

A IMPORTÂNCIA DO FISIOTERAPEUTA NO PARTO HUMANIZADO: Revisão Integrativa

(IMPORTANCE OF PHYSIOTHERAPY IN HUMANIZED BIRTH: Integrative Review)

ALICE CARVALHO PEREIRA FORTES

BEATRIZ PENHA NASCIMENTO DA SILVA

GABRIELA FEITOSA ARAÚJO

LILIANE DE SOUSA RODRIGUES

SOFIA EVYLYN DE OLIVEIRA GOMES

RESUMO

Introdução: A gravidez é um processo natural, fisiológico, mas, em algumas situações, podem ocorrer complicações durante seu percurso até o parto, proporcionando morbidade e mortalidade materna e do feto. É de extrema importância a assistência obstétrica de qualidade desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar. Porém, algumas mulheres não entram no parto naturalmente, precisando de técnicas de “indução do parto”, que são utilizados para promover contrações do útero e conseqüentemente o trabalho de parto em mulheres com mais de 22 semanas de idade gestacional.

A atuação da Fisioterapia no parto surge nesse momento como uma assistência humanizada, especializada, tornando o percurso do parto mais simples, diminuindo a duração do processo de trabalho de parto, reduzindo o desconforto, a dor e a ansiedade da gestante. **Objetivo:** O objetivo do projeto é revisar a literatura em descrever o papel do fisioterapeuta durante o parto humanizado e a importância desse profissional. **Métodos:** Estudo do tipo revisão integrativa, realizada no período de junho a dezembro de 2022. Foram selecionados artigos publicados no ano de 2016 a 2022 referente à importância do fisioterapeuta no parto humanizado. Em amostra, foram abordados artigos e sites realizados em português, inglês e espanhol. **Resultados:** O período de coleta dos dados foi de fevereiro a novembro de 2022. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 5 artigos foram selecionados. Dos 5 artigos selecionados, 4 (80%) trabalharam mais os aspectos de tratamento durante o parto e 1 (20%) trabalhou os aspectos desses tratamentos durante e pós-parto.

Conclusão: Este estudo abordou os principais assuntos relacionados à importância do fisioterapeuta no parto humanizado com base nos artigos pesquisados. Concluiu-se que a atuação do fisioterapeuta no processo citado acima é relevante. Considerando que nenhum conhecimento se esgota, recomenda-se o maior aprofundamento no intuito de evoluir e trazer mais informações sobre a temática estabelecida.

Palavras-chave: Fisioterapia; Parto; Violência obstétrica; Dor do parto; Parto humanizado; Centros de assistência à gravidez e ao Parto.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is a natural, physiological process, but in some situations, complications may occur during its course until delivery, providing maternal and fetus morbidity and mortality. It is extremely important to quality obstetric care from basic outpatient care to hospital care. However, some women do not enter labor naturally, needing "induction of childbirth" techniques, which are used to promote contractions of the uterus and consequently labor in women over 22 weeks of gestational age. The performance of physiotherapy in childbirth appears at this moment as a humanized, specialized care, making the delivery path simpler, reducing the duration of the labor process, reducing the discomfort, pain and anxiety of the pregnant woman. **Objective:** The aim of this project is to review the literature on describing the role of the physiotherapist during humanized delivery and the importance of this professional. **Methods:** Integrative revision study, conducted from June to December 2022. Articles published from 2016 to 2022 on the importance of the physiotherapist in humanized childbirth were selected. In a sample, articles and websites were approached in Portuguese, English and Spanish. **Results:** The data collection period was from February to November 2022. After applying the exclusion criteria, 5 articles were selected, of the 5 articles selected: 4 (80%) worked more on the treatment aspects during delivery and 1 (20%) worked on the aspects of these treatments during and postpartum. **Conclusion:** This study addressed the main issues related to the importance of the physiotherapist in humanized childbirth based on the articles researched. The relevance of the physiotherapist's performance in the process mentioned above was concluded. Considering that no knowledge is exhausted, it is recommended to further deepen in order to evolve and bring more information on the theme established.

Keywords: Physiotherapy; Parturition; Obstetric violence; Labor pain; Humanized childbirth; Pregnancy and Childbirth Care Centers

Alice Carvalho Pereira Fortes; Acadêmica de graduação em fisioterapia do Centro
Universitário Ateneu – Unidade Harmony. E-mail: alice.carvalho@hotmail.com

Beatriz Penha Nascimento da Silva; Acadêmica de graduação em fisioterapia do Centro
Universitário Ateneu – Unidade Harmony. E-mail: beatrizpnha@gmail.com

Gabriela Feitosa Araújo; Acadêmica de graduação em fisioterapia do Centro Universitário
Ateneu – Unidade Harmony. E-mail: gabyaraujo1000@gmail.com

Liliane de Sousa Rodrigues; Acadêmica de graduação em fisioterapia do Centro Universitário
Ateneu – Unidade Harmony. E-mail: lilianekaynan2011@gmail.com

Sofia Evylyn de Oliveira Gomes; Acadêmica de graduação em fisioterapia do Centro
Universitário Ateneu – Unidade Harmony. E-mail: sofia.evylyn@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo natural, fisiológico, mas em algumas situações, podem ocorrer complicações durante seu percurso até o parto, proporcionando morbidade e mortalidade materna e do feto (LEAL, 2017). Conforme (LEAL, 2017), é de extrema importância a assistência obstétrica de qualidade desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar.

O parto trata-se da finalização do período gestacional quando ocorre o nascimento do bebê. Este nascimento pode ocorrer por duas vias: normal e cesáreo. O parto normal é um fenômeno natural e deve ser realizado sem intercorrências, com busca pela manutenção da segurança, respeito e bem-estar da parturiente e seu filho (COREN, 2009; VICENTE, ALBENIZ, 2017).

Portanto, o parto é dividido em quatro partes, que se constitui em: dilatação, expulsão, dequitação e Greenberg. A primeira fase, caracterizada como dilatação. Se trata do início do parto até a dilatação completa (10cm); na segunda fase, denominada por fase de expulsão. É onde acontecem contrações mais intensas, próximas e curtas para em seguida ocorrer o nascimento do bebê; A terceira fase é conhecida como dequitação. Momento em que ocorre a expulsão da placenta; E por último, ocorre a quarta fase chamada de Greenberg. Ela é realizada na primeira hora após a terceira fase. Onde colocam a mãe para observação com o intuito de prevenir uma possível hemorragia na mesma (MACHADO et al, 2022).

Porém, algumas mulheres não entram no parto naturalmente, precisando de técnicas de “indução do parto”, que são utilizados para promover contrações do útero e consequentemente o trabalho de parto em mulheres com mais de 22 semanas de idade gestacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 32-7).

Alguns métodos de indução ao parto, segundo os autores, são homeopatia, em que o *Caulophyllum thalictroides* é indicado para regularizar as contrações uterinas no parto, ou quando as contrações uterinas são fracas e irregulares, ou ainda na parada das contrações uterinas (PRIESTMAN. KG, 1988). Também é usado o descolamento de membranas, em que, durante o toque vaginal, o dedo indicador do examinador é introduzido no canal cervical e, após encontrar as membranas, realizam-se com a ponta do dedo movimentos circulares, com o intuito de descolar as membranas e dilatar o colo uterino (KEIRSE MJ et al, 1983). Também existe a estimulação mamária, que permite às gestantes um controle sobre o processo de indução e apresenta as vantagens de ser método natural e barato (LENKE RR, NEMES JM, 1984). A estimulação mamária comparada com a não intervenção aumentou o número de parto dentro de

72 horas (37,3 versus 6,4%) e diminuiu a taxa de hemorragia pós-parto (0,7 versus 6%) (KAVANAGH J et al, 2005). As relações sexuais também são usadas como método, e consistem teoricamente em induzir o parto por meio da estimulação física do segmento inferior uterino, ação direta das prostaglandinas do sêmen e/ou liberação endógena de ocitocina como resultado do orgasmo e estimulação dos mamilos (KAVANAGH J et al, 2001).

A incidência do parto no Brasil é considerada uma endemia. Devido ao seu aumento no país, a proporção de cesárea cresceu de 38%, em 2001, para 48,8%, em 2008, porém, no setor privado, esse número pode chegar de 80% a 90%, outorgando ao Brasil o possuidor da liderança de maior número de cesáreas no mundo (MACHADO et al, 2022). Desse modo, o parto cesáreo deve referir-se ao procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para casos de complicações durante a gravidez ou parto. Entretanto, essa intervenção médica tem sido utilizada de forma frequente de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (BARBOSA et al, 2003).

O Ministério da Saúde, por meio da portaria 306/2016, modificou a taxa de cesariana de acordo com as características específicas da população brasileira, estabelecendo como máximo aceitável taxas de cesariana entre 25% e 30%. O tipo de parto cesariano possui três vezes mais chance de infecção do que em relação ao parto vaginal e aumenta a possibilidade de internação em unidade de terapia intensiva (SILVA, 2020).

Sendo assim, a ocorrência de parto normal tem caído muito no país nos últimos anos, devido à baixa infraestrutura, à maior facilidade da cirurgia para os profissionais de saúde e à necessidade do lucro (BRUNACIO; SILVA, 2020).

Segundo Rocha (2020), o retrato obstétrico e as grandes taxas de cesárea no Brasil indicam também as ocorrências de números de óbitos maternos e neonatais. Há um desejo de um modelo de via de parto natural humanizado, por parte de várias mulheres de diversos níveis econômicos.

A recuperação mais rápida do parto, a baixa frequência de hemorragias, o menor risco de infecções puerperais e a ausência de dores após o parto são benefícios que se encaixam no parto normal (DE ALMEIDA CARNEIRO et al, 2015).

Desse modo, no ano de 2011, foi estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) uma estratégia inovadora chamada Rede Cegonha, cuja ideia fosse de implementar uma rede de cuidados para as mulheres assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. E, para com as crianças, garantir a segurança do nascimento, crescimento e desenvolvimento saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A violência obstétrica consiste em abusos (físicos ou psicológicos), desídiadas praticadas por profissionais de saúde antes, durante e depois do parto e/ou procedimentos feitos sem o consentimento da gestante. A violência obstétrica inicia quando a sociedade impõe que a mulher, por ter o corpo mais “frágil” que o masculino, é incapaz de ter autonomia e/ou ter a capacidade de decisão durante o trabalho de parto (TRAJANO; BARRETO, 2021).

Nesse contexto, a episiotomia é um exemplo de violência obstétrica e é frequentemente usada para reduzir os danos causados pela laceração natural, que pode ocorrerem alguns partos, proteger o recém-nascido de traumas e imprimir rapidez ao parto; todavia, a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro ou quarto grau, infecção ou hemorragia (TRAJANO; BARRETO, 2021).

Possivelmente devido a violência que sofrem, muitas dessas gestantes acabam desenvolvendo transtornos psicológicos como: ansiedade, transtorno de estresse-pós-traumático e depressão pós-parto (TRAJANO; BARRETO, 2021).

Segundo as orientações da OMS, a condução do parto deve utilizar tecnologias não invasivas, acessíveis e métodos não farmacológicos, como estimulação de postura verticalizada, liberação de movimentos, massagens, banho de aspersão ou imersão em água quente (LEAL, 2014).

A atuação da Fisioterapia no parto surge nesse momento como uma assistência humanizada, especializada, tornando o percurso do parto mais simples, diminuindo a duração do processo de trabalho de parto, reduzindo o desconforto, a dor e a ansiedade da gestante.

Nosso objetivo é descrever o papel do fisioterapeuta durante o parto humanizado e a importância desse profissional.

Este estudo justifica-se, pois acredita-se na relevância da atuação do fisioterapeuta no trabalho de parto humanizado, é necessário entender que quanto mais estudos forem feitos sobre o tema, mais visibilidade e divulgação essa área terá, trazendo assim ampliação ao acervo literário que é ainda escarço nesse âmbito e buscando investimento na área em questão. Lembrando sempre que seria fundamental a introdução do fisioterapeuta obstétrico na equipe multidisciplinar, no momento da avaliação da parturiente e na conduta corporal durante o parto.

Com o intuito de avançar nos estudos sobre o tema, o trabalho possui os seguintes objetivos:

- a. Citar as técnicas utilizadas pelo fisioterapeuta, durante o parto humanizado;
- b. Analisar o papel do fisioterapeuta, como membro atuante em uma equipe multiprofissional durante o parto humanizado;
- c. Mostrar a importância do fisioterapeuta durante o trabalho de parto humanizado.

2. METODOLOGIA

Sabemos que o parto é algo natural, com emoções e que toda a equipe médica precisa ter responsabilidade em sua atuação. No trabalho de parto humanizado, existem diferentes profissionais atuando. Qual atuação compete ao fisioterapeuta?

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, que é caracterizada pela análise e pela síntese do conhecimento, cedido por todos os estudos relevantes publicados sobre um determinado tema, para que dessa forma possa resumir o corpo de conhecimento existente e levar a conclusão sobre o assunto de interesse.

Ocorreu durante o período de Junho a Novembro de 2022, nas bases de dados eletrônicas, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Publicações Médicas (PUBMED), para a estruturação conceitual e referencial teórico do artigo.

Foram selecionados artigos publicados no ano de 2011 a 2022 referente à importância do fisioterapeuta no parto humanizado. Em amostra, foram abordados artigos e sites realizados em português, inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão recaíram sobre os termos pesquisados que deviam estar no título e/ou no resumo dos artigos; a data de corte para os artigos originais publicados estão entre Janeiro de 2016 a Novembro de 2022; os artigos deviam se relacionar com o tema e o objetivo dessa revisão. Foram excluídos artigos que não estavam na íntegra nas bases de dados, artigos duplicados, em língua diferente das propostas por esse estudo, artigos do tipo estudo de caso e todos os tipos de revisões.

Para evitar qualquer risco de viés durante a avaliação dos artigos, fase imprescindível nesta revisão, aplicamos uma avaliação por pares, ou seja, dois avaliadores diferentes. A busca foi por artigos publicados entre 2016 a 2022, este período foi escolhido para buscar as evidências mais recentes acerca da importância do fisioterapeuta no parto humanizado.

Restringindo-se a busca de artigos escritos na língua portuguesa e inglesa e por revistas indexadas com classificação do Qualis no portal da CAPES acima de B3, para a classificação interdisciplinar.

Foram utilizados como palavras – chave os termos “Fisioterapia”, “Parto”, “Violência obstétrica”, “Dor do parto”, “Parto humanizado”, “Centros de assistência à gravidez e ao Parto” individualmente e associados, e seus correspondentes na língua

inglesa “Physiotherapy”, “Childbirth”, “Obstetric Violence”, “Labor pain”, “Humanized childbirth”, “Pregnancy care center”.

A busca inicial foi por meio dos descritores, seguida pela leitura prévia dos títulos e resumos para filtragem de materiais, em seguida serão analisados os textos completos. Ao final, os trabalhos que atenderam aos critérios de inclusão e com boa qualidade metodológica, mas que também apresentaram boa conjuntura e resultados relevantes foram incluídos no estudo.

A análise foi realizada através dos descritores tendo como base os resumos para afiltração de materiais, em consequência foram avaliados os textos completos. Com isso, os trabalhos que encaixaram aos critérios de inclusão, com excelência qualidade metodológica e com resultados relevantes, foram inseridos no estudo.

Em relação aos aspectos éticos, o presente estudo por ser de revisão não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em pesquisa, porém todos os preceitos éticos estabelecidos foram respeitados no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando público os resultados desta pesquisa.

3. RESULTADOS

O período de coleta dos dados foi de fevereiro a novembro de 2022. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 5 artigos foram selecionados, sendo 3 na base de dados Scielo, 1 na REVISTAS USP e 1 na Cochrane. A data de publicação dos artigos variou entre 2011 a 2022, um artigo de cada ano.

Dos 5 artigos selecionados: 4 (80%) trabalharam mais os aspectos de tratamento durante o parto e 1 (20%) trabalhou os aspectos desses tratamentos durante e pós-parto.

QUADRO 1: Análise dos artigos selecionados

AUTOR/ANO	Leal, Maria do Carmo, <i>et al</i> / 2014	Borba, <i>et al</i> /2021
MÉTODO	Foi realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012; através do estudo nacional de base hospitalar, composto por puérperas e recém-nascidos.	Estudo realizado entre junho e setembro de 2020 através de pesquisa qualitativa no centro Obstétrico de um hospital de grande porte localizado no Rio Grande do Sul. A coleta foi realizada através de Google

		Forms e entrevistas com perguntas abertas.
AMOSTRA	Foram de 23.940, das quais 56,8% foram classificadas como risco obstétrico habitual. Para as intervenções durante o parto, as mulheres que não entraram neste procedimento foram excluídas, permanecendo na análise 40,8% de todas as mulheres entrevistadas. Finalmente, para intervenções durante o parto vaginal, todas as cesáreas foram excluídas, 45,5%, permanecendo na análise 30,9% de todas as mulheres entrevistadas.	Um grupo com 12 puérperas com idade igual ou superior a 18 anos de idade gestacional final igual ou superior a 37 semanas de gravidez de feto único que receberam assistência fisioterapêutica.
TÉCNICAS APLICADAS	Foram aplicados em mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, não obesas, HIV negativas, com idade gestacional entre 37-41 semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica.	Foram aplicados métodos não farmacológicos para alívio da dor, exercícios de mobilidade pélvica, posturas verticalizadas, entre outros.
RESULTADOS	Menos de um terço do grupo de risco obstétrico habitual se alimentou durante o trabalho de parto e utilizou procedimentos não farmacológicos para alívio da dor. Aproximadamente 45% delas referiram ter se movimentado durante o trabalho de parto e tiveram o progresso monitorado pelo partograma. A taxa de cesárea caiu para 45,5% ; e o parto	O grupo entrevistado constatou diversos benefícios, tais como, a redução da ansiedade e da dor durante o trabalho de parto. Entre os métodos utilizados, os mais citados foram: a massagem, o banho e a bola.

	normal sem intervenção aumentou para 5,6%	
--	---	--

QUADRO 2: Análise dos artigos selecionados

AUTOR/ANO	Woodley SJ, <i>et al</i> / 2017	Silva, <i>et al</i> / 2011
MÉTODO	Ensaio randomizado ou quase randomizado em mulheres grávidas ou pós-natais. Um braço do estudo incluiu PFMT. Outro braço foi sem PFMT, cuidados pré-natais ou pós-natais usuais, outra condição de controle ou uma intervenção alternativa de PFMT.	Estudo descritivo, que tem como base entrevistas estruturadas com 35 enfermeiras, que prestavam assistência às parturientes.
AMOSTRA	Incluímos 46 estudos envolvendo 10.832 mulheres de 21 países. Muitos estudos apresentaram risco moderado a alto de viés. Duas participantes de um estudo com 43 gestantes realizando TMAP para prevenção de incontinência desistiram devido à dor do assoalho pélvico. Nenhum outro estudo relatou quaisquer efeitos adversos do PFMT	Procurou fornecer uma descrição da frequência e dos motivos para o uso da bola suíça no parto. Os dados foram obtidos através de entrevistas, junto com 35 enfermeiras obstétricas, com o uso de um formulário específico.
TÉCNICAS APLICADAS	Eletromiografia, pressões vaginais ou anais; adesão ao tratamento; por exemplo, substitutos, como frequência às aulas e medidas mais diretas, como frequência de exercícios em casa.	Técnicas de respiração, mudanças de posição e movimentos para aliviar o desconforto, massagens, uso da bola suíça, banhos de imersão, aplicações de objetos quentes ou frios.
RESULTADOS	Os estudos variavam e foram mal descritos muitas vezes, muito deles apresentavam risco moderado a alto	A maior parte (53,1%) das respostas relacionou-se ao relaxamento muscular. Com frequência um pouco

	de viés. Duas participantes desistiram, devido a dor no assoalho pélvico, mas nenhum estudo constatou efeitos adversos.	menor (46,9%), também, foi citado o alívio da dor. Os movimentos realizados com o emprego da bola promovem conforto e podem diminuir a dor por meio de estímulos dos receptores mecânicos da articulação pélvica
--	---	--

QUADRO 3: Análise dos artigos selecionados

AUTOR/ANO	Henrique, <i>et al</i> / 2016
MÉTODOS	Estudo realizado entre junho de 2013 a fevereiro de 2014 em dois hospitais públicos da cidade de São Paulo que utilizam métodos de alívio de dor através da assistência obstétrica. Para variáveis contínuas foi utilizada média e desvio-padrão, para natureza categórica foi utilizada proporção. Para intenção de tratar foram realizadas imputações por meio de regressão sequencial.
AMOSTRA	Um grupo com 43 parturientes com idade mínima de 18 anos, não possuir patologia clínica ou obstétrica, dilatação cervical entre 3 a 8 cm e com feto único e vivo.
TÉCNICAS APLICADAS	Foram aplicados métodos não farmacológicos para alívio da dor, exercícios de mobilidade pélvica, posturas verticalizadas, entre outros.
RESULTADOS	O grupo entrevistado constatou diversos benefícios, tais como, a redução da ansiedade e da dor durante o trabalho de parto. Entre os métodos utilizados, os mais citados foram: a massagem, o banho e a bola.

4. DISCUSSÃO

A atuação da Fisioterapia no parto surge nesse momento como uma assistência humanizada, especializada, tornando o percurso do parto mais simples, diminuindo a duração do processo de trabalho de parto, reduzindo o desconforto, a dor e a ansiedade da gestante, de acordo com LEAL (2014), sendo o parto um momento esperado pela gestante, tendo significados que vão sendo reconstruídos dinamicamente de acordo com as experiências vivenciadas ou relatadas. Também é considerado um momento temido devido ao desconhecimento do que pode vir acontecer, a dor e o medo são aspectos influentes nas expectativas relacionadas ao parto.

No estudo de MACHADO (2022), foi visto que o fisioterapeuta tem uma grande importância neste período, pois é seu papel conscientizar a mulher sobre seu corpo, respeitando seus limites e escolhas para esse momento.

Sendo inquestionável a importância da presença do acompanhante de escolha da parturiente, pois suas atribuições são diferentes das designadas ao fisioterapeuta. A presença do fisioterapeuta durante o trabalho de parto contribui para a confiança e a segurança da parturiente na evolução do parto em relação a sua capacidade física segundo cita TRAJANO (2021).

LEAL (2017) mostra que segundo as orientações da OMS, a condução do parto deve utilizar tecnologias não invasivas, evidenciando que o uso de boas práticas como: movimentação durante o primeiro estágio do trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor como banhos mornos, massagens e posicionamentos posturais são os mais eficazes.

DE OLIVEIRA (2021) confirma que as intervenções, no período pré-natal, proporcionam notório feedback positivo para problemas específicos (dor lombar e/ou pélvica), como a técnica de energia muscular, pilates e bandagem elástica, fisioterapia pélvica e exercícios específicos de fortalecimento e resistência muscular. Já sendo confirmado por MACHADO (2022) que os meios mais citados pelas parturientes para proporcionar a redução do quadro algico foram banho quente, massagem em região lombossacra e a utilização da bola suíça. O banho é um método considerado acessível, não-invasivo e de baixo custo, que melhora a circulação sanguínea e favorece relaxamento da musculatura promovendo conforto para a mulher.

A massagem ocupa um lugar importante nas práticas para alívio da dor, pois também é um método eficaz, de baixo custo e fácil aplicação. A massagem é usada durante o TP para proporcionar relaxamento, diminuição da dor e ansiedade, resultando em maior satisfação e percepção positiva nesse processo.

Para NASCIMENTO (2019), realizar movimentos de mobilidade da pelve, juntamente com posturas verticalizadas, proporciona maior atividade uterina, podendo reduzir o tempo de TP. A utilização de bola suíça faz parte das estratégias para a realização de movimentos durante o parto, permite a realização de exercícios com a mulher sentada sob a bola, possibilitando a movimentação suave da pelve, promovendo relaxamento e contribuição ativa da mulher neste processo. Pode ser associada também a outros recursos como o banho de chuveiro e massagem, promovendo melhora da percepção de dor e maior conforto para a parturiente.

Alguns estudos de revisões sistemática e integrativa destacam que os métodos fisioterapêuticos usados de forma adequada e não farmacológicos durante o parto podem proporcionar benefícios significativos para as parturientes, estimulando uma visão de autonomia da mulher no período gestacional quanto no parto. A intervenção fisioterapêutica na assistência ao parto valoriza a parturiente, fazendo de seu corpo um instrumento para facilitar o TP, podendo, assim, gerar uma experiência humanizada, respeitosa e satisfatória.

5. CONCLUSÃO

Este estudo abordou os principais assuntos relacionados à importância do fisioterapeuta no parto humanizado com base nos artigos pesquisados. Concluiu-se a relevância da atuação do fisioterapeuta no processo citado acima em que as técnicas fisioterapêuticas mais utilizadas foram os exercícios de mobilidade pélvica, posturas verticalizadas, massagem, o banho e a bola, tendo como limitações os números de estudos para explorarmos ainda mais sobre o assunto tratado.

Espera-se que essa pesquisa seja utilizada por profissionais e estudantes da área da fisioterapia como forma de contribuição e facilitando na aquisição de conhecimento. Considerando que nenhum conhecimento se esgota, recomenda-se o maior aprofundamento no intuito de evoluir e trazer mais informações sobre a temática estabelecida.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BRUNACIO, Karoline Honorato; SILVA, Zilda Pereira da. Repeated cesarean section and vaginal delivery after cesarean section in São Paulo State in 2012. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 399-408, 2021.

COREN SP, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? **Revista Enfermagem**. Ano 10. no 81, Julho/ 2009. São Paulo – SP.

DE ALMEIDA CARNEIRO, Luana Maria *et al.* Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.

DE OLIVEIRA, Juliano Gusmão et al. A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, p. e10875-e10875, 2021.

KAVANAGH, Josephine; KELLY, Anthony J.; THOMAS, Jane. Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2001.

KEIRSE, Marc JNC et al. Chronic stimulation of uterine prostaglandin synthesis during cervical ripening before the onset of labor. **Prostaglandins**, v. 25, n. 5, p. 671-682, 1983.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014.

LEAL, Ruanna Cardoso et al. Complicações materno-perinatais em gestação de alto

risco. *Revista de enfermagem UFPE on line*, v. 11, n. 4, p. 1641-1649, 2017.

LENKE, ROGER R.; NEMES, JOANNE M. Use of nipple stimulation to obtain contraction stress test. *Obstetrics and gynecology*, v. 63, n. 3, p. 345-348, 1984.

MACHADO, Gabriella Eloane; DAVOLI, Lays Barros Braga; VALÉRIO, Paola Marini. POSICIONAMENTOS PARA CADA FASE DO PARTO, O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA MEDIANTE AO TRABALHO DE PARTO. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218*, v. 3, n. 2, p. e321130-e321130, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 32-7.

NASCIMENTO, Samilla Leal do et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 37, p. 66-79, 2019.

PRIESTMAN, Kathleen G. A few useful remedies in pregnancy, labour and the first few days of the babies' life. *British Homeopathic Journal*, v. 77, n. 03, p. 172-173, 1988.

SILVA, Thales Philipe Rodrigues da et al. Influence of maternal age and hospital characteristics on the mode of delivery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, 2020.

TRAJANO, Amanda Reis; BARRETO, Edna Abreu. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021.

VICENTE A.C *et al* Parto cesáreo e parto normal: Uma abordagem acerca de riscos e benefícios. *Temas em Saúde*, v. 17, n. 4, 2017.