

O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente

The physiotherapist as a professional to assist pregnant women

Gabriela Zanella Bavaresco¹
 Renata Stefânia Olah de Souza²
 Berta Almeida²
 José Hugo Sabatino²
 Mirella Dias¹

Abstract *Control of pain during labor and childbirth are among the goals of the obstetric team to ensure the pregnant woman a safe and satisfactory delivery. There are several techniques that can be used by the physiotherapist as a member of the obstetric team to ensure relief from pain during childbirth. The physiotherapeutic assistance includes baths, cryotherapy, massage, breathing techniques, walking vertical positions and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). Bibliographical research conducted, revealed that the use of TENS for analgesic purposes is inconclusive, though all the other techniques are considered in the literature to be beneficial, and should be encouraged during dilation and delivery. Physiotherapists proved to be useful in assisting the pregnant woman during labor, helping to reduce the perception of pain and speeding up delivery.*

Key words *Physiotherapy, Pregnancy, Labor, Delivery, Pain*

Resumo *O controle da dor no trabalho de parto e no parto, assim como a prevenção do sofrimento são alguns dos objetivos da equipe obstétrica, a qual deve trabalhar para garantir à mulher um parto seguro e satisfatório. Há diversos recursos que podem ser utilizados pelo fisioterapeuta enquanto membro da equipe obstétrica para proporcionar confiança, conforto e alívio da dor à parturiente durante o trabalho de parto. O suporte fisioterapêutico inclui banhos, crioterapia, massagens, técnicas respiratórias, deambulação, posições verticais e a neuroeletroestimulação transcutânea (TENS). Através da pesquisa bibliográfica realizada concluiu-se que a TENS para analgesia ainda aparece com resultados inconclusivos. Todavia, todos os outros recursos aparecem na literatura como vantajosos e que devem ser estimulados durante o período de dilatação e expulsão. O fisioterapeuta mostrou-se útil no acompanhamento da mulher durante o processo parturitivo, ajudando na redução da percepção dolorosa e na diminuição do tempo de trabalho de parto.*

Palavras-chave *Fisioterapia, Gestação, Trabalho de parto, Parto, Dor*

¹ Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina. Rua Pascoal Simone, 358 - Coqueiros. 88080-350 Florianópolis SC.

gabi_zanella@terra.com.br

² Grupo de Parto Alternativo Setor de Obstetrícia, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Universidade de Campinas.

Introdução

A assistência profissional atual ao processo parturitivo é muitas vezes organizada em função das necessidades das instituições e não das parturientes, e por isso vem exigindo atitudes e procedimentos que priorizem a qualidade da atenção prestada, ultrapassando o modelo de atenção centrado apenas no monitoramento e controle de risco, em favor de procedimentos preventivos em direção a saúde¹.

Se o processo de gestar e parir for percebido como um evento biopsicossocial, a escolha de procedimentos que permitam a participação ativa da mulher pode facilitar a promoção da saúde, a proteção ao nascimento e tornar esta experiência muito satisfatória para a mulher².

Há pelo menos três décadas, ocorrem esforços mundiais pela re-introdução da liberdade corporal durante o trabalho de parto, no intuito de favorecer o parto via vaginal. Em nosso país, o programa de humanização do parto e nascimento lançado em 2000 pelo Ministério da Saúde, vem tentando recuperar a participação mais ativa da gestante de baixo risco durante o processo de parturição, buscando implementar condutas baseadas em evidências científicas, incentivos ao parto vaginal, assistência menos tecnocrática e intervencionista³.

A presença do fisioterapeuta no acompanhamento do trabalho de parto não é uma prática estabelecida na nossa sociedade e nem incluída no sistema de saúde. Porém, este profissional tem a importante função de orientar e conscientizar a mulher para que ela desenvolva toda a sua potencialidade, que será exigida neste momento, tornado-a segura e confiante⁴.

A dor no trabalho de parto e parto é um importante obstáculo que pode ser encarado e vivenciado de forma positiva pela mulher e por seus familiares. Para isto, ela necessita estar preparada e consciente da necessidade de manter-se calma e relaxada durante todo o trabalho de parto. A utilização de métodos, que permitam vencer de maneira natural a dor, é aconselhada por muitos pesquisadores, que são unânimes em apontar os efeitos danosos que os medicamentos analgésicos e anestésicos podem causar à mãe e ao feto durante o processo de parturição^{5,6}.

A intervenção fisioterapêutica na assistência obstétrica de baixo risco, como parte da rotina da equipe, valoriza a responsabilidade da gestante no processo, por meio do uso ativo do próprio corpo. A mobilidade corporal durante o processo de parturição, envolve interação de fatores fisi-

ológicos, psicológicos, culturais e, principalmente, o apoio e a orientação da equipe obstétrica. A ação do fisioterapeuta é um fator estimulante para que a mulher se conscientize de que seu corpo ativo pode ser uma ferramenta para facilitar o processo do trabalho de parto e trazer-lhe satisfação com a experiência do nascimento⁷.

Alguns trabalhos descrevem técnicas fisioterapêuticas que podem ser aplicadas à parturiente de baixo risco para proporcionar conforto, alívio da dor, relaxamento e confiança em relação ao próprio corpo. Estímulo à deambulação, adoção de posturas verticais, exercícios respiratórios, analgesia através da neuroeletroestimulação transcutânea (TENS), massagens, banhos quentes, crioterapia e relaxamento, são exemplos dessas técnicas^{1,5-23}.

Observou-se que as estratégias não farmacológicas no alívio da dor como os exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho de chuveiro, apresentaram grande aceitação pelas gestantes com baixo risco obstétrico⁹.

A revisão a cerca desses recursos é importante para que se tenha uma visão científica de seu uso, e como cada um pode influenciar a fisiologia da dor e a evolução do trabalho de parto.

Metodologia

O levantamento bibliográfico teve início com pesquisa de artigos dos últimos 05 anos (2002-2007) na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) que reúne bancos de dados *on-line* como a **SciELO** (Scientific Eletronic Library On Line), **Lilacs** (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e **Medline** (National Library of Medicine). Foram utilizados também materiais bibliográficos encontrados no acervo das autoras e nas bibliotecas do centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos do Estado de Santa Catarina – CEFID – UDESC, Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Biblioteca do Hospital Universitário – HU – UFSC e Sistema de Bibliotecas da Unicamp.

As palavras cruzadas e empregadas para a busca dos materiais na BIREME, obtidas junto ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), foram: Trabalho de parto e Fisioterapia, Parto e Fisioterapia, Gravidez e Fisioterapia, Dor do Parto e Fisioterapia. Também foi utilizada a expressão “Humanização do Parto” que possui o descritor “Parto Humanizado” como sinônimo no DeCS, e que também foi cruzada com o termo “Fisio-

rapia". Para refinar a pesquisa, houve preferência por artigos em português.

Para a escolha das 30 referências mais relevantes para o desenvolvimento desta revisão, os materiais relacionados ao tema proposto foram selecionados com base no grau de importância e na presença palavras-chaves semelhantes às usadas na pesquisa na Bireme. Em seguida, a leitura atenta dos materiais permitiu captar as informações que respondem ao objetivo do estudo.

Estímulo à deambulação e adoção de posturas verticais

Desde a década de 70, estudos apontam para a redescoberta das posturas verticais e da mobilidade materna durante o trabalho de parto como prática que volta a mostrar evidências vantajosas e seguras para a parturiente^{6,11,24}.

O movimento de caminhar associado à ação da gravidade, e o aumento do canal de parto, este último proporcionado pela posição de cócoras, são considerados os principais motivos de benefícios da postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, pois estão ligados principalmente à menor duração do período de dilatação, expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina. Além disso, favorecem a diminuição do uso de analgesia em mulheres que utilizaram as posturas verticais no primeiro e no segundo estágios do trabalho de parto^{6,7,10}.

Na posição vertical há menos irregularidade na contratilidade uterina em sua forma e ritmo, podendo ser consequência da melhor irrigação sanguínea do útero nesta posição, além de prevenir a oclusão da aorta e da veia cava, consequência da postura em decúbito dorsal, assegurando assim o intercâmbio materno-fetal e diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo num período expulsivo prolongado⁶.

Acredita-se que a mobilidade materna e a liberdade de movimento facilitem a "adaptação" e o encaixe do bebê à pelve materna e ao canal de parto, visto que a mobilidade pélvica é diferente nas diversas posturas que a mulher pode assumir durante o trabalho de parto²⁵.

Outras posturas também podem ser estimuladas e auxiliadas pelo fisioterapeuta, tais como: ajoelhada, sentada, quatro apoios, sentada em cadeiras especiais, inclinada para frente apoiada em uma parede, segurando-se a uma corda presa ao teto ou a uma barra, posição de Simms (decúbito lateral esquerdo) ou cócoras sustentada, para que assim haja maior relaxamento, prin-

cipalmente da musculatura dorsal, do assoalho pélvico e do canal vaginal⁵.

A bola suíça também pode ser usada como recurso pelo fisioterapeuta durante o primeiro estágio do trabalho de parto, com a finalidade de melhorar a percepção da tensão e do relaxamento do assoalho pélvico da gestante, através da realização de movimentos associados à respiração, promovendo desta forma, inclusive, o relaxamento global da mulher. O uso da bola suíça por parturientes é um recurso a mais a ser incentivado pelos profissionais de saúde, por tratar-se de outra opção de conforto para a promoção da posição vertical durante o trabalho de parto¹¹.

Em revisão sistemática de estudos sobre o posicionamento da parturiente durante o segundo estágio do trabalho de parto, autores concluíram que o posicionamento vertical reduziu o tempo expulsivo, diminuiu o índice de partos instrumentalizados, de uso de ocitócitos, de episiotomia e da intensidade da dor referida no período expulsivo. Entretanto aumentou a perda sanguínea materna¹².

Habitualmente a postura de cócoras não nos é solicitada e o fortalecimento do assoalho pélvico não é rotina na nossa sociedade. Em vista disso, a atuação fisioterapêutica é primordial para as parturientes que optarem por este tipo de parto, pois através de exercícios perineais elas podem trabalhar esta musculatura a fim de prevenir rupturas perineais^{5,8,12}.

Autores sugerem que as gestantes de baixo risco deveriam ser encorajadas e estimuladas a dar à luz da maneira que se sentirem mais confortáveis, sendo informadas das vantagens e desvantagens que cada opção traz^{12,13}.

Exercícios respiratórios e relaxamento

A respiração tem importância fundamental durante o trabalho de parto e no parto, por promover o relaxamento, obter concentração, diminuir riscos de trauma perineal no momento expulsivo e melhorar a oxigenação sanguínea da mãe e do feto^{5,6}.

Para alguns autores, não existe técnica respiratória ideal a ser recomendada durante o trabalho de parto. O que deve ser estimulado pelo fisioterapeuta, desde o pré-natal, é o uso adequado dos músculos respiratórios, através da respiração espontânea, diafragmática, natural e leve, para que no momento do parto a mulher já esteja conscientizada e consiga desviar a atenção das dores e beneficie a sua oxigenação e a do bebê⁵.

Pesquisadores atentam para o fato de que técnicas respiratórias padronizadas se forem iniciadas muito cedo, podem aumentar a fadiga materna. Para isto, a parturiente deve ser estimulada a realizar respiração natural até quando sentir-se confortável¹³.

Estudiosos defendem o uso da respiração torácica ampla durante as contrações, pois assim a parturiente estaria aliviando a pressão do diafragma sobre o fundo uterino, mantendo a oxigenação sanguínea. Já para o intervalo entre as contrações a recomendação continua sendo a respiração abdominal ou diafragmática por ser levemente mais profunda e por promover maior relaxamento¹⁴.

Por muito tempo, a respiração rápida e superficial, conhecida como “cachorrinho”, foi estimulada, mas atualmente a técnica foi abandonada, pois leva a um rápido aumento da taxa respiratória e uma redução da profundidade interferindo na fisiologia da respiração e nas trocas gasosas, podendo levar à hipocapnia, resultando em alcalose respiratória que tem como sinais e sintomas: tonturas, entorpecimento, parestesia e espasmo muscular, tensão, exaustão e ansiedade. Além de reduzir o fluxo de sangue, e conseqüentemente, o volume de oxigênio disponível tanto para a mãe quanto para o feto⁸.

Estudiosos afirmam que a respiração rápida e superficial, estaria indicada estritamente nos casos de períodos expulsivos muito rápidos, em que se pretende proteger o períneo do alongamento súbito e facilitar um desprendimento suave e relaxado da cabeça fetal. Os esforços expulsivos seriam intercalados por períodos de respiração ofegante, dando assim aos tecidos, tempo para relaxar, se adaptar e distender sob pressão¹³.

Outros autores analisaram a concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico (indicativo de estresse orgânico) em parturientes submetidas a métodos não-farmacológicos de alívio da ansiedade e da dor no parto. Concluíram que as parturientes que utilizaram tais métodos obtiveram níveis séricos hormonais menores em todas as fases do trabalho de parto e pós-parto imediato, sugerindo que as técnicas interferiram positivamente no controle do estresse¹⁵.

Em um estudo que teve como intuito identificar os fatores que facilitam a experiência do parto, concluiu-se que os exercícios respiratórios foram os que mais apresentaram índices de predileção entre as mulheres¹⁶.

Durante o período expulsivo a utilização da respiração também é fundamental, pois se sabe que os puxos (esforços expulsivos), realizados

através da prensa abdominal, se somam às contrações uterinas. Quando os puxos são espontâneos ou involuntários, a parturiente, a cada contração, consegue realizar um maior número de esforços que por serem de curta duração não produzem grande impacto cardiovascular. Já quando os puxos são dirigidos, a parturiente acaba realizando a Manobra de Valsalva (aumento da pressão intra-abdominal por bloqueio da expiração e contração de abdominais) por maior período de tempo, o que por sua vez gera um grande impacto na oxigenação sanguínea e no sistema cardiovascular, prejudicando o binômio mãe-bebê⁶.

A média de tempo dos puxos espontâneos e dirigidos é de 4-6 segundos e 10-30 segundos, respectivamente. Para os puxos espontâneos, a média de pH existente na artéria umbilical é estatisticamente superior à encontrada no parto por puxos dirigidos, sendo que a exaustão e a fadiga materna também são mais comumente encontradas em mulheres que realizaram os puxos dirigidos¹³.

Em estudo realizado no *Intermountain Health Care*, (USA) foram reunidas 252 parturientes, todas submetidas à analgesia peridural e divididas em dois grupos: puxos espontâneos ou puxos dirigidos. Os autores concluíram que as parturientes que tiveram puxos espontâneos apresentaram menos sinais de fadiga e menos desacelerações cardíacas fetais. Entretanto, tiveram o período expulsivo mais prolongado²⁶.

Além dos efeitos sobre a oxigenação sanguínea, o descontrole de forças, consequência dos puxos dirigidos e da Manobra de Valsalva durante o período expulsivo, não permite que haja o relaxamento da musculatura perineal e sua distensão gradual, levando ao aumento do risco de laceração perineal²⁷.

Outros pesquisadores afirmam que é importante que haja sincronia entre puxos, prensa abdominal e relaxamento da musculatura perineal para que ocorra uma diminuição do período expulsivo e menor chance de parto instrumentalizado ou com manobra de Kristeller (compressão manual sobre fundo uterino feita durante o período expulsivo do trabalho de parto, para empurrar o bebê em direção à vagina da mãe)⁴.

Para eles, no período expulsivo, a parturiente muitas vezes apresenta-se agitada, acabando por realizar respirações curtas e ofegantes durante os intervalos das contrações, intensificando ainda mais o estado de ansiedade e fadiga⁴; portanto, é importante o fisioterapeuta estimular a realização de respirações profundas durante os inter-

valos das contrações pois isso produz efeito calmante na parturiente.

Para os mesmos autores, é importante que haja o treinamento pré-natal do período expulsivo, através de exercícios respiratórios e de prensa abdominal, para que a mulher em trabalho de parto saiba como responder às contrações, além de ficar mais confiante em como se comportar e colaborar para o bom desenvolvimento do período expulsivo. Uma mulher desinformada e mal orientada (sem saber como se comportar) torna-se ansiosa frente a uma equipe, que tende a fazer inúmeras solicitações, num momento em que seu baixo nível de consciência a impede de compreender claramente⁴.

Não há dados que apoiem o direcionamento do esforço de expulsão durante o segundo estágio do trabalho de parto e algumas evidências sugerem que ela pode ser prejudicial. Segundo os autores, em partos eutócitos de gestações de baixo risco, essa prática não deve ser incentivada. A recomendação genérica é permitir que a mulher faça esforços de puxo mais curtos e principalmente de forma espontânea^{13,27,28}.

Estudos sugerem que o relaxamento associado aos exercícios respiratórios promove alívio do estresse da parturiente ao diminuir a secreção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que atua no mecanismo do estresse em resposta à dor, tanto na fase latente quanto na ativa^{15,17}.

Analgésia através de eletroestimulação (TENS)

A Neuroeletroestimulação Transcutânea ou *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS), é outro método não-farmacológico para alívio da dor utilizado por fisioterapeutas em obstetrícia.

A TENS produz analgesia através da ativação de receptores sensoriais periféricos, atuando através do fenômeno das portas de dor, aumentando a produção de endorfinas²⁹.

Dentre as várias opções existentes para controle da dor durante o trabalho de parto, a TENS aparece como um recurso interessante, além de ser fácil de usar podendo ser interrompido rapidamente se necessário^{16,18}.

Parece haver concordância na literatura quanto à disposição dos eletrodos do TENS durante a fase de dilatação, sendo que um par de eletrodos deve ser colocado sobre a região paravertebral entre T8 a L1 e o segundo par na região sacral S1/S4; correspondendo respectivamente, aos recep-

tores nociceptivos associados ao primeiro e ao segundo estágio do trabalho de parto, sendo que os parâmetros dependem do estágio do trabalho de parto e da sensibilidade da parturiente^{18,29}. Acredita-se que entre as contrações os parâmetros de frequência e intensidade devem ser diminuídos e aumentados durante as contrações³⁰.

Existe a preocupação de que os eletrodos dispostos desta maneira e em alta intensidade pudessem, teoricamente, interferir na função cardíaca fetal, além da possibilidade de interferir também no próprio equipamento de monitoramento fetal. Porém não existem evidências científicas a respeito dessas possibilidades¹³.

Segundo pesquisadores da área, existem fracas evidências científicas para o uso continuado do TENS no tratamento da dor obstétrica, porém não há sentido em descartar seu uso, até que as discrepâncias entre a experiência clínica, a satisfação das pacientes e as evidências científicas sejam esclarecidas, visto que na prática clínica os resultados são animadores³⁰.

A TENS para alívio da dor no parto foi submetido a estudos mais controlados do que quaisquer uma das outras modalidades de analgesia não-farmacológica, mas os resultados dos estudos ainda não são conclusivos¹³.

Massagens

A massagem sempre foi um dos meios mais naturais e instintivos de aliviar a dor e o desconforto, pois reduz a ansiedade e o estresse, promove relaxamento muscular, diminuição da fadiga muscular, tem ação sedativa e analgésica, traz aumento da consciência corporal, produz benefícios emocionais e equilíbrio entre sistema simpático e parassimpático. Apesar de não existir um consenso relacionando riscos e benefícios da massagem durante o trabalho de parto, na prática, observa-se que essa técnica tranquiliza a parturiente, aliviando a dor e a ansiedade, e conduzindo de maneira satisfatória o trabalho de parto^{5,19}.

Num estudo realizado em Taiwan, observou-se diminuição da ansiedade e das reações de dor durante as fases latente, ativa e de transição, no grupo de mulheres que receberam massagem, servindo também como um suporte psicológico benéfico para o trabalho de parto²⁰.

A massagem durante o trabalho de parto pode ser realizada em todo o corpo desde que a parturiente sinta-se confortável para recebê-la. Há várias formas de se massagear a parturiente: massagem do tecido conjuntivo nas zonas reflexas do

baixo ventre e na região sacral; massagem leve e suave realizada com as mãos abertas de um lado ao outro na região do baixo ventre; massagem através de batidas leves com os dedos no baixo ventre de um lado para o outro; deslizamento da região sacrococcígea até as cristas ilíacas; massagem profunda sobre a região sacral; massagem com as duas mãos sobre as articulações sacro-ilíacas, no sentido longitudinal do occipital até o cóccix, paralelamente à coluna vertebral⁵.

Banhos quentes e crioterapia

Durante o trabalho de parto, a água morna reduz a sensibilidade dolorosa da parturiente com redução da atividade simpática através da modificação da transmissão aferente nociceptiva, a qual se torna mais lenta e eleva os níveis de encefalinas e endorfinas endógenas. A utilização do chuveiro, deixando a água cair sobre as costas da gestante, alivia a dor lombar, queixa presente em um terço das parturientes no primeiro estágio do parto, geralmente em consequência da apresentação posterior da cabeça do feto (ODP), provavelmente devido à demora na rotação do pólo cefálico²¹.

Num ensaio-clínico realizado numa maternidade pública da cidade de São Paulo, com o objetivo de identificar a influência do banho de imersão na duração do primeiro período clínico do trabalho de parto e na frequência e duração das contrações uterinas, observou-se que o banho de imersão é uma opção viável para o conforto da parturiente, pois, apresenta as vantagens de reduzir e de postergar o uso de fármacos no controle da dor, proporcionando condições para a colaboração ativa da parturiente e permitindo maior participação do acompanhante²².

O uso do gelo é uma das mais antigas formas de analgesia por diminuir a via nervosa aferente nociceptiva por redução metabólica e isquemia da *vasa nervorum* e *nervi nervorum*, em função da intensa vasoconstrição. Além dos banhos quentes, as parturientes podem usar compressas frias ou pacote de gel congelado para reduzir

a temperatura e a dor. Aplicando-se de forma correta para evitar a formação de queimaduras, a crioterapia é uma técnica inócua e reconfortante, não impedindo o uso associado de técnicas analgésicas mais eficazes²¹.

Num estudo, realizado no Hospital Maternidade Carmela Dutra, no Rio de Janeiro, usou-se gelo como recurso para alívio da dor e foram verificados possíveis efeitos sobre a evolução do trabalho de parto e perfil biofísico do feto. Concluiu-se que a crioterapia pode ser aplicada para alívio da dor no parto, pois proporciona o relaxamento geral das parturientes, sem gerar quaisquer efeitos indesejados sobre o perfil biofísico do feto²³.

Conclusão

O suporte físico e emocional promovido pelo fisioterapeuta durante o trabalho de parto e o parto de baixo risco parecem contribuir para sua humanização e a do nascimento ao proporcionar à parturiente bem-estar físico, redução das percepções dolorosas, aumento da confiança, redução do medo e da ansiedade, e maior consciência do processo parturitivo.

Além disso, a assistência fisioterapêutica ajuda ainda a tornar o processo de parturição mais ativo, natural e satisfatório, favorecendo uma vivência positiva na vida social e familiar da parturiente, como mulher e mãe.

Acreditamos que o fisioterapeuta é o profissional da saúde que dispõe de todo o conhecimento para fornecer este suporte de forma eficiente e segura, priorizando métodos não-farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e no parto.

Porém, como a grande maioria dos hospitais e maternidades não oferece atendimento fisioterapêutico às suas gestantes, ainda temos um longo caminho a percorrer até que todas elas tenham acesso a um atendimento obstétrico mais acolhedor e humanizado, que supra todas as suas necessidades, respeite a sua individualidade e garanta satisfação para a família que acaba de aumentar.

Colaboradores

RSO Souza e GZ Bavaresco foram responsáveis pelas ideias, delineamento, revisão bibliográfica, análise e redação do artigo. B Almeida, M Dias e JH Sabatino foram responsáveis pela aprovação do texto final a ser publicado.

Agradecimento

À Prof. Ms. Francine Fischer-Sgrott pelo incentivo e colaboração.

Referências

1. Bio ER. **Assistência fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto** [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [dissertação na Internet]. 2007 [acessado 2008 jun 2]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-12022008-141747/>
2. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad Saude Publica** [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2008 jun 2]; 20(Suppl. 1). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000700006.
3. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saude Mater Infant** [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2008 jun 2]; 4(3):269-279. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en. doi: 10.1590/S1519-38292004000300007.
4. Cassol EGM, Canfield JT, Morais EN. Desempenho motor e emocional de parturientes durante o 2º período do trabalho de parto. **Rev Bras Fisioter** 2001; 5(1):9-16.
5. Balaskas J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo: Ground; 1993.
6. Sabatino H, Dunn PM, Barcia RC. **Parto Humanizado: formas alternativas**. Campinas: Editora da Unicamp; 2000.
7. Bio ER, Bittar RE, Zugaib M. Influência da Mobilidade Materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet** [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2008 jun 2]; 28(11):671-679. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006001100007&lng=en. doi: 10.1590/S0100-72032006001100007.
8. Calais-German B. **O Períneo Feminino e o Parto: elementos de anatomia e exercícios práticos**. São Paulo: Manole; 2005.
9. Davim RMB, Torres GV, Melo ES. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Rev Lat Am Enfermagem** [periódico na Internet]. 2007 dez [acessado 2008 jun 2]; 15(6):1150-1156. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600015&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692007000600015.
10. Mamede FV, Almeida AM, Clapis MJ. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. **Acta Sci Health Sci** [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2008 jun 3]; 26(2):295-302. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1580/932>
11. Lopes TC, Madeira LM, Coelho S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Rev Min Enferm** [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2008 jun 3]; 7(2):134-139. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufmg.br/rem/remev7n2.pdf>

12. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2008 jun 3]; 4. Disponível em: <http://www.who.int/rhl/reviews/CD002006.pdf>. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub2
13. Enkin M, Keirse MJC, Neilson JP, Crowther C, Duley L, Hodnett E. *Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
14. Reberte LM, Hoga LAK. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2008 jun 3]; 14(2):186-192. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200005&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072005000200005.
15. Almeida NAM, Silveira NA, Bachion MM, Sousa JT. Concentração plasmática do hormônio adrenocorticotrófico de parturientes submetidas a método não farmacológico de alívio da ansiedade e dor no parto. *Rev Lat Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2008 jun 4]; 13(2):223-228. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200014&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692005000200014.
16. Sabatino H. Parto na vertical. *RBM - GO* 1997; 8(2): 51-64.
17. Almeida NAM, Sousa JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Lat Am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2008 jun 4]; 13(1):52-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100009&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692005000100009.
18. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da eletroestimulação transcutânea para alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2008 jun 4]; 25(1):45-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032003000100007&lng=en. doi: 10.1590/S0100-72032003000100007.
19. Simkin PP, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(Suppl. 5):131-159.
20. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs.* 2002; 38(1): 68-73.
21. Vale NB. Analgesia Adjuvante e Alternativa. *Rev Bras Anestesiol* [periódico na Internet]. 2006 [acessado 2008 jun 4]; 56(5):530-555. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942006000500012&lng=en. doi: 10.1590/S0034-70942006000500012.
22. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2006 [acessado 2008 jun 4]; 40(1):57-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100008&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342006000100008.
23. Nunes S, Vargens OMC. A crioterapia como estratégia para alívio da dor no trabalho de parto: um estudo exploratório. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2007 [acessado 2008 jun 5]; 15(3):337-342. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000300003&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0104-3552
24. Rooks JP. Evidence-based practice an its application to childbirth care for low-risk women. *J Nurse Midwifery* 1999; 44(4):337-340.
25. Simkin P. Maternal Position and Pelvis Revisited. *Birth* 2003; 30(2):130-132.
26. Hansen SL, Clarck SL, Foster JC. Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(1):29-34.
27. Grosse, D; Segler J. *Reeducação Perineal*. São Paulo, SP: Manole; 2002.
28. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2008 jun 5]; 27(6):357-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000600011&lng=en. doi: 10.1590/S0100-72032005000600011.
29. Knobel R. *Técnicas de acupuntura para alívio da dor no trabalho de parto - ensaio clínico* [tese]. Campinas: Unicamp [tese na internet]. 2002 [acessado 2008 jun 5]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000265427>
30. Kitchen S. *Eletroterapia Baseada em Evidências*. 11ª ed. São Paulo: Manole; 2003.

Artigo apresentado em 18/04/2009

Aprovado em 20/10/2009

Versão final apresentada em 07/12/2009