste

trabalho foi de 5% ($p\text{-valor} < 0,05$). **Resultados:** Ambos grupos tiveram redução da dor após o manejo, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa na magnitude da redução de dor entre os grupos. **Conclusão:** o grupo com acompanhamento fisioterapêutico obteve parâmetros semelhantes em relação a redução da dor, tempo de trabalho de parto ativo, e tipo de parto quando comparado ao manejo habitual do centro obstétrico.

Palavras chave: Fisioterapia; Gravidez; Trabalho de parto; Relaxamento; Serviço Hospitalar de Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto é um processo fisiológico caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que promovem as contrações uterinas, resultando na dilatação do colo uterino e descida da apresentação fetal. Durante a fase de dilatação a dor corresponde a uma sensação subjetiva, sendo uma experiência individual para cada gestante, que pode ser descrita como visceral e intensa. Na medida que ocorre a descida fetal pela pelve materna, a dor é somática, mais nítida e contínua, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais. Atualmente, existe o reconhecimento de que a dor no trabalho de parto deve ser aliviada, pois pode acarretar prejuízos tanto para a mãe quanto para o feto^{1,2}.

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidência científica, garantindo o acesso da parturiente a recursos farmacológicos e não-farmacológicos. A principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento^{1,3}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal que foram baseadas em pesquisas com evidências científicas por todo o mundo, obtendo assim um alto índice de recomendação. Dentre elas destacamos os métodos não invasivos e não farmacológicos, como: massagem, técnicas de relaxamento, liberdade de posição e movimento, e estímulo a posições não supinas⁴.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu políticas de saúde como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2000), e a Rede Cegonha (2011), que buscaram instituir um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal⁵. Assim, os programas multidisciplinares de preparação para o parto têm como benefícios a diminuição dos sintomas de desconforto e dor, controle da ansiedade, diminuição do tempo de trabalho de parto e do índice de indicação para parto cesáreo e de intervenções desnecessárias⁶.

As informações existentes na literatura científica demonstram que a fisioterapia aplicada à saúde da mulher, especialmente na Obstetrícia, principalmente utilizando os recursos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, como o suporte contínuo, mobilidade materna, deambulação, exercícios respiratórios, massoterapia, bola suíça, banho de imersão e de chuveiro, técnicas de relaxamento, dentre outros, promovem benefícios tanto para a parturiente quanto para a instituição^{3,7}. Nossa proposta com a pesquisa é introduzir o fisioterapeuta na sala de pré parto para acompanhar as gestantes incentivando-as a permanecerem mais ativas nesse processo. Torna-se relevante o estudo, pois, apesar de haver essas recomendações, não há uma abordagem fisioterapêutica no centro obstétrico deste hospital, assim como a falta de funcionários familiarizados com tais rotinas, e a superlotação da unidade que por vezes impossibilitam um atendimento individualizado mais acolhedor e humano.

Tendo em vista o exposto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de dor, o tipo e o tempo de parto nas gestantes em trabalho de parto ativo antes e após o acompanhamento fisioterapêutico, em comparação ao acompanhamento de rotina do centro obstétrico.

MÉTODOS

Delineamento do Estudo e Aspectos Éticos

O presente estudo é do tipo quase experimental e foi conduzido no Hospital Fêmina, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição, entre abril e outubro de 2019, no município de Porto Alegre - RS. Esteve em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-

GHC) sob o parecer 3.220.583. Todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

População e Amostra

A população foi composta por parturientes admitidas no Centro Obstétrico do Hospital Fêmina, em Porto Alegre, vinculado ao SUS (Sistema Único de Saúde), que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Foram incluídas gestantes de baixo risco com idade igual ou acima de 18 anos, idade gestacional a termo (entre 37 a 42 semanas), em fase ativa do trabalho de parto, caracterizada por quatro centímetros ou mais de dilatação cervical e três contrações uterinas ou mais em dez minutos, com feto na apresentação cefálica. Foram excluídas do estudo gestantes com indicação para realizar parto cesáreo, parto cesáreo prévio e contraindicação médica para a realização das posturas propostas.

As gestantes que preencheram os critérios de elegibilidade foram convidadas a participar do estudo e realizaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, divididas em Grupo Teste e Grupo Comparação.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito levando em consideração os níveis de dor, a fim de detectar diferença de, no mínimo, um ponto, considerando os dados ($8,43 \pm 1,17$ vs $7,03 \pm 1,5$ nos grupos controle e intervenção respectivamente)⁸, poder de 90% e nível de significância de 5%, foram necessários, no mínimo, 39 parturientes por grupo.

Foram abordadas para serem incluídas na pesquisa 89 gestantes, 8 recusaram a sua participação alegando dor muito intensa. Desta forma a amostra final do estudo foi composta por 81 gestantes, sendo 40 parturientes designadas para o Grupo Teste (GT) e 41 parturientes para o Grupo Comparação (GC).

Intervenções e Coleta de Dados

As parturientes do Grupo Teste (GT) puderam escolher qual postura gostariam de adotar com base na informação e orientação realizada pela fisioterapeuta pesquisadora, além de duas alunas da graduação do curso de fisioterapia que realizaram a coleta para esta pesquisa. Em seguida, aplicou-se a conduta e seguiu-se o acompanhamento profissional com orientações gerais, sempre respeitando a vontade da parturiente, até o seu término, criando uma relação de vínculo e confiança com a gestante. Os dados foram coletados pré e pós

intervenção. As parturientes foram instruídas quanto aos benefícios das condutas e possíveis malefícios, a fim de evitar complicações como hipotensão, tontura, dispnéia e fraqueza, e orientadas a realizá-las da seguinte forma:

Caminhada: com supervisão e suporte físico, caso fosse solicitado, sempre respeitando os limites da gestante, com ênfase na respiração e, se necessário, pausas nos momentos das contrações.

Banho de aspersão: realizado com água morna em temperatura ajustável conforme a gestante sentia-se confortável, deixando livre a escolha pela permanência em ortostase ou sedestação em cadeira, com ênfase no relaxamento de todo corpo e queda da água na região da coluna cervical, lombossacra ou ventre.

Sedestação na bola suíça: foram orientadas a realizarem movimentos ativos da região pélvica tais como: retroversão e anteroversão, deslizamento látero-lateral, e ântero-posterior respeitando os momentos de contração uterina, dando ênfase à respiração consciente.

O Grupo Comparação (GC) teve a escolha e orientação da conduta realizada pela equipe de rotina do centro obstétrico (médico obstetra, residentes, enfermeira, residentes, estagiários e técnicas de enfermagem), a pesquisadora contatou a parturiente para a coleta de dados sem interferir neste processo. A gestante não necessariamente teve acompanhamento profissional da equipe do hospital durante a realização da conduta. Os dados foram coletados pré e pós intervenção.

As gestantes foram designadas para os grupos por dias alternados de coleta pela equipe de pesquisa, ou seja, em um dia foi feita a coleta para o grupo teste e no outro para o grupo comparação até obtermos o número de participantes necessário para completar a amostra, levando em consideração a presença de gestantes com características similares em ambos os grupos e a disponibilidade de fisioterapeuta para realizar a abordagem.

Para a realização do estudo foi criada uma ficha de avaliação fisioterapêutica, contendo os dados de caracterização da amostra, postura escolhida, percepção de dor imediata pré e pós conduta, tempo de trabalho de parto ativo total, intervenções médicas e intercorrências.

A duração do tempo de trabalho de parto ativo foi dada em horas, considerando o seu início quando a parturiente estivesse com a dilatação cervical igual ou maior do que quatro centímetros e dinâmica uterina de pelo menos três

contrações em dez minutos até o período de expulsão do bebê⁹. A variável dor foi avaliada pela percepção da parturiente no momento imediatamente pré e pós intervenção através da Escala Visual Analógica (EVA) que consiste numa variação numérica de zero a 10, onde zero representa nada de dor e 10 muita dor⁶.

Os dados clínicos médicos e da equipe de enfermagem, como intervenções e intercorrências pré, intra e pós-parto, foram coletados através do sistema de informações eletrônico e ficha obstétrica do hospital desde o momento da internação até a alta hospitalar. Nessas fichas constam a latência do trabalho de parto, o tipo de parto, a ocorrência de ocitocina, episiotomia, amniotomia, posição do parto, data e hora do nascimento, apgar do recém-nascido entre outros dados.

Análise Estatística

As variáveis quantitativas foram expressas através de média e desvio de padrão e as variáveis categóricas através de frequência e percentual. A normalidade foi verificada pelo teste Ks. Os grupos foram comparados através de teste estatístico adequado a sua distribuição (Teste *t* de Student, Mann - Whitney ou Qui - quadrado). A significância estatística adotada é de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram analisados com o auxílio do software SPSS versão 25.

RESULTADOS

A amostra mostrou-se homogênea em relação às variáveis idade materna, apresentando média de 26.28 anos ($\pm 6,15$), idade gestacional com média de 39.51 semanas ($\pm 1,13$) e apenas uma gestante não realizou o pré-natal, as demais tiveram em média 9 consultas ($\pm 3,1$), sendo que 39 mulheres eram primíparas, e 42 multíparas (Tabela 1). Em relação às condições de saúde sistêmica, 25 gestantes relataram patologias associadas sendo: 14 com diabetes mellitus gestacional, 5 apresentavam hipertensão arterial crônica, 2 apresentaram sífilis, uma pré-eclâmpsia, 4 bronquite asmática e uma com depressão. Cinco gestantes eram tabagistas ativas. Sobre a história obstétrica pregressa, 20 mulheres relataram histórico de aborto, destas 17 tiveram aborto uma vez, e 3 parturientes relataram terem passado por essa experiência por duas vezes.

Tabela 1: Características da amostra de gestantes em trabalho de parto incluídas no estudo. Porto Alegre, 2020.

	GC (41)	GT (40)	p-valor
Idade materna	24,6 ($\pm 5,6$)	26,7 ($\pm 6,4$)	0,131
Idade Gestacional	39,7 ($\pm 1,2$)	39,3 ($\pm 1,3$)	0,173
Primíparas	20 (48,8%)	19 (47,5%)	0,694
Múltiparas	21 (51,2%)	21 (52,5%)	0,632

Os dados referentes a idade materna e idade gestacional são expressos em média $\pm$ DP. Os dados referentes a paridade são expressos em n(%). Grupo Teste (GT), Grupo Comparação (GC).

Referente ao uso das condutas para alívio da dor durante a fase ativa de trabalho de parto verificou-se a preferência pelo banho em ambos os grupos, 20 parturientes (50%) adotaram essa postura no grupo teste e 27 parturientes (65,9%) no grupo comparação. O uso da bola foi preferido por 11 parturientes (27,5%) do GT e 4 (9,8%) do GC. E a caminhada teve adesão de 9 parturientes (22,5%) no GT e 10 parturientes (24,4%) no GC.

Em relação à dor, apesar de não apresentar diferenças estatisticamente significativas, nota-se que houve uma diminuição geral da dor após a intervenção em ambos os grupos que realizaram alguma conduta. É percebida uma discreta diferença entre a dor pré e pós na relação entre grupos. O grupo teste apresentou redução de 6,52 ($\pm 2,7$) na avaliação pré conduta para 6,15 ($\pm 2,8$) na avaliação pós. Já o grupo comparação apresentou dor 6,78 ($\pm 2,7$) no momento pré conduta e redução para 6,63 ($\pm 2,8$) após a conduta ($p = 0,656$ e $p = 0,623$, respectivamente) (Tabela 2). No banho houve redução significativa da dor ($p = 0,047$) e aumento significativo da dor na caminhada ($p = 0,011$), sem alteração significativa na bola ($p = 0,334$). A magnitude da variação da dor foi significativamente maior na caminhada

que no banho (+1,21 vs -0,7 respectivamente [$p= 0,009$]), porém sem diferença com relação a bola.

Tabela 2: Variação de dor nas gestantes do grupo comparação e grupo teste. Porto Alegre, 2020.

	GC	GT	p-valor
Dor pré	6,78 ($\pm 2,7$)	6,52 ($\pm 2,7$)	0,656
Dor pós	6,63 ($\pm 2,8$)	6,15 ($\pm 2,8$)	0,623

Os dados são expressos em média $\pm$ DP.

A fase ativa de trabalho de parto se demonstrou maior no grupo teste do que no grupo comparação, porém sem diferença estatística ocorrendo em média de 8h03min no GT (mínimo de 42 min à 28h46min [$p= 0,958$]) e no GC 6h58 (mínimo de 1h22min à 20h30min [$p= 0,723$]).

Com relação ao uso de métodos farmacológicos para evolução de trabalho de parto, a ocitocina sintética foi o método mais utilizado em ambos os grupos, o misoprostol foi utilizado por duas pacientes e a sonda Folley, utilizada em apenas um caso. O procedimento de rompimento de bolsa amniótica pela equipe médica (amniotomia) se mostrou equivalente nos dois grupos (Tabela 3).

Analisando as intervenções e intercorrências intraparto verificou-se que o parto normal ocorreu para 61 parturientes (75,3%), sendo 28 mulheres (70%) no GT e 33 mulheres (80,5%) no GC. A episiotomia foi realizada em 25,9% das mulheres, e a laceração da musculatura perineal no momento de expulsão do bebê grau 1 ocorreu em 12 parturientes, 6 em cada grupo. A laceração de grau 2 ocorreu em 7 parturientes do grupo comparação e 4 do grupo teste, conforme registro na ficha obstétrica. O uso de fórceps foi realizado apenas em 3 casos, sendo 2 do grupo comparação e um do grupo teste. A utilização de anestesia local durante o período expulsivo do bebê foi equivalente entre os grupos ocorrendo em 21 pacientes (25,9%). O procedimento de anestesia esteve presente nos partos cesáreos 20 mulheres (24,7%), e apenas uma paciente recebeu anestesia raquimedular para o parto normal (Tabela 3).

Tabela 3: Intervenções médicas e intercorrências pré e intraparto do grupo comparação e grupo teste. Porto Alegre, 2020.

	GT (40)	GC (41)	Total	p-valor
Ocitocina	26 (63,4%)	28 (70%)	54 (66,7%)	0,350
Misoprostol	0 (0%)	2 (4,9%)	2 (2,5%)	-
Amniotomia	19 (47,5%)	19 (46,3%)	38 (46,9%)	0,782
Bolsa rota	5 (12,8%)	8 (20,5%)	13 (16,7%)	0,599
Episiotomia	8 (20%)	13 (31,7%)	21 (25,9%)	0,343
Fórceps	1 (2,5%)	2 (4,9%)	3 (3,7%)	1,000
Laceração perineal	10 (25%)	13 (31,7%)	23 (28,4%)	0,646

Os dados são expressos em n (%). Grupo Teste (GT), Grupo Comparação (GC).

DISCUSSÃO

As recomendações da OMS e do Ministério da Saúde para o manejo do trabalho de parto incluem o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto, assim como priorizar o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como banho de aspersão em água quente, sedestação em bola e deambulação⁹. Estes são recursos acessíveis, não invasivos e de baixo custo que estão disponíveis no local da pesquisa e podem ser ofertados nos serviços de saúde^{2,9}. A adoção de posturas verticais reduz a duração da fase de dilatação do trabalho de parto, diminui o risco de cesárea e de necessidade de anestesia peridural, e não se associa a efeitos negativos para os bebês e as mães. Além de que, para as mulheres em trabalho de parto de baixo risco devem ser informadas desses benefícios, por sua vez incentivadas e auxiliadas a assumirem as posições que escolherem¹⁰.

Em relação à homogeneidade da amostra, a mesma se apresenta positiva com características semelhantes entre as parturientes quando se trata de idade

materna, idade gestacional, acompanhamento pré-natal e patologias associadas, não apresentando grandes variações entre grupos, nem interferindo de forma negativa nos desfechos analisados.

Na avaliação do desfecho dor, a redução foi semelhante em ambos grupos após a realização das posturas e sem diferenças estatisticamente significativas. Sabe-se que a dor é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados principalmente pela contração uterina¹¹. A preferência da maioria das parturientes no grupo teste, e a indicação mais frequente da equipe assistencial foi uso do banho de aspersão, que tem inúmeros benefícios, sendo um dos métodos não farmacológicos mais utilizados na progressão, diminuição da dor e na evolução do parto normal, pois promove vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, aumentando a satisfação materna⁷. O aumento da dor nas parturientes que realizaram a deambulação, está de acordo com o estudo de Mamede¹² que mostra que a posição vertical da deambulação favorece o ajuste da cabeça fetal, o que aumenta a percepção da sensação de dor. Este outro estudo mostra que a adoção de posições verticais auxilia no alívio da dor, melhoram o conforto e a satisfação das parturientes¹³.

Ao analisarmos o acompanhamento fisioterapêutico sobre o tempo da fase ativa de trabalho de parto, devemos levar em consideração, também, a percepção da dor, a utilização de métodos farmacológicos, as intervenções e as intercorrências durante o trabalho de parto e parto. O presente estudo apresenta uma maior duração do tempo de trabalho de parto ativo no Grupo Teste, resultado este, semelhante ao encontrado por Canesin¹⁴. No entanto, Bio¹⁵ encontrou resultados diferentes sobre a influência da fisioterapia na duração do trabalho de parto, onde é observado que as orientações sobre mobilidade e adequada postura à parturiente aumentam a tolerância da mesma à dor, evitam a necessidade do uso de fármacos durante o trabalho de parto e auxiliam na evolução da dilatação do colo cervical reduzindo, assim, a duração da fase ativa. Assim como no estudo de Simarro¹⁶ onde o grupo que recebeu a intervenção de um fisioterapeuta melhorou significativamente o resultado obstétrico obtendo menor ocorrência de partos instrumentais e cesarianas, menor duração do segundo estágio do trabalho de parto, e também menor ocorrência de episiotomia.

O alto índice do uso de métodos farmacológicos para aumento da progressão de trabalho de parto já é demonstrado no estudo de Leal¹⁷ e ainda se apresenta nos dias atuais¹⁸, conforme visto em nosso estudo, onde a grande maioria das mulheres sofreram algum tipo de intervenção farmacológica ou mecânica para adiantar este processo, sendo o principal uso a ocitocina sintética, também responsável pela intensificação da dor durante o trabalho de parto, ao invés da utilização de tecnologias que favorecem a progressão fisiológica do mesmo^{17,18}.

Com base nos resultados do presente estudo, nota-se que a taxa de episiotomia foi alta em ambos os grupos do estudo. A realização da episiotomia rotineira não protege o assoalho pélvico, sendo causa de maior dor, sangramento e complicações intra e pós-operatórias. Baseando-se nesses resultados, não há justificativa para a manutenção de sua realização. Porém, sua frequência continua sendo elevada no Brasil¹⁹. Atualmente a recomendação da OMS é de que a mesma deve ser evitada, pois pode aumentar o risco de laceração perineal, gerar mais infecções e hemorragias além de não diminuir a incidência de dor e de incontinência urinária e fecal a longo prazo⁴.

A valorização da fisioterapia na assistência à mulher em trabalho de parto vem aumentando e tornando-se de grande importância no alívio da dor e na tolerância do processo de dilatação progressiva do colo uterino, o que irá facilitar a saída do bebê, além das orientações quanto à respiração e aos posicionamentos baseado principalmente no conhecimento da biomecânica para o reconhecimento do próprio corpo e das posições que vão favorecer os momentos específicos do trabalho de parto e parto²⁰. Atua também na preparação do assoalho pélvico durante a gravidez e da sua reeducação no pós-parto. No atendimento à gestante, a fisioterapia tem como ação a preparação para um parto tranquilo e a prevenção de complicações, proporcionando uma melhor qualidade de vida à mulher e, também, um nascimento mais participativo e humanizado²¹.

O fisioterapeuta quando inserido no Centro Obstétrico, atuará preparando a gestante para o trabalho de parto e parto e essa orientação baseada na biomecânica, facilitará o entendimento, a consciência corporal, poderá sanar dúvidas referente ao processo de parturição, assim como tranquilizar e amenizar a ansiedade inerente a este momento buscando fortalecer o protagonismo da mulher sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto baseado em conhecimento científico²¹.

Ao fim deste estudo, foi possível observar resultados positivos da influência do fisioterapeuta acompanhando as parturientes nos seus respectivos trabalhos de parto. O estudo de Castro⁶ demonstra que a assistência fisioterapêutica individualizada e focada na redução da sensação de dor, foi considerada satisfatória pelas parturientes atendidas que relataram, logo após o término das condutas, uma maior satisfação, maior confiança, diminuição da ansiedade e maior consciência corporal. Ter o fisioterapeuta neste contexto, vem a somar com os demais profissionais da equipe envolvidos nesse processo e levando às parturientes um atendimento especializado, a fim de evitar orientações ou condutas inadequadas. O diferencial deste estudo é a inserção de um trabalho especializado em um local onde atualmente não há o fisioterapeuta atuando, sendo que também é de sua competência e parte da formação acadêmica, levar qualidade de saúde para a gestante em um momento único e composto por diversos fatores que influenciam na saúde do binômio mãe-bebê.

Como limitação do estudo, temos a escolha dos critérios de inclusão e exclusão que restringiram uma maior quantidade de parturientes na amostra, dificultando o alcance do cálculo amostral pela especificidade. O Centro Obstétrico do Hospital Fêmina comporta seis leitos em um espaço físico pequeno e possui limitada disponibilidade de recursos, visto que as parturientes ali têm de se revezar para fazer uso dos materiais disponíveis. Além disso, o hospital comporta uma rede de ensino, pesquisa e extensão, onde há passagem de alunos, estagiários e residentes, que buscam o aperfeiçoamento de suas técnicas. A equipe obstétrica apresenta perfis variados e tem rotatividade conforme os turnos de plantão, interferindo na comunicação e no acompanhamento das parturientes internadas. Devido ao delineamento deste estudo ser quase experimental e por isso não randomizado, não foi possível controlar outros fatores que possam ter influenciado no desfecho de duração do tempo trabalho de parto ativo entre os grupos, porém foi o mais adequado em virtude de proporcionar a todas parturientes admitidas no setor a oportunidade de realizar condutas não farmacológicas que geram alívio, conforto e melhor aceitação da evolução do trabalho de parto.

O presente estudo não apresentou diferenças estatisticamente significativas para o acompanhamento fisioterapêutico na redução da dor, redução do tempo da fase ativa de trabalho de parto, e na redução no número de intervenções e intercorrências pré e intraparto quando comparado ao manejo habitual do centro

obstétrico. Nas posturas podemos observar que houve preferência ao banho de aspersão tanto pelas gestantes quanto para a equipe de rotina que indicou esse manejo.

Desta forma, são necessários estudos clínicos randomizados que avaliem o acompanhamento fisioterapêutico durante todo o trabalho de parto ativo, através de diferentes posturas de acordo com a progressão do trabalho de parto pela parturiente para que seja possível analisar efetivamente o impacto da presença do fisioterapeuta nos parâmetros clínicos. Adicionalmente, estudos qualitativos podem contribuir no entendimento das percepções e preferências das parturientes e equipes de saúde dos centros obstétricos.

Referências

1. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Women's Heal.* 2004;49(6):489–504.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(7).
4. Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS Brasil [Internet]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000 [Internet]. 2000. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
6. Castro A de S, Castro AC de, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioter e Pesqui.* 2012;19(3):210–4.
7. Gallo BS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina.* 2011;39(1):41–8.

8. Çevik S, Karaduman S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japan J Nurs Sci*. 2020;17(1):1–9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nac. de Assist. Parto normal [Internet]. 2017. p. 51. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
10. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G., Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;(8):163. Available from: 10.1002/14651858.CD003934.pub3
11. Lucinete Bentes da Silva M, Priscila Mejia de Sousa D. A atuação da fisioterapia no parto e pós-parto. Pós-graduação em Fisioterapia Intensiva-Faculdade Ávila. 2002.
12. Mamede FV, Maria De Almeida A, De Souza L, Mamede MV. A Dor Durante O Trabalho De Parto: O Efeito Da Deambulação. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2007;15(6):33–45. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
13. Miquelutti MA, Cecatti JG, Moraes SS, Makuch MY. The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009;9(4):393–8.
14. Canesin KF, Amaral WN do. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. *Femina*. 2010;38(8).
15. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2006;28(11):671–9.
16. Simarro M, Espinosa J, Salinas C, Ojea R, Salvadores P, Walker C, et al. A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia. *Med Sci*. 2017 Mar 8;5(1):5.
17. Leal M do C, Pereira APE, et al. Intervenções Obstétricas Durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014 Aug 1;30:S1–16.
18. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública*. 2019 Jul 22;35(7):e00223018.

19. Medeiros De Carvalho CC, Sandro A, Souza R, Barbosa O, Filho M. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências Selective episiotomy: advances based on evidence. *femina* [Internet]. 2010;38(5):1–6. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>
20. Bavaresco GZ, de Souza RSO, Almeida B, Sabatino JH, Dias M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011;16(7):3259–66.
21. Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6ª edição. Rio de Janeiro, editor. Guanabara Koogan; 2018. 1–753 p.

Guia de preparação para as gestantes em trabalho de parto

Esse guia visa informar as parturientes sobre as melhores posturas para essa fase de trabalho de parto ativo.

O parto é um momento esperado e único! Por mais que você já tenha o vivenciado, ele será diferente, talvez possa ser parecido, mas nunca será igual. Por isso, esteja focada em você, nas suas sensações, na sua respiração, na sua postura, você vai precisar guardar energia para as fases seguintes.

As contrações uterinas anunciam a chegada do trabalho de parto, porém elas iniciam de forma não ritmada, espaçada e fracas. Com o passar do tempo elas se tornam mais vigorosas, ritmadas e fortes. O trabalho de parto ativo se inicia quando as contrações estiverem mais fortes e a dilatação for acompanhando. Essa dilatação pode variar de 1 a 10 cm e isso pode ocorrer num período médio de 6 a 16 horas. Até que você tenha atingido a dilatação máxima, ou seja, até que o seu canal vaginal esteja distendido para a passagem do seu bebê.

As posturas devem variar nesse período, você pode caminhar, sentar na bola, tomar um banho de chuveiro, realizar agachamentos tudo isso visando a descida do bebê na sua pelve em direção ao canal vaginal. Recomenda-se a permanência em posturas verticalizadas, ou seja, deve-se evitar permanecer muito tempo deitada. Exceto para descansar entre uma contração e outra e até mesmo entre uma postura e outra. Se você precisar ficar deitada recomenda-se deitar de lado, respeitando o seu corpo e permanecendo numa postura confortável.

Estudos afirmam que a participação da mulher realizando exercícios de respiração, de caminhadas, e de relaxamento encurtam o período de trabalho de parto e trazem maior satisfação e bem-estar para as gestantes. É isso que queremos que você sinta! Invista na sua respiração, e nas posturas verticalizadas, tais como: sentar na bola movimentando a pelve, caminhar para estimular a descida do bebê na pelve, agachamento afastando os pés, e o banho de chuveiro para relaxar e focar em você mesma.

Seguem algumas ilustrações para demonstrar as posturas que você pode adotar:



Fonte: <https://www.pinterest.com/pin/537476536760979209/>

Caminhando para o parto normal



Movimente-se!

As ilustrações estão disponíveis no site: www.humanization.org

Fonte: <http://www.nucleobemnascer.com/dica/parto-ideal-x-parto-real-0>

Seu acompanhante ou uma doula pode apoiar você no trabalho de parto, relaxando o medo e a ansiedade.

Algumas posições ajudam a aliviar a dor. A massagem nas costas pode aliviar muito as contrações. Experimente!

Beber um suco e comer alimentos saudáveis ajudam a lhe dar mais força.

Posições de Parto

Escolha uma ou várias.

Você está acostumada a ver as mulheres deitadas nesse momento, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para facilitar a saída do bebê. O canal de parto fica mais curto e a abertura da vagina fica maior, o bebê não aperta a sua barriga e a circulação de oxigênio para ele é melhor.

O parto é uma grande experiência para a mulher e o bebê. Pode ser um momento de grande prazer: a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser.

Experimente! Encontre a posição que a deixa mais confortável e que favoreça a saída do bebê!

Ministério da Saúde

Governo Federal

Fonte: <https://pt.slideshare.net/leticiaspina/posies-do-parto>

No início do trabalho de parto você pode ficar em pés, sentada na bola ou numa cadeira com os braços cruzados apoiados na parede, ou na cama, mantendo seus pés afastados e jogando sua pelve para trás, ou seja, retificando a coluna lombar. Esse movimento com a cintura pélvica ajuda o seu bebê a descer pelo canal de parto. Em cada posição, e fase do seu trabalho de parto solicite ajuda caso você tenha dúvidas.

Procure respirar livremente, de forma suave, pois os movimentos respiratórios que expandem o tórax e a região da sua barriga favorecem o relaxamento e trazem tranquilidade. Pense no seu bebê e que logo você o conhecerá!

Quando você já estiver com contrações mais vigorosas e seu bebê já em descida pelo canal de parto você pode experimentar as posições de quatro apoios, ficando de joelhos em cima da cama. Pode também variar e ficar deitada de lado com a perna em cima de um travesseiro. Se você estiver em pés pode alternar o apoio dos mesmos numa escada, realizando movimentos de trás para frente com o quadril, permitindo que a pelve faça um balanço ou um desalinhamento.

E por fim você pode realizar a posição de cócoras, o agachamento afastando as pernas e levando a cintura pélvica para frente, para ficar mais fácil de você compreender você pode tentar manter o bumbum como se estivesse empinado.

Essas orientações quanto as posições pretendem facilitar o seu entendimento, e deixá-la mais tranquila durante todo o processo. Verbalize o que você está sentindo, conte com a ajuda de seu acompanhante e/ou familiar, assim como de toda a equipe que lhe assiste.

Este guia foi elaborado como produto de
mestrado profissional ATSUS da fisioterapeuta do
Hospital Fêmina - Grupo Hospitalar Conceição

Ano 2020

Samanta Pezzi Gomes de Assis.

Guia de orientação aos profissionais no atendimento as gestantes

A gestante será admitida na instituição quando estiver em trabalho de parto ativo com 4cm de dilatação e 3 contrações eficientes em 10 minutos. O trabalho de parto pode ocorrer num período médio de 8 a 16 horas. Está descrito na literatura que as gestantes que permaneceram mais ativas e em posições verticalizadas tiveram uma duração menor da fase ativa do trabalho de parto, menor duração do segundo estágio, menor ocorrência de partos instrumentais e cesarianas, e também menor ocorrência de episiotomia.

É papel de toda a equipe proporcionar um ambiente tranquilo, acolhedor, voltado para a excelência do cuidado. Logo, é importante que cada profissional possa aprimorar sua rotina diária visando melhorar a qualidade da assistência e assim atingir as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde, e contribuindo para uma experiência positiva ao binômio mãe-bebê.

Do ponto de vista a tornar o trabalho de parto mais tolerável podemos fazer o uso dos métodos não farmacológicos, neste o fisioterapeuta pode acompanhar as parturientes e incentivar a equipe no manejo acerca das posturas que podem ser adotadas em cada fase. Trazendo alívio na dor e tolerância do processo de dilatação progressiva do colo uterino, o que irá facilitar o período expulsivo, além das orientações quanto à respiração e aos posicionamentos. Baseando-se principalmente no conhecimento da biomecânica para o reconhecimento do próprio corpo e das posições que vão favorecer os momentos específicos do trabalho de parto e parto.

Com o conhecimento da biomecânica da pelve podemos direcionar e incentivar a gestante no posicionamento que lhe acomode melhor, sempre respeitando sua vontade, seus limites e realizando uma escuta atenta a sua fala. Dessa forma ela se sentirá segura e terá confiança na equipe que lhe assiste.

É muito importante manter atualizada a evolução do trabalho de parto na ficha obstétrica da parturiente, pois baseando-se nesta progressão podemos orientar a gestante quanto aos posicionamentos mais favoráveis.

Na fase de insinuação do polo cefálico fetal, as posturas verticais e a mobilidade da parturiente podem ser orientadas no sentido de ampliar os diâmetros do estreito superior, por meio de pequenos movimentos das articulações lombo-sacra, sacro-ilíacas, coxo-femorais e sínfise púbica. Nessa fase o promontório sacral da parturiente encontra-se para trás, e o movimento que podemos realizar com a gestante deve contemplar a retroversão pélvica, extensão de quadril e a adução (Por exemplo: sentada na bola pode-se pedir para realizar a retroversão pélvica, em pés com os braços apoiados na maca ou na parede pode-se pedir que a gestante realize o apoio do tronco sobre os braços, mantendo as pernas afastadas).

No plano zero de Lee é preciso aumentar o espaço no estreito médio, as posturas assimétricas de quadril devem ser contempladas, e podem incluir as verticalizadas (Por exemplo: caminhadas, posição de quatro apoios, deitada em

decúbito lateral com um travesseiro apoiando a perna de cima, e a outra perna para frente).

Na fase de descida e rotação fetal pelo estreito médio até atingir o estreito inferior da bacia, as parturientes podem ser orientadas a realizar movimentos na posição vertical, visando aumentar espaço sacro-púbico, ampliar o diâmetro bicipítico, afastar os ísquios e ampliar o diâmetro bisquiático, liberar a flexão do cóccix e gerar elasticidade no períneo. As posturas que geram anteversão pélvica, flexão de quadril e abdução estão indicadas (posição de cócoras fazendo a rotação interna dos quadris, e sentada na banqueta, por exemplo).

Nos casos de membranas rotas, a deambulação somente deve ser recomendada quando o polo cefálico se encontrar completamente apoiado na bacia materna, ou seja, no plano zero de De Lee, para evitar prolapso do cordão umbilical.

Quando a mulher desejar adotar posições horizontais, deve-se evitar a de decúbito dorsal, que pode diminuir o ritmo das contrações uterinas, alterar o retorno venoso e interferir na saturação de oxigênio fetal pela compressão de veias importantes, como a veia cava inferior, pelo útero gravídico. O decúbito lateral esquerdo facilita melhor fluxo de sangue e oxigênio uteroplacentário. Em síntese, a mulher poderá adotar posições variadas, desde que sejam respeitados seus limites e garantidas boas condições fetais.

Já está descrito na literatura que as gestantes que recebem a intervenção de um fisioterapeuta melhoram significativamente o resultado obstétrico obtendo menor ocorrência de partos instrumentais e cesarianas, menor duração do segundo estágio do trabalho de parto, e também menor ocorrência de episiotomia. Nosso intuito é contribuir também nessa área da saúde da mulher na atenção às gestantes. Cabe aos profissionais envolvidos neste processo repensarem suas práticas e no formato da equipe, para que o fisioterapeuta venha a ser incluído e possa contribuir nos desfechos positivos tanto para a instituição quanto para as famílias dessas parturientes.

Fica o meu agradecimento a toda equipe do centro obstétrico do Hospital Fêmina! Pela acolhida durante a realização desta pesquisa que oportunizou a elaboração deste guia. Que ele possa ser um meio de difundir a informação e fomentar a discussão.

Samanta Pezzi Gomes de Assis
Fisioterapeuta Hospital Fêmina
PPG ATSUS / GHC Ano 2020.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nac. de Assist. Parto normal [Internet]. 2017. p. 51. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G., Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013;(8):163. Available from: 10.1002/14651858.CD003934.pub3
- Simarro M, Espinosa J, Salinas C, Ojea R, Salvadores P, Walker C, et al. A Prospective Randomized Trial of Postural Changes vs Passive Supine Lying during the Second Stage of Labor under Epidural Analgesia. Med Sci. 2017 Mar 8;5(1):5.
- Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2006;28(11):671–9.
- Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 6ª edição. Rio de Janeiro, editor. Guanabara. Koogan; 2018. 1–753 p.