

**Fisioterapia na assistência ao parto: perfil de atuação por meio da implementação de material de registro****Physiotherapy in childbirth care: performance profile through the implementation of recording material****Fisioterapia en la atención al parto: perfil de rendimiento mediante la aplicación de material de registro**

Sávia Francisca Lopes Dias<sup>1</sup>, Gilson Antonio de Oliveira Filho<sup>2</sup>, João Batista dos Reis Neto<sup>3</sup>, Rafaella Azevedo dos Santos<sup>4</sup>, Natália Mendes Caldas Lima<sup>5</sup>, Maria Gabriela Cardoso Teles Monteiro<sup>6</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** traçar o perfil de atuação da fisioterapia na assistência ao parto pela implementação de um protocolo operacional padrão (POP) e pela ficha de registro de intervenção fisioterapêutica. **Método:** estudo descritivo e intervencional, realizado de abril a novembro de 2023, em um centro obstétrico em Parnaíba, Piauí, Brasil. Após verificação de inexistência de instrumentos sobre a atuação fisioterapêutica, desenvolveu-se um POP e uma ficha de registro. Após treinamento das fisioterapeutas com esses instrumentos, 400 parturientes foram assistidas. Os dados foram apresentados por distribuição de frequências, médias e desvio padrão. **Resultados:** as condutas mais utilizadas durante o trabalho de parto foram: respiração diafragmática (52,70%) e mudança de decúbito (33,22%). Nos desfechos, 87,88% evoluíram para o parto vaginal e com a utilização da postura mais verticalizada/inclinada (56,56%); o tempo de trabalho de parto foi de até 6h em 53,74% dos casos e houve episiotomia em 7,27% dos casos. **Conclusão:** as intervenções fisioterapêuticas realizadas contribuíram com a assistência ao parto, mas observou-se a necessidade de permanência de treinamentos junto à equipe para sustentação de práticas cada vez mais seguras e apropriadas.

<sup>1</sup>Fisioterapeuta. Doutora em Biotecnologia. Professora Adjunta da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR). Parnaíba, Piauí, Brasil. E-mail: [saviadias@ufdpar.edu.br](mailto:saviadias@ufdpar.edu.br) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4490-8331>. **Autor para Correspondência** - Endereço: Rua Alzira Guilhermina 1535, Reis Veloso, Parnaíba, Piauí.

<sup>2</sup>Acadêmico do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR). Parnaíba, Piauí, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-1698-589X>

<sup>3</sup>Acadêmico do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR). Parnaíba, Piauí, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-5424-9528>

<sup>4</sup>Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR). Parnaíba, Piauí, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-0432-3198>

<sup>5</sup>Fisioterapeuta. Especialização em Fisioterapia na Saúde da Mulher. Fisioterapeuta do Centro Obstétrico do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (HEDA). Parnaíba, Piauí, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-5842-1403>

<sup>6</sup>Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Biomédicas. Professora substituta da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR). Parnaíba, Piauí, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9679-0139>



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

**Descritores:** Fisioterapia; Saúde da Mulher; Obstetrícia; Tocologia; Trabalho de Parto.

### **ABSTRACT**

**Objective:** to outline the profile of the role of physiotherapy in childbirth care through the implementation of a standard operating protocol (SOP) and a physiotherapy intervention registration form. **Method:** descriptive and interventional study, carried out from April to November 2023, in an obstetric center in Parnaíba, Piauí, Brazil. After verifying the lack of instruments on physiotherapeutic performance, a SOP and a registration form were developed. After training the physiotherapists with these instruments, 400 parturient women were assisted. The data were presented by frequency distribution, means and standard deviation. **Results:** the most commonly used procedures during labor were diaphragmatic breathing (52.70%) and changing the decubitus position (33.22%). In terms of outcomes, 87.88% progressed to vaginal delivery and with the use of the most upright/inclined posture (56.56%); labor time was up to 6h in 53.74% of cases and there was episiotomy in 7.27% of cases. **Conclusion:** the physiotherapeutic interventions carried out contributed to childbirth care, but it was noted that there was a need for continued training with the team to support increasingly safe and appropriate practices.

**Descriptors:** Physiotherapy; Women's Health; Obstetrics; Midwifery; Labor, Obstetric.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** delinear el perfil de rendimiento de la fisioterapia en la atención al parto a través de la implementación de un protocolo operativo estándar (POE) y de un formulario de registro de intervención fisioterapéutica. **Método:** estudio descriptivo y de intervención, realizado de abril a noviembre de 2023, en un centro obstétrico de Parnaíba, Piauí, Brasil. Luego de verificar que no existían instrumentos sobre actividades fisioterapéuticas, se desarrolló un POE y un formulario de registro. Luego de capacitar a fisioterapeutas con estos instrumentos, se atendió a 400 parturientas. Los datos se presentaron mediante distribución de frecuencias, medias y desviación estándar. **Resultados:** los procedimientos más utilizados durante el trabajo de parto fueron: respiración diafragmática (52,70%) y el cambio de decúbito (33,22%). En cuanto a los resultados, el 87,88% evolucionaron a parto vaginal y se utilizó la postura más erguida/inclinada (56,56%); la duración del parto fue de hasta 6h en el 53,74% de los casos y hubo episiotomía en el 7,27% de los casos. **Conclusión:** las intervenciones fisioterapéuticas realizadas contribuyeron a la atención del parto, pero se notó que era necesaria una capacitación continua del equipo para apoyar prácticas cada vez más seguras y adecuadas.

**Descriptorios:** Fisioterapia; Salud de la Mujer; Obstetricia; Partería; Trabajo de Parto.

### **INTRODUÇÃO**

A especialidade em Fisioterapia na Saúde da Mulher foi

reconhecida pela Resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) nº 372, de 06 de novembro de 2009,

onde o olhar do fisioterapeuta se volta à saúde integral da mulher em todo o curso da vida, abrangendo a obstetrícia (gestação, parto e puerpério), as disfunções sexuais femininas, a urologia, a ginecologia, a coloproctologia e as áreas de oncologia mamária e ginecológica<sup>1</sup>.

A literatura científica ressalta ainda a importância da presença do profissional antes, durante e após o parto, garantindo e provendo suporte diante das necessidades da gestante e/ou puérpera. Além disso, sua atuação é pautada em processos que decorrem para a diminuição de complicações durante o trabalho de parto, bem como à facilitação da recuperação da puérpera<sup>2</sup>.

Durante o período gravídico, a mulher passa por diversas transformações, sejam elas anatômicas, hormonais ou mecânicas<sup>3</sup>. Tais alterações impactam diretamente no estilo de vida e no bem-estar físico e psicológico dessas mulheres, o que pode influenciar seu desempenho no momento do trabalho de parto. Por isso, recomenda-se que o acompanhamento delas seja feito por profissionais capacitados<sup>4</sup>.

A intervenção de um profissional da fisioterapia pode

ocorrer tanto no decorrer da preparação para o parto ou durante o trabalho de parto, visto que ele dispõe de diversos recursos, tais como técnicas respiratórias e de relaxamento, hidroterapia, cinesioterapia e orientação à deambulação<sup>5</sup>. Além disso, o profissional fisioterapeuta desempenha função ativa no âmbito obstétrico, na promoção da assistência ao período funcional do trabalho de parto (desde a dilatação cervical até a descida fetal no canal de parto), na orientação e no apoio ao aleitamento materno no pós-parto imediato, entre outras funções<sup>6</sup>.

Não obstante, no Brasil, o papel do profissional fisioterapeuta ainda sofre demasiado desconhecimento, especialmente no contexto obstétrico<sup>7</sup>. Vale ressaltar que, entre os 26 estados brasileiros, apenas um deles conta com a permanência de um fisioterapeuta 24 horas na assistência pública. O estado do Piauí é o pioneiro na implementação desse direito<sup>8</sup>.

Todavia, não foram encontrados na literatura instrumentos de registro para nortear a atuação desses profissionais, especificamente na sala de parto,

mesmo havendo o consenso sobre a importância de dados precisos e detalhados referentes à recepção e a todo o acompanhamento clínico<sup>9</sup>. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo traçar o perfil de atuação da fisioterapia na assistência ao parto pela implementação de um protocolo operacional padrão (POP) e pela ficha de registro de intervenção fisioterapêutica.

## MÉTODO

Estudo descritivo e intervencional, realizado de abril a novembro de 2023, no Centro Obstétrico do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde (COHEDA), em Parnaíba, Piauí, Brasil. O COHEDA é uma unidade de saúde que presta atendimento de média e alta complexidade em urgência e emergência, exames e cirurgias, com 278 leitos de internação e observação distribuídos entre adultos, infantis e neonatais. É um hospital-escola, onde os alunos do último ano de fisioterapia realizam o estágio hospitalar, incluindo o referido centro obstétrico (CO).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com

Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), sob o Parecer nº 6.547.209 e o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 75194423.5.0000.0192, respeitando todos os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Inicialmente, foi realizada uma visita de campo, onde foi constatada a ausência de um POP atualizado e de uma ficha de registro de intervenção para traçar o perfil dessa atuação. Foi realizada também uma pesquisa via *Google Forms* com as fisioterapeutas sobre atuação profissional e especialidades. Por sua vez, a coordenação do hospital emitiu uma carta de anuência e, em reunião, reforçou o interesse para a construção dos instrumentos.

Em seguida, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema, nas bases de dados SciELO, PubMed e, também, em livros que contemplavam a especialidade de Fisioterapia na Saúde da Mulher. A partir disso, realizou-se a elaboração de um protocolo operacional padrão (POP), indicando sugestões de manejo à parturiente em fase de internação, contendo os seguintes tópicos:

finalidade do documento, indicações e contraindicações de sua aplicação, materiais e equipamentos necessários à assistência<sup>10</sup>, bem como a descrição dos procedimentos e avaliação. Continua ainda o tipo de condutas a serem admitidas com base na fase do trabalho de parto em que a mulher se encontra<sup>9</sup>.

Criou-se também uma ficha de registro de rotina hospitalar de fisioterapia obstétrica que contemplava os momentos de pré-parto, trabalho de parto e parto, pois o fisioterapeuta registrava apenas evolução em ficha multiprofissional no CO, em uma planilha de dados da enfermagem, sem registro específico.

Essa ficha possuía um total de 32 itens, que foram divididos da seguinte forma: data de admissão da parturiente, nome completo, idade (ID), idade gestacional (IG), história pregressa (HP), número de gestações, partos e abortos ocorridos. Foram coletados no prontuário dados referentes à dinâmica de parto (contrações por minuto)<sup>1</sup>, à dilatação do colo do útero, à altura do bebê (classificada em Plano DeLee) e à condição da bolsa amniótica na ausência da informação em prontuário; questionamento para os

integrantes da equipe multiprofissional (o hospital não faz uso do partograma em sua rotina?); as condutas aplicadas antes e durante o trabalho de parto, tais como orientação da respiração diafragmática<sup>12</sup>; incentivo à deambulação; massagem sacral<sup>13</sup>; controle da dor; incentivo a posturas verticais<sup>14</sup>; exercícios metabólicos<sup>15</sup>; uso de bola suíça; mobilizações pélvicas e termoterapia<sup>16,17</sup>. As condutas puderam se sobrepor a uma mesma parturiente.

Em reunião com os sete fisioterapeutas plantonistas e dois coordenadores da instituição, foi disponibilizado o POP e na sequência, apresentada a ficha de registro. A partir de sua análise pelos profissionais, foi gerado um debate acerca da viabilidade do documento quanto à sua aplicação, onde todos relataram excelente aceitação aos materiais desenvolvidos. Após finalizadas as correções, procedeu-se ao treinamento dos fisioterapeutas quanto ao preenchimento da ficha de registro pelas professoras coordenadoras da pesquisa, as quais têm vasta experiência em Fisioterapia na Saúde da Mulher e supervisionam o estágio no centro obstétrico.

Tanto as condutas quanto o registro foram realizados pelo profissional fisioterapeuta responsável pelo plantão no dia de coleta. Portanto, os fisioterapeutas plantonistas definiram as condutas de acordo com sua avaliação norteada pelo descrito POP e preencheram as fichas, registrando os atendimentos e os desfechos do trabalho de parto. As pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Segundo o Instituto Saúde e Cidadania (ISAC), que gere o hospital, o COHEDA realizou 3.319 partos no último ano. Assim, considerando uma margem de erro de 5%, a amostra representativa dessa população seria composta por 345 parturientes. O presente estudo recrutou 400 mulheres, realizando a pesquisa durante cinco meses. As fichas foram coletadas e analisadas pela equipe de pesquisa, considerando como critérios de exclusão: presença de documentos incompletos, erro de preenchimento e ausência de assinatura do profissional fisioterapeuta, em ficha, no atendimento em questão.

Foi realizada a transferência dos dados para o programa *Microsoft Excel*, versão 2022, onde foi feita a alocação, em planilha, dos itens

referentes ao material de registro. Cada item foi categorizado em itens ordinais e nominais, sendo o primeiro referente aos itens que continham registros numéricos, tais como: idade da parturiente, idade gestacional, número de gestações, partos e abortos, dinâmica de trabalho de parto (TP), dilatação do colo do útero e altura do bebê. A partir disso, realizou uma análise estatística descritiva, com distribuição de frequências, média e desvio padrão.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, constam dados que sumarizam a média de idade da amostra,  $25,5 \pm 0,49$  anos, a média da idade gestacional (IG),  $37,6 \pm 0,76$  semanas, e a média de gestações, partos e abortos anteriores. Quanto às intercorrências, apontam-se 6,75% de parto prematuro e 3,75% com a parturiente apresentando hipertensão arterial sistêmica. Outras intercorrências menos frequentes incluíram parto induzido já na admissão, pré-eclâmpsia e presença de mecônio no líquido amniótico.

Quanto à dinâmica do trabalho de parto, todas as parturientes registradas estavam com

três contrações ou mais em 10 minutos. No item referente à dilatação cervical, 8,56% das fichas não possuíam esse registro pelos fisioterapeutas. Nas demais, obteve-se uma média de  $6,97 \pm 0,97$  cm com a dilatação do colo do útero.

No que diz respeito à altura do polo cefálico, 93,45% não foram registrados nas fichas. Nas parturientes com registro, 44% encontravam-se nos planos positivos (+1, +2 ou +3) de DeLee. Sobre a integridade da bolsa gestacional, 42% foram admitidas com bolsa íntegra.

**Tabela 1 - Caracterização quanto aos dados demográficos, intercorrências e dinâmica de parto das parturientes segundo informações coletadas mediante ficha de registro, abril a novembro de 2023, Parnaíba-PI, Brasil (n=400).**

Variável	Média
Idade	25,05 $\pm$ 0,49
Idade gestacional	37,06 $\pm$ 0,76
Gestação	2,53 $\pm$ 0,21
Parto	1,38 $\pm$ 0,28
Aborto	0,24 $\pm$ 0,06
Intercorrências	n (%)
Prematuridade	27(6,75)
Hipertensão Arterial Sistêmica	15 (3,75)
Indução na admissão	9 (2,25)
Pré-eclâmpsia	8 (2,00)
Diabetes	8 (2,00)
Mecônio	3 (0,75)
Dinâmica de parto	Média/ n (%)
Dilatação	6,97 $\pm$ 0,97
Altura polo cefálico (plano positivo)	11(44,00)
Bolsa rota	157(41,00)
Bolsa íntegra	160(42,00)

A Tabela 2 evidencia as condutas fisioterapêuticas realizadas com cada parturiente e os desfechos do trabalho de parto. Entre as intervenções, a respiração diafragmática foi a mais utilizada (52,75%), seguida pelas mudanças de decúbito (33,25%).

Em 18% das parturientes, não foram realizadas intervenções fisioterapêuticas. A maioria dos fisioterapeutas não justificou a ausência da conduta, mas em quatro fichas foram encontrados os seguintes motivos: contraindicação clínica, como prematuridade extrema e cardiocardiografia não tranquilizadora, parturiente já admitida em período expulsivo ou encaminhada diretamente ao centro cirúrgico.

Das parturientes assistidas pela fisioterapia, 87,88% foram encaminhadas para a sala de parto para via vaginal. Quanto às posturas adotadas no período expulsivo, 56,75% adotaram a vertical ou inclinada e 21,25% a horizontal ou semi-horizontal. Acerca do tempo, 16,75% das parturientes tiveram o tempo de trabalho de parto menor que 2h e 53,75% em até 6h. Houve 7,50% de episiotomia e 43,75% de laceração

vaginal, sendo a laceração de 1º grau a mais presente (89,24%).

## DISCUSSÃO

A média da idade gestacional das parturientes ( $37,6 \pm 0,76$  semanas) está classificada como “a termo precoce”, que compreende a faixa entre 37 e 38 semanas e 6 dias. Um estudo na última década mostrou que os nascidos vivos com esse mesmo período gestacional podem exibir desfechos em saúde mais semelhantes aos dos pré-termos tardios (entre 34 e 36 semanas), tais como doenças respiratórias e hipoglicemia<sup>10</sup>.

Com relação à paridade, tais números acompanham a média referente à taxa de natalidade mundial divulgada pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) em 2021, sendo de 2,3 filhos por mulher durante toda a vida fértil<sup>11</sup>.

A prevalência de casos de parto prematuro e de hipertensão arterial sistêmica condiz com a de um estudo realizado na Finlândia, que correlacionou escores de risco poligênico a distúrbios hipertensivos da gravidez e evidenciou predomínio em alta incidência dessas intercorrências como fatores de risco



para a mortalidade neonatal entre o binômio mãe-bebê, fazendo necessário o acompanhamento multiprofissional durante todo o período gestacional<sup>12</sup>.

Um estudo realizado em Teresina-PI ressalta que a ocorrência de complicações durante o parto pode estar ligada a fatores de risco ainda no período pré-gravídico ou mesmo a condições que podem surgir durante a gravidez. O estudo ainda revelou que a Hipertensão Arterial Sistêmica (intercorrência mais presente), além de ser uma das principais causas de morte materna obstétrica direta no Brasil, também apresenta proporção elevada nas regiões Norte e Nordeste<sup>13</sup>.

Recente revisão sistemática acerca da ruptura de membranas pré-parto a termo evidenciou que isso afeta 10% da população antes do trabalho de parto. A apresentação do líquido amniótico, as condições da bolsa e a presença ou não de mecônio podem auxiliar na avaliação da condição fetal<sup>14</sup>. No presente estudo, o índice de bolsa rota (BR) nas parturientes foi de 41%, enquanto a presença de mecônio foi registrada em 3%.

Com base nisso, antes de incentivar a adoção de posturas verticais e deambulação, o fisioterapeuta deve confirmar a altura da apresentação fetal e a condição da bolsa amniótica, em que, no caso de rotura de membranas, a deambulação deve ser realizada apenas quando o polo cefálico se encontrar completamente apoiado à pelve, isto é, no plano “0” de DeLee, como medida preventiva ao prolapso de cordão umbilical<sup>1</sup>.

Esses indicadores de polo cefálico e rotura de membrana são pontos importantes para que o fisioterapeuta realize sua intervenção, visto que, a partir de suas verificações, esse profissional desempenha condutas adequadas às parturientes, visando à facilitação do TP, com amenização de intercorrências e suporte às demandas da mãe e do bebê durante o nascimento<sup>6</sup>.

A presença do profissional fisioterapeuta em uma equipe multidisciplinar é de suma importância, visto que suas atribuições conferem um trabalho de parto que prepara a gestante acerca da função muscular do assoalho pélvico, posições para alívio da dor e

favorecimento da dinâmica de parto. Os exercícios respiratórios, que também são atribuídos pelos fisioterapeutas, mostram-se ainda como um fator estimulante para a conscientização corporal da mulher, facilitando o trabalho de parto e promovendo a satisfação com a experiência do nascimento<sup>6,15</sup>. Suas condutas se fazem necessárias, uma vez que o conhecimento específico da fisioterapia em biomecânica e funcionalidade atribui vantagens para o sucesso da parturição, assim como instiga a valorização do profissional em âmbito obstétrico.

Com relação às condutas aplicadas pelos fisioterapeutas, nota-se que mais da metade da amostra apresenta a respiração diafragmática como a mais predominante. Em contrapartida, estudo apontou que a utilização da respiração diafragmática, associada a outras técnicas fisioterapêuticas, durante a fase ativa do trabalho de parto, pode ser mais eficiente para a diminuição da dor quando comparada com a utilização da técnica respiratória isoladamente<sup>15</sup>.

A respiração tem importância fundamental durante o trabalho de parto por promover o relaxamento,

obtenção de concentração, diminuição de riscos de trauma perineal no momento expulsivo e melhora da oxigenação sanguínea da mãe e do feto<sup>6</sup>. Um ensaio clínico randomizado realizado em Pernambuco mostrou que, para o intervalo entre as contrações, recomenda-se a respiração diafragmática, por ser levemente mais profunda e por promover maior relaxamento<sup>16</sup>.

O incentivo a posturas verticais tem relação com evidências sobre melhor desempenho no trabalho de parto<sup>17</sup>. Estudos mostram que a posição vertical produz melhor efeito, devido à melhora da circulação uterina, ao permitir que as fibras musculares cumpram sua função contrátil de maneira eficiente, resultando em uma duração menor do trabalho de parto<sup>18</sup>. Outrossim, é possível prevenir a oclusão da aorta e da veia cava, diminuindo o risco de sofrimento fetal<sup>6</sup>.

Uma revisão sistemática com meta-análise, realizada no ano de 2019, que abordava o efeito das posições maternas no parto, demonstrou que a posição vertical produz melhor efeito na progressão do trabalho de parto, devido à melhora

da circulação uterina, permitindo que as fibras musculares cumpram sua função contrátil de maneira eficiente, resultando em uma duração do trabalho de parto mais curta<sup>19</sup>. A adoção de posturas verticais contribui para a descida do feto pelo canal vaginal, modificando, por sua vez, a angulação da pelve materna<sup>20</sup>.

Outro estudo realizado no Piauí junto a gestantes internadas aponta que a dor lombar (um dos motivos para manter alguma postura) foi o desconforto mais presente (41%) e que a massagem foi a intervenção fisioterapêutica mais realizada (24%), o que, segundo a percepção dessas participantes, trouxe melhoras para além do desconforto principal<sup>21</sup>. Similarmente, um estudo realizado em Londrina com puérperas apontou melhora na qualidade de vida<sup>22</sup>.

Nos desfechos, a incidência de um tempo mais curto de trabalho de parto e uma menor prevalência de episiotomia da parte das parturientes chamam a atenção. Contudo, este estudo não aplicou testes estatísticos que comprovem que tais resultados podem estar associados às condutas realizadas pelo fisioterapeuta. Ademais, é sabido que tais práticas, como respiração diafragmática,

deambulação e adoção de posturas verticais pela parturiente, atuam como facilitadores e otimizadores da parturição<sup>6</sup>.

De acordo com o protocolo assistencial estabelecido pelo Hospital de Clínicas de Uberlândia<sup>23</sup>, a indução farmacológica pode acarretar riscos consideráveis, como a ruptura uterina em mulheres com cesárea anterior (risco duas a três vezes maior na indução do parto quando comparado ao trabalho de parto espontâneo, ou seja, 1,0% a 1,5%), assim como a mortalidade neonatal (0,3%) ou morbidade neonatal grave (8,0%). Em dissonância com esse fato, 42,75% da amostra apresentou uso da indução farmacológica durante o processo de parturição.

Pode-se inferir que a atuação fisioterapêutica, por meio da prescrição de exercícios que favoreçam a dinâmica fetal, surge como medida alternativa à escolha da aplicação de indução farmacológica nos casos em que a parturiente não apresenta indicação para tal<sup>24</sup>. Ademais, a utilização da terapia manual, através de técnicas de massagem sacral, mobilizações e o uso da eletroterapia, é um recurso não farmacológico que se mostra

como excelente possibilidade no manejo da dor<sup>21,22,25</sup>.

A episiotomia apresentou resultado conforme o que é recomendado pela OMS. Essa prática é desencorajada e seu uso rotineiro deve ser mitigado<sup>26</sup>. A prática da episiotomia se apresenta como nociva à saúde da mulher, corroborando para a incidência de morbidade física e psicológica às parturientes<sup>27</sup>.

Quanto à laceração perineal, aparentemente, pode sugerir uma porcentagem alta (43,75%). Entretanto, em quase sua totalidade, foi apenas de I grau ou no máximo II grau. Embora os graus III e IV sejam menos prevalentes no Brasil, podem comprometer ainda mais o plano tecidual, as estruturas e as funções do assoalho pélvico<sup>28</sup>.

Estudo sobre a aplicação de compressas quentes no períneo durante a segunda fase do trabalho de parto verificou redução significativa das lacerações de terceiro e quarto graus<sup>29</sup>. Outra evidência é o uso da vocalização durante o segundo estágio do trabalho de parto, apontada como conduta preventiva contra a laceração perineal<sup>16</sup>.

A respeito da prevalência de postural materna vertical ou inclinada, um estudo realizado na França identificou que diferentes posturas de parto, em detrimento da posição supina, favorecem o momento expulsivo, facilitando o posicionamento fetal durante o nascimento<sup>30</sup>. Tal apontamento, por sua vez, corrobora com a prevalência da utilização das posturas verticais pelas parturientes do presente estudo.

Como limitações do estudo, destacam-se: a ausência de investigação complementar sobre a não intervenção fisioterapêutica junto a algumas parturientes, a escolha de determinadas técnicas em detrimento de outras, a incompletude de registros referentes à altura do polo cefálico e à dilatação e a falta de dados anteriores que pudessem apontar o cenário prévio. Entretanto, o estudo traz contribuições tanto assistenciais como gerenciais em relação à atuação do fisioterapeuta na assistência ao parto e contempla pela primeira vez esse tipo de serviço de fisioterapia.

**Tabela 2 - Conduas fisioterapêuticas aplicadas às parturientes e desfechos do trabalho de parto, abril a novembro de 2023, Parnaíba-PI, Brasil (n=400).**

Conduas de fisioterapia			Desfechos do TP				
Variáveis	N(%)	Evolução	N(%)	Tempo de TP	N(%)	Postura de parto	N(%)
Respiração diafragmática	173 (52,75)	Indução intraparto	171 (42,75)	< 2h	67 (16,75)	Vertical/inclinada	227 (56,75)
Mudanças de decúbito	109 (33,25)	Sala de parto	352 (87,88)	até 6h	215 (53,75)	Horizontal/semi-horizontal	85 (21,25)
Orientações sobre o trabalho de parto	100 (30,49)	Centro cirúrgico	28 (7,22)	6 a 8h	31 (7,75)	Banqueta	7 (1,75)
Incentivo a posturas verticais	86 (26,24)	Episiotomia	30 (7,50)	> 8h	17 (4,25)	Decúbito lateral	6 (1,50)
Deambulação	73 (22,26)	Laceração	175 (43,75)	EP	2 (0,50)	Cócoras	3 (0,75)
Sem intervenção	72 (18,00)	Sem informação	19 (4,75)			Quatro apoios	2 (0,50)
Mobilizações Pélvicas	49 (14,95)						
Agachamento	44 (13,44)						
Massagem terapêutica lombar	43 (13,17)						
Uso da bola suíça	39 (11,92)						
Uso da bola feijão	18 (5,49)						
Termoterapia	9 (2,77)						
Exercícios metabólicos	9 (2,75)						
TENS	3 (0,94)						
Uso do rolo de posicionamento	2 (0,61)						

TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation; EP: expulsivo prolongado.

## CONCLUSÃO

Os fisioterapeutas relataram excelente aceitação aos materiais desenvolvidos e elencaram

intervenções pautadas na literatura, como a respiração diafragmática e o uso de posturas verticais, porém técnicas com evidências robustas, como o uso da bola feijão e a

vocalização, foram pouco utilizadas. Ainda assim, os desfechos demonstram um trabalho de parto mais próximo aos ideais preconizados em relação ao posicionamento, ao tempo de trabalho de parto e à taxa de episiotomia.

O estudo sugere que a institucionalização de um registro padronizado permite compreender as competências e o alcance do trabalho dos fisioterapeutas na assistência à mulher e traçar estratégias para melhoria e visibilidade de suas práticas. Contudo, encoraja-se a continuidade de estudos sobre a temática para fundamentar a sistematização dessa assistência.

## REFERÊNCIAS

1. Baracho E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
2. Souza SM, Nicida DP. A atuação da fisioterapia obstétrica: revisão de literatura. Rev Saúde Desenv. 2019; 13(15):122-133.
3. Peruzzi J, Batista PA. Fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico e na sexualidade durante o período gestacional. Fisioter Bras. 2018; 19(2):177-182.
4. Romagnoli F, Gandolfi R, Gomes FP, Reticena KO, Santos M. Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. Braz J Surg Clin Res. 2019; 27(1):2317-24.
5. Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. Fisioter Pesq. 2012; 19(3):210-214.
6. Bavaresco GZ, Souza RSO, Almeida B, Sabatino JH, Dias M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. Cienc Saude Coletiva. 2011; 16(7):3259-66.
7. Keil MJ, Delgado AM, Xavier MAO, Nascimento CMD. Fisioterapia em obstetrícia pelos olhos das gestantes: um estudo qualitativo. Fisioter Mov. 2022; 35(spe).
8. Cidade Verde. Hospital de Parnaíba passa a oferecer serviço de fisioterapia 24 horas na maternidade. Parnaíba; 2022 [acesso em 2024 jun 25]. Disponível em: <https://cidadeverde.com/parnaiba/118868/hospital-de-parnaiba-passa-a-oferecer-servico-de-fisioterapia-24-horas-na-maternidade>.
9. Santana LS, Gallo RBS, Quintana SM, Duarte G, Jorge CH, Marcolin AC. Applying a physiotherapy

- protocol to women during the active phase of labor improves obstetrical outcomes. *AJOG Glob Rep.* 2022; 2(4):100125.
10. Bonilha EA, Lira MMTA, Freitas M, Aly CMC, Santos PC, Niy DY, et al. Gestational age: comparing estimation methods and live births' profile. *Rev Bras Epidemiol.* 2023; 26:e230016.
  11. UNFPA Brasil. Relatório Situação da População Mundial 2021. Brasília; 2021 [acesso em 2024 jun 25]. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relatorio-situacao-da-populacao-mundial-2021>
  12. Nurkkala J, Kauko A, FinnGen HL, Laivuori H, Saarela T, Tyrmi JS, et al. Associations of polygenic risk scores for preeclampsia and blood pressure with hypertensive disorders of pregnancy. *J Hypertens.* 2023; 41(3):380.
  13. Medeiros FDA, Silva MDG, Sales JC, Ribeiro SG, Silva Júnior FJG, Parente ADCM. Aspectos relacionados às internações por intercorrências gestacionais. *Enferm Foco.* 2021; 11(4).
  14. Evbuomwan O, Chowdhury YS. Physiology, Cervical Dilatation. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
  15. Biana CB, Cecagno D, Porto AR, Cecagno S, Marques V de A, Soares MC. Terapias não farmacológicas aplicadas na gestação e no trabalho de parto: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2021; 55:e03681.
  16. Neta JN, Amorim MM, Guendler J, Delgado A, Lemos A, Katz L. Vocalization during the second stage of labor to prevent perineal trauma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2022; 275:46-53.
  17. Dias SFL, Landim VCNP, Silva JBS, Araújo LCF, Machado LRG, Ribeiro NC, et al. Implantação do serviço ambulatorial de fisioterapia pélvica no contexto do Sistema Único de Saúde. *J Health NPEPS.* 2020; 5(2):393-410.
  18. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019; 19(1):466.
  19. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras*

- Ginecol Obstet. 2006; 28(11):537-44.
20. Rocha BD da, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; 54:e03610.
21. Macêdo MC, Feitosa MCP, Lima ACG, Oliveira VAS, Silva MAA, Portela FTC, et al. Fisioterapia obstétrica sob a ótica das gestantes de alto risco internadas em uma maternidade de alta complexidade. *Res soc dev*. 2024; 13(4):e12413445640.
22. Silva KG, Gonçalves MV, Correia ICIS, Martins IC, Yonamine CY. A percepção das puérperas sobre a atuação da fisioterapia na preparação para o parto: Um estudo qualitativo. *Res soc dev*. 2024; 13(2):e7913244995.
23. Borges H, Catani RR. Indicações de cesária: Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia: Hospital de Clínicas de Uberlândia; 2019 Mar.
24. Silva JR, Resplandes WL, Silva KCC. Importância do fisioterapeuta no período gestacional. *Res soc dev*. 2021; 10(11):e480101119977.
25. Akköz Çevik S, Karaduman S. The effect of sacral massage on labor pain and anxiety. *Jpn J Nurs Sci*. 2019; 17(1):e12272.
26. Bittencourt C. Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal? Brasília: UNASUS; 2014.
27. Okeahialam NA, Sultan AH, Thakar R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2023; 230(3S):S991-S1004.
28. Mamede L, Marano D, Dias MAB, Souza Junior PRB de. Prevalência e fatores associados à percepção da laceração perineal: estudo transversal com dados do Inquérito Nascer no Brasil, 2011 e 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2024;33: e 2023621.
29. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2016; 128(1):e1-15.
30. Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Is there an impact of feet position on squatting birth



Dias SFL, Oliveira Filho GA, Reis Neto JB, Santos RA, Lima NMC, Teles MGC. Fisioterapia na assistência ao parto: perfil de atuação...

position? BMC Pregnancy care at a public maternity  
Childbirth. 2019; 19(1):384 hospital. Rev Bras Saude Mater  
31. Resende MT dos S, Lopes DS, Infant. 2020; 20(3):863-70.  
Bonfim EG. Profile on childbirth

**Financiamento:** Os autores declaram que não houve financiamento.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**Participação dos autores:**

- **Concepção:** Dias SFL, Oliveira Filho GA, Reis Neto JB, Santos RA, Lima NMC, Teles MGC.
- **Desenvolvimento:** Dias SFL, Oliveira Filho GA, Reis Neto JB, Santos RA, Lima NMC, Teles MGC.
- **Redação e revisão:** Dias SFL, Oliveira Filho GA, Reis Neto JB, Santos RA, Lima NMC, Teles MGC.

**Como citar este artigo:** Dias SFL, Oliveira Filho GA, Reis Neto JB, Santos RA, Lima NMC, Teles MGC. Fisioterapia na assistência ao parto: perfil de atuação por meio da implementação de material de registro. J Health NPEPS. 2024; 9(2):e12591.

Submissão: 24/08/2024

Aceito: 01/12/2024