

Fisioter Bras 219;20(2):222-9

<https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2233>

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do impacto de um protocolo fisioterapêutico na diminuição do quadro algico durante a primeira fase do trabalho de parto vaginal

Evaluation of the impact of a physiotherapeutic protocol on the reduction of pain during the first phase of vaginal labor

Cristina Ingrid Aguiar Cardozo, Ft.*, Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha, Ft., D.Sc.**

**Pós-graduação em caráter de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, fisioterapeuta na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, **Professora Faculdade Novo Tempo de Itapipoca/CE*

Recebido em 29 de março de 2018; aceito 28 de novembro de 2018.

Endereço para correspondência: Francisca Maria Aleudinelia Monte Cunha, Avenida Margarida Moura, 1614, Betânia, 62044240 Sobral CE, E-mail- aleudinelia@yahoo.com,br; Cristina Ingrid Aguiar Cardozo: cristinaingridfisio@hotmail.com

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a eficiência de um protocolo fisioterapêutico, aplicado em gestantes atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE voltado para a redução do quadro algico na primeira fase do trabalho de parto e na humanização do parto vaginal. Participaram grávidas com idade gestacional entre 37-42 semanas de gestação com feto único, vivo em apresentação cefálica e que estivessem na primeira fase do trabalho de parto, atuando de forma ativa e com dilatação cervical mínima de 3 centímetros e sem uso de medicação após entrada no hospital. As participantes do grupo controle (GC; N=25) receberam orientações sobre relaxamento, respiração, dor e parto vaginal como placebo. As parturientes do grupo de intervenção (GI; N = 25), além das orientações, realizaram exercícios de respiração, liberação miofascial, alongamento, exercícios cinético-funcionais e massagem. Observou-se que as intervenções realizadas no GI proporcionaram diminuição da dor relatada ($p = 0,0001$), tendência não observada no GC. Foi observado aumento da dilatação vaginal e saturação de O_2 em ambos os grupos, entretanto a média foi maior entre as pacientes do GI ($p = 0,0001$). Infere-se que o protocolo utilizado diminui a dor da gestante na primeira etapa do parto genital, além de estar associado ao relaxamento das pacientes.

Palavras-chave: dor do parto, primeira fase do trabalho de parto, fisioterapia.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the physiotherapeutic practice on the impact of pain during the first phase of vaginal labor in pregnant women attended at Santa Casa de Misericórdia of Sobral/CE. Pregnant women of gestational age between 37-42 weeks with a single fetus, alive in cephalic presentation and in the first phase of labor, active and with cervical dilatation of at least 3 cm, without use of medication after hospital admission, participated in this study. Participants in the control group (CG; N = 25) received guidance on relaxation, breathing, pain and vaginal delivery as placebo. In the intervention group (GI; N = 25), the patients received physical therapy, breathing, myofascial release, stretching, kinetic-functional exercises and massage. We observed that the interventions performed in the GI provided a decrease in the pain reported by the patients ($p = 0.0001$), a tendency not observed in the CG. Increased vaginal dilation and O_2 saturation were observed in both groups, however, the mean was higher among GI patients ($p = 0.0001$). It is inferred that the protocol used reduces the pain of the pregnant woman in the first stage of genital delivery, besides being associated with the relaxation of the patients.

Key-words: labor pain, first phase of labor, physical therapy

Introdução

A gravidez é um evento fisiológico que consiste num processo do sistema reprodutor feminino que objetiva o desenvolvimento de um feto, implicando em alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais da mulher. Tais alterações vão além da fisiologia e incluem uma importante transição de mulher para mãe [1]. A gestação é um evento de muitos significados na vida de uma mulher e envolve diversos sentimentos, trazendo assim, expectativas e ansiedades. E, nada mais comum que centrar esses sentimentos no momento do trabalho de parto, muitas vezes acompanhado de dores, que envolvem mecanismos fisiológicos e psicoemocionais [2].

A dor tem significado peculiar para cada mulher e advém da experiência de vida, o que torna o evento um fenômeno constituído de interpretações sensoriais e afetivas individuais e complexas [3]. Nesse sentido, as vivências positivas ou negativas podem influenciar em gestações correntes e partos futuros. No período gravídico-puerperal a mulher passa por processos que podem desencadear mudanças que favorecem transformações que vão intervir diretamente a escolha do tipo de parto [4].

A dor do parto consiste em um dos maiores medos da mulher no período gestacional tendo como base a pesquisa Nascir Brasil [5], que ressalta que 83% destas optam por parto cesariano na tentativa de fugir do quadro algico, e o consumo de fármacos com intuito anestésico apresenta em torno de 73,3%. O dado mais intrigante é que 70% das gestantes desejam um parto normal no início da gravidez. Com isso, houve um aumento dos partos cesarianos nos últimos anos; mas, vale ressaltar que o parto vaginal tem maiores vantagens sobre a cesariana, dentre elas: recuperação rápida da parturiente, diminuição de complicação pós-parto para mãe e bebê e diminuição dos custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) [6].

Desse modo, a atuação da fisioterapia para com a parturiente faz-se de grande valia, uma vez que este profissional emprega técnicas que proporcionam o alívio da dor, diminui a tensão, estresse e busca o relaxamento [7], atuando também de forma incisiva no intraparto, diminuindo o tempo de dilatação, preparando o períneo para a expulsão do bebê, orientando as parturientes sobre a musculatura do assoalho pélvico, as posições que aliviam a dor e realizando exercícios respiratórios, para que ela tenha um parto natural [8].

Nesse contexto, o fisioterapeuta se apresenta como um intermediador, proporcionando uma comunicação entre a família e a equipe, ou entre a paciente e equipe, buscando trabalhar o emocional e o físico de forma a treinar a parturiente com exercícios não invasivos, dando um maior conforto, minimizando o quadro algico, proporcionando o relaxamento muscular, controle da respiração, fazendo com que este momento de trabalho de parto seja único [9]. Entretanto, embora os inúmeros benefícios da atuação do fisioterapeuta durante o trabalho de parto, observa-se que a atuação desses profissionais, principalmente na rede pública de saúde, está aquém do esperado. Ou seja, um número pequeno de hospitais e maternidades inclui a assistência fisioterapêutica na rotina obstétrica [10].

Este estudo teve como objetivo avaliar a eficiência de um protocolo fisioterapêutico, aplicado em gestantes atendidas na Santa Casa de Misericórdia, voltado para a redução do quadro algico na primeira fase do trabalho de parto e na humanização do parto vaginal.

Material e métodos

Tratou-se de um estudo controlado aleatorizado por grupamento, com dois braços paralelos, cego e randomizado. Foram convidadas a participar do estudo as parturientes internadas na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no período de setembro a novembro de 2017. Foram incluídas parturientes com idade gestacional entre 37 e 42 semanas, de gestação com feto único, vivo em apresentação cefálica e apresentando dor com score até 5 na escala de mensuração da dor visual e analógica (EVA) [11]. As pacientes deveriam ainda estar com indício de parto via vaginal e na primeira fase do trabalho de parto, atuando de forma ativa, com dilatação cervical mínima de três centímetros.

Seleção amostral

Foram considerados para o cálculo amostral um poder estatístico de 80%, $\alpha = 5\%$, perda amostral de 15% e uma redução da prevalência de queixas e melhora clínica de dor em 20%.

Sendo assim, foram necessárias para realização do estudo 50 parturientes na primeira fase do parto, sendo alocadas 25 no grupo controle (GC) e 25 no grupo intervenção (GI).

Randomização

Para a randomização as intervenções foram realizadas levando em consideração o nível de dor, utilizando-se para este fim a aplicação da escala EVA. Tanto as participantes do GC quanto as do GI apresentaram escala de dor 0 a 10. A randomização foi realizada por sorteio, com uso de números aleatórios para definição dos grupos, e por um pesquisador não envolvido com a coleta de dados. Envelopes lacrados foram utilizados. Após a randomização, aplicou-se a escala EVA a fim de mensurar a intensidade da dor das parturientes. Em seguida, o GC recebeu orientações e o GI recebeu o atendimento fisioterápico e orientações. Uma hora após as intervenções aplicou-se, novamente, a EVA.

Cegamento

Devido à natureza da intervenção utilizada neste estudo, não foi possível cegar as gestantes. Entretanto, os fisioterapeutas realizaram as intervenções e as avaliações às cegas. Para testar o cegamento, o pesquisador anotou, após a avaliação dos desfechos clínicos, sua opinião quanto à percepção do tipo de intervenção recebida pelas gestantes.

Grupo controle

As participantes do GC receberam orientações verbais sobre relaxamento, respiração, dor e parto vaginal. A orientação funcionou como uma ferramenta motivacional e como placebo da intervenção.

Grupo de intervenção

As parturientes do GI receberam as mesmas orientações verbais que as que ficaram no GC. Além disso, as parturientes desse grupo realizaram exercícios de respiração, liberação miofascial, alongamento, exercícios cinético-funcionais e massagem, em sala preparada, e executada por fisioterapeuta. O protocolo foi baseado na pesquisa de Lemos [12] e consistiu em:

- 1) Exercícios respiratórios: 3 minutos; 3 séries; 10 repetições. Com o objetivo de reduzir a dor e ansiedade, melhorando os níveis de saturação sanguínea materna de O₂, proporcionando relaxamento e diminuindo a ansiedade. Foi executada cada respiração ou realizada em conjunto com os exercícios cinéticos funcionais.
- 2) Exercícios de liberação diafragmática: 5 minutos – 3 séries. Com o objetivo de liberar as restrições nos tecidos, permitindo assim uma modulação do tônus muscular o que facilita a reeducação dos movimentos e diminui a dor.
- 3) Exercícios de alongamento: 5 minutos – 3 séries; mantendo cada – 5 segundos. Foram incluídos os alongamentos de quadrado lombar, oblíquo interno e externo, grande dorsal, ligamento do útero e exercício de bombeamento dos ligamentos pélvicos (lilolombar, sacrociático e sacrotuberoso). Com o objetivo de reduzir as tensões musculares e preparar o corpo para receber melhor outros exercícios.
- 4) Exercícios cinético-funcionais: 3 séries; 10 repetições. Estes movimentos podem ser realizados na bola suíça e também na posição ortostática, os dois em posturas simétricas ou assimétricas. Tem o objetivo de ajudar a preparar o corpo, aliviar o desconforto das contrações durante o trabalho de parto, proporcionar bem-estar físico, aumento da elasticidade, tornando as articulações que intervêm no parto mais flexíveis.
- 5) Massagem terapêutica: foram realizadas as técnicas de deslizamento superficial e profundo, movimentos circulares, amassamento, rolamento e petrissage, cada movimento foi feito com 10 repetições, com o objetivo de relaxamento e redução da dor.

A intervenção Fisioterapêutica foi aplicada de acordo com o grupo determinado, uma única vez em cada participante, e o tempo máximo de intervenção foi de 45 minutos. Após uma hora do fim da intervenção, as pacientes foram ressubmetidas à escala EVA.

Riscos e benefícios

A utilização de métodos que permitam vencer de maneira natural a dor é benéfica, pois se utiliza técnicas não farmacológicas no alívio da dor. Nenhuma das estratégias utilizadas nessa pesquisa são associadas a danos à população estudada.

Aspectos éticos

O estudo seguiu os princípios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foram observados os aspectos éticos e legais da pesquisa, que envolve diretamente ou indiretamente seres humanos de forma individual ou coletiva em sua totalidade ou a partir deles [13]. O presente estudo foi submetido e aprovado pela comissão de pesquisa Santa Casa de Misericórdia de Sobral e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú, em Sobral/CE, sob o número CAAE 68842017.1.0000.5053, sob o parecer nº 2.264.396.

Análise estatística

Para a análise estatística nas alterações do nível de dor identificadas antes e após uma hora da intervenção, foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas e inferências, através do uso do teste t-Student, do teste qui-quadrado (para tabelas de contingências 2x2), ao nível de 5% de significância (um valor-p < 0, 5 é um resultado significativo indicando a decisão de se rejeitar a hipótese nula (Ho), para cada teste aplicado neste trabalho).

Resultados

A pesquisa conseguiu abranger uma população de 50 parturientes, oriundas da cidade de Sobral e regiões vizinhas, sendo 25 alocadas aleatoriamente no CG e 25 no GI. O relato sobre as características das dores no primeiro período de trabalho de parto ocorreu antes das intervenções. A classificação da dor, por grupo, está exposta na tabela I.

Tabela I - Classificação da dor durante o primeiro período do trabalho de parto em gestantes atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral em 2017, por grupo.

Classificação da dor	Grupo Controle		Grupo Intervenção	
	N	%	N	%
Localizada	1	4	-	-
Difusa	13	52	15	60
Irrradiada	11	44	10	40
Total	25	100	25	100

A análise do quesito escala de dor do GC aponta que a média de dor depois das orientações ($6,360 \pm 0,1400$) foi maior que a média anterior à mesma ($4,640 \pm 0,09798$), sendo observado um aumento de $1,720 \pm 0,1709$ entre as médias. Pode-se inferir que a dor sentida pelas parturientes foi maior após a aplicação das orientações no GC ($p = 0,0001$). Ao contrário do que foi observado entre as pacientes do GI, em que a média da dor depois da intervenção ($4,080 \pm 0,1993$) foi menor que a média antes da intervenção ($4,960 \pm 0,0400$), com diminuição de $0,8800 \pm 0,2033$ entre as médias. Com isso, sugere-se que a intervenção realizada no GI foi capaz de reduzir as dores relatadas pelas pacientes ($p = 0,0001$).

Outra variável comparada entre os grupos controle e intervenção foi a dilatação vaginal. As parturientes de ambos os grupos tiveram aumento da dilatação depois de passarem pelas ações ($p = 0,0001$). Entretanto, as pacientes do GI apresentaram mais dilatação depois das intervenções ($+ 2,440 \pm 0,1956$) que as do GC ($2,000 \pm 0,1419$) que não realizaram o protocolo fisioterapêutico.

A mesma tendência foi observada quando comparada a saturação de oxigênio entre os grupos. Houve aumento da saturação de O₂ em ambos os grupos: GC ($p = 0,0023$) e no GI ($p = 0,0001$), sendo a maior diferença observada no GI ($+2,360 \pm 0,2805$) do que no GC ($0,6400 \pm 0,1993$).

Vale ressaltar que as pacientes do GI apresentaram aumento da dilatação vaginal e aumento da saturação de oxigênio, assim como as pacientes do GC, associado à diminuição da dor, entretanto, o GI apresentou resultados com maior significância em relação ao GC.

Quando indagadas sobre o estado de relaxamento físico e mental após a aplicação do estudo, apenas as pacientes do GI relataram se sentirem relaxadas, seja em níveis altos (20/80%) ou moderados (5/20%). Mesmo sendo uma variável de difícil mensuração, houve um controle visível do estado emocional, da respiração e da musculatura pélvica após a aplicação do protocolo. Nenhuma gestante do GC relatou estar em estado de relaxamento.

Discussão

As abordagens fisioterapêuticas em equipes de saúde voltada à Ginecologia e Obstetrícia visam prevenir complicações uroginecológicas e disfunções músculos esqueléticas, podendo envolver a prevenção, recuperação e tratamento, assim como auxilia a equipe e a parturiente, durante o trabalho de parto normal [14].

O parto é temido por muitas mulheres por estar associado ao mito de dores insuportáveis, por isso muitas gestantes optam pelo parto cesáreo. Entretanto, há muitos benefícios associados ao parto normal como a rápida recuperação da mãe e a primeira colonização da microbiota da pele e mucosas do recém-nascido. Por conta disso, há o incentivo dos profissionais da saúde para que a futura mãe opte por esse tipo de parto [15]. Sabe-se que o fisioterapeuta proporciona um suporte físico e emocional, além de fornecer consciência corporal no processo parturitivo, levando as pacientes optarem pelo parto normal, por atuarem na redução das percepções dolorosas, bem-estar físico, redução do medo e da ansiedade [16].

A dor sentida no parto é uma sinalização para a mudança do ciclo de gravido-puerperal para a fase resolutive, que é o parto; ela ainda norteia/determina a tomada de decisão dos profissionais [9]. A dor na primeira fase do trabalho de parto é de origem visceral e difusa, proveniente da metrossístoles, que estimula a dilatação e apagamento do colo. Nesse período, o desconforto é decorrente das contrações que desencadeiam a dilatação do colo uterino que são referidos como uma dor em baixo ventre. Os impulsos dolorosos são transmitidos por fibras sensoriais que caminham juntas com os nervos simpáticos e entram na medula espinal ao nível de T10, T11, T12 e L1 [17]. Esse conceito embasa os nossos achados, uma vez que grande parte das gestantes por nós atendidas ressaltaram dor na região toracolombar.

Uma maneira de medir quantitativamente a dor é pela escala EVA, que mensura o nível de dor e detecta as mínimas diferenças entre seus estágios [18]. A técnica pode ser utilizada durante o tratamento pelo fisioterapeuta, por ser um método rápido, eficaz e de fácil aplicação e entendimento por parte do paciente [19].

Um estudo realizado em 10 parturientes na primeira fase do trabalho de parto avaliou os efeitos da abordagem fisioterapêutica sobre a dor propondo um protocolo de intervenção baseado em EVA [20]. Esse protocolo envolveu técnicas de cinesioterapia, massoterapia, TENS e técnicas de relaxamento e respiração. No estudo não foram encontradas evidências estatísticas entre a aplicação do protocolo e a diminuição da dor nas gestantes. Ao contrário da nossa pesquisa, que mostrou que o protocolo aqui utilizado foi estatisticamente impactante na diminuição da dor e melhoria de outros parâmetros, como dilatação vaginal e saturação de O₂, além de melhora qualitativa nos níveis de relaxamento dessas pacientes. Sugerindo, assim, que as técnicas fisioterapêuticas propostas nessa pesquisa são mais eficazes e apropriadas para o objetivo proposto.

As parturientes do GI do nosso trabalho usufruíram de técnicas não farmacológicas objetivando diminuir o quadro algico, o estresse, a ansiedade, possibilitando o relaxamento, prevenindo a hiperventilação, alcalose respiratória, melhorando a perfusão placentária e níveis de saturação sanguínea materna. Métodos não farmacológicos, semelhantes aos aqui utilizados, já são preconizados pelas comissões de saúde pública de países desenvolvidos, como a Austrália, visando algum alívio da dor do parto. De acordo com o departamento de saúde australiano, esses métodos, que ainda incluem a acupuntura, podem reduzir a ansiedade da parturiente e aumentar o relaxamento e alívio da dor, além de reduzir o risco de trauma perineal [21].

Alguns pesquisadores enfatizam a necessidade de verificar a respiração da parturiente em todos os posicionamentos, mantendo o padrão fisiológico lento nos momentos de contração. Quando não obedece a esse padrão a parturiente pode estar com redução de dióxido de carbono, levando a uma alcalose respiratória, proveniente da respiração rápida que leva ao aumento da dor e cansaço. Em contrapartida se tiver uma respiração curta e acelerada pode levar a uma hiperventilação, aumento da lordose lombar e contração de adutores da coxa [22,23].

O profissional fisioterapeuta atua aqui instruindo a paciente quanto à percepção e utilização das musculaturas, mediando-lhe em técnicas respiratórias, estimulando a respiração abdominal nos intervalos das contrações, proporcionando relaxamento. Já no momento das contrações, a respiração torácica promove maior expansão no sentido lateral, aliviando o fundo do útero e favorecendo maior oxigenação para mãe e feto [16]. O protocolo aplicado nesse estudo enfatizou a importância do uso da musculatura diafragmática bem como a realização de uma frequência respiratória lenta e eficaz para manter as pacientes eupneicas.

Técnicas como cinesioterapia do assoalho pélvico, estímulo à deambulação, exercícios respiratórios e relaxamento proporcionam qualidade de vida, alívio algico, orientações posturais e para o parto, fazendo que as gestantes obtenham maior percepção corporal [24]. Entretanto, a utilização da cinesioterapia nas fases do trabalho de parto ainda gera muitas controvérsias. Alguns autores apontam como fundamental, pois favorece no tempo de duração do parto e outros afirmam que não há diferenças significativas [20,25].

Nosso trabalho surge como uma evidência científica de que a cinesioterapia, em associação a outras técnicas, tem impacto positivo na diminuição da dor em gestantes na primeira fase do trabalho de parto. Além disso, as técnicas aqui utilizadas apresentaram outras vantagens como: baixo custo, fácil aplicação e reprodutibilidade; além de estimular as parturientes ao desempenho de atividades direcionadas, contribuindo em sua progressão.

Em associação à cinesiologia, utilizou-se a liberação da fáscia muscular que proporcionou nas parturientes uma melhora da qualidade respiratória, sensação de alívio e bem-estar. Essa técnica atua na mobilização muscular e objetiva aumentar e ampliar o movimento, diminuir a dor e restaurar a normalidade dos movimentos [26]. Com relação às técnicas de alongamento, foram observados benefícios semelhantes à liberação miofacial, estando de acordo ao esperado e relatado na literatura. O alongamento serve para melhorar o equilíbrio da musculatura dorso-lombar, abdominal e do assoalho pélvico, bem como exercícios respiratórios, o alongamento também leva ao relaxamento durante o trabalho de parto [27,28].

Ainda foi incluída a massagem, por ter como princípio a estimulação sensorial e manipulação dos tecidos, além de promover a diminuição da sintomatologia respiratória e melhorando o contato da parturiente com o profissional, ocasionando o relaxamento, propiciando o aumento do fluxo sanguíneo e uma melhor oxigenação [29].

Pesquisas comprovam que a aplicação de massagens reduz significativamente a dor do parto. Em uma pesquisa realizada em São Paulo, primíparas que fizeram uso de massagens durante as fases de dilatação relataram redução da intensidade da dor nas duas primeiras fases de dilatação. Os autores da pesquisa afirmam ainda que a massagem é uma técnica que pode ser usada individual ou associada a outros métodos em qualquer região corporal [8]. Um estudo randomizado realizado em Ribeirão Preto também observou que a massagem reduziu a gravidade da dor no trabalho de parto, entretanto os pesquisadores não observaram mudança de suas características e localização [30]. Esses relatos reforçam os nossos resultados, todas as grávidas que foram submetidas às técnicas supracitadas relataram diminuição da dor, além de se sentirem mais relaxadas.

Embora nenhuma participante deste estudo estivesse sob efeito de fármacos, é comum a observação do uso de medicamentos em associação com algumas técnicas fisioterapêuticas para a diminuição da dor do parto. Um estudo randomizado realizado com mais de 1800 grávidas australianas observou que o uso desses fármacos influencia negativamente em diversos aspectos da gestação e pós-gestação, como a amamentação [31]. Nosso estudo mostrou que apenas os protocolos fisioterapêuticos são suficientes para a diminuição da dor do parto, fazendo dispensável o uso de medicamentos pela população aqui estudada, mas vale salientar que o uso desses medicamentos pode variar de acordo com a saúde e estado da parturiente.

O desconhecimento da atuação fisioterapêutica na obstetrícia leva a um baixo número de encaminhamentos e indicações por parte dos médicos e aumento do desconforto em todas as etapas do parto vaginal, uma vez que a parturiente deixa de receber atendimento de suporte e direcionado ao alívio da dor.

Conclusão

Diante do exposto, infere-se que o protocolo testado neste estudo diminui a dor da gestante na primeira etapa do parto genital, além de melhorar aspectos associados ao relaxamento das pacientes como frequência cardíaca, saturação de O₂ e a dilatação do canal vaginal. Além disso, as intervenções fisioterapêuticas aqui realizadas impactaram positivamente no parto vaginal de grávidas atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral por proporcionarem um parto mais humanizado, redução do uso de terapias farmacológicas, tempo de parto e os gastos hospitalares; além de se mostrarem reprodutíveis e de fácil aplicação.

Referências

1. ICN. CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [online]. 2015 [citado 2018 Dez 15]. Disponível em: <http://www.icn.ch/what-we-do/permission-to-use-icnpr/>
2. Mazoni SR, Carvalho EC, Santos CB. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. Rev Latinoam Enferm 2013;21(9):1-9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700012>
3. Baracho E. Fisioterapia aplicada a obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2012.p.181-223.
4. Mattos DV, Vandenberghe L, Martins CA. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. Rev Enferm UFPE on line 2014;8(4):951-9.
5. FIOCRUZ. Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311xco02s114>
6. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MADSM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 2018;34(1):1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022517>
7. Cavalcante CCL, Rodrigues ARS, Donato TV, Silva EB. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. Fisioter Mov 2011;24(3):513-22.
8. Valenciano CMVS, Rodrigues MF. A importância da intervenção fisioterapêutica na assistência do trabalho de parto [Monografia]. Lins: Centro Universitário Católico Salesiano; 2015. p.30/31.
9. Braz MM, Rosa JP, Maciel SS, Pivetta HMF. Bola do nascimento: recurso fisioterapêutico no trabalho de parto. Cinergis 2014;15(4):168-75.
10. Bertotti TCW. Experiência e percepção das puérperas com assistência ao parto e a contribuição da fisioterapia. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia 2017;4(8):39-46.
11. IASP - International Association for the Study of Pain. Faces Pain Scale, 2012. [citado 2016 Set 3]. Disponível em: <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/FacesPainScaleRevised/default.hm>.
12. Lemos A. Fisioterapia obstétrica baseado em evidências. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.p.480.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
14. Opala-Berdzik A, Błaszczuk JW, Bacik B, Cieślińskaświder J, Świder D, Sobota G. Static postural stability in women during and after pregnancy: a prospective longitudinal study. PLoS One 2015;10(6):1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124207>
15. Nascimento RRP, Arantes SL, De Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. Rev Gaúcha Enferm 2015;36(spe):119-26. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
16. Ebirim L, Buowari OY, Ghosh, S. Physical and psychological aspects of pain in obstetrics. Pain in Perspective 2012;21(7):219-36. <https://doi.org/10.5772/53923>
17. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MB. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto em diferentes posições. Rev Escola Enferm USP 2011;45(3):557-65. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000300002>

18. Alves CP, Lima E9A, Guimarães RB. Tratamento fisioterapêutico da lombalgia postural - Estudo de caso. *Rev Interfaces* 2015;2(6):1-4. <https://doi.org/10.16891/2317.434X.142>
19. Silva AO. Efeito da técnica Reeducação Postural Global (RPG) no tratamento de pacientes com hiperlordose lombar: um estudo de caso. *Rev Faculdade Montes Belos* 2016;9(1):101-73.
20. Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioter Pesqui* 2012;19(3):210-4. <https://doi.org/10.1590/s1809-29502012000300004>
21. Department of Health Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. Canberra: Australian Government Department of Health; 2018.
22. Marques AA, Silva MPP, Amaral MTP. *Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher*. 1 ed. São Paulo: Roca; 2011.p.252.
23. Ferreira CHJ, Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duart G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina* 2011;39(1):41-8.
24. Santos MB, Martinis JV, Cruz JP, Burti JS. Papel da Fisioterapia em Obstetrícia: avaliação do nível de conhecimento por parte dos médicos e equipe de enfermagem, gestantes e puérperas da rede pública de Barueri/SP. *Rev Bras Pesqui Saúde* 2017;19(2):15-20.
25. Canesin KF, Amaral WN. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. *Femina* 2010;38(8):1-6.
26. Arruda GA, Stellbrink G, Oliveira AR. Efeitos da liberação miofascial e idade sobre a flexibilidade de homens. *Ter Man* 2010;8(39):396-400.
27. Ferreira MG, Bertor WRR, Carvalho AR, Bertolini GRF. Efeitos dos alongamentos estático, balístico e facilitação neuromuscular proprioceptiva sobre variáveis de salto vertical. *Sci Med* 2015;25(25):1-7. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2015.4.21443>
28. Gil VFB, Osis MJD, Faundes A. Lombalgia durante a gestação: eficácia do tratamento com Reeducação Postural Global (RPG). *Fisioter Pesqui* 2011;18(2):164-70. <https://doi.org/10.1590/s1809-29502011000200011>
29. Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm* 2016;25(1):1-6. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>
30. Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, Poli Neto OB, Duarte G et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *J Phys* 2013;59(2):109-16.
31. Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D. Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. *Midwifery* 2015;31(4):458-63.