

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE FISIOTERAPIA**

**DÁFYNE PEREIRA DE ALMEIDA
ELIANA ANICETO GOMES**

Rio de Janeiro

2023.1

DÁFYNE PEREIRA DE ALMEIDA
ELIANA ANICETO GOMES

**SAÚDE DA MULHER E O IMPACTO DA VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Projeto de pesquisa apresentado para
a Disciplina de TCC II, sob a
orientação da Professora: Dra.
Camila Souza Lemos

Rio de Janeiro

2023.1

**SAÚDE DA MULHER E O IMPACTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
REVISÃO INTEGRATIVA
WOMEN'S HEALTH AND THE IMPACT OF OBSTETRIC VIOLENCE:
INTEGRATIVE REVIEW**

Dáfyne Pereira de Almeida

Graduanda do curso de Fisioterapia do Centro Universitário São José

Eliana Aniceto Gomes

Graduanda do curso de Fisioterapia do Centro Universitário São José

Orientadora: Profa. Dra. Camila Souza Lemos

Doutora em Biologia Celular e Molecular

RESUMO

Violência obstétrica pode ser definida como formas de violência durante a prática obstétrica, entre elas citamos a Manobra de Kristeller que consiste em uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo e a Episiotomia sendo o corte realizado no períneo da mulher. Este tipo de violência é mais predominante em mulheres negras, pobres, de baixa renda e escolaridade. A fisioterapia por meio de massagens perineais, uso de crioterapia e do Epi-No tem se mostrado eficiente para o alívio da dor, diminuição do trabalho de parto e um parto mais seguro. Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados multidisciplinares e nas bases específicas da área da saúde com objetivo de analisar e demonstrar o impacto da violência obstétrica na saúde da mulher, destacando a importância da fisioterapia para as parturientes. Sendo possível concluir que é importante que este tema seja mais discutido entre profissionais da saúde, para que compreendam que o parto deve ser um momento seguro para a gestante, além disso foi possível observar que a presença de fisioterapeutas dentro das maternidades auxiliando as gestantes se mostrou benéfico para redução do quadro algico, prevenção de disfunções e complicações.

Palavras-chave: Fisioterapia na gestação, Violência Obstétrica, Episiotomia, Manobra de Kristeller.

ABSTRACT

Obstetric violence can be defined as forms of violence during obstetric practice, among them we mention the Kristeller maneuver, which consists of pressure on the uterine fundus during the expulsive period, and Episiotomy, the cut made in the woman's perineum. This type of violence is more prevalent among black, poor, low-income, and low-education women. Physiotherapy through perineal massages, use of cryotherapy and Epi-No has been shown to be efficient for pain relief, reduction of labor and a safer delivery. This research is an integrative review, carried out in multidisciplinary databases and in specific databases in the health area, with the objective

of analyzing and demonstrating the impact of obstetric violence on women's health, highlighting the importance of physiotherapy for parturients. It is possible to conclude that it is important that this topic is more discussed among health professionals, so that they understand that childbirth should be a safe moment for the pregnant woman, in addition, it was possible to observe that the presence of physiotherapists within the maternity hospitals helping the pregnant women proved to be beneficial for reducing pain, preventing dysfunctions and complications.

Keywords: Physiotherapy during pregnancy, Obstetric violence, Episiotomy, Kristeller Maneuver.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Tesser *et al.* (2015), a expressão “violência obstétrica” é empregada para descrever e abranger diferentes formas de violência durante a prática obstétrica, associa-se a maus-tratos físico, psicológico e verbal, tal como procedimentos impróprios e danosos como a episiotomia, restrição ao leite no pré-parto, clister, tricotomia, ocitocina de rotina, ausência de acompanhante e a rotineira Manobra de Kristeller.

A Episiotomia, uma das formas de violência obstétrica, é um dos procedimentos mais realizados na obstetrícia, sendo um corte feito com tesoura ou bisturi que necessita de sutura no períneo ao final da segunda fase do trabalho de parto com intuito de aumentar a abertura vaginal, tal técnica é realizada sem o consentimento da gestante (ZANETTI *et al.*, 2009).

Criada pelo médico alemão Samuel Kristeller, em 1867, a manobra define-se pela aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com propósito de encurtá-lo, porém existe a suspeita que possa causar danos maternos e fetais, bem como lesões ao nível do útero e períneo. Além disso, existem alguns indícios, ainda que escassos, de que tal manobra simboliza um fator de maior risco de morbidade materna e fetal (CONITEC, 2016).

Embora não haja quaisquer evidências de que a pressão sobre o fundo uterino no período expulsivo – Manobra de Kristeller – tenha benefícios para o feto e para a mãe, cerca de 1/3 dos partos que ocorrem no Brasil realizam tal manobra (LEAL *et al.*, 2014). Segundo o levantamento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) denominado “Projeto Nascer”, de 2012, evidencia-se que 30% das mulheres atendidas em hospitais privados sofrem violência obstétrica, enquanto no Sistema

Único de Saúde (SUS) a taxa é de 45%. Atualmente, conforme o “Projeto Nascer 2” (2020), estima-se que os números tenham aumentado, embora a atualização do estudo ainda não tenha sido divulgada (FIOCRUZ, 2012).

Além dos casos de violência obstétrica, o Ministério da Saúde (2021) afirma que o Brasil, de 1996 a 2018, registrou 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sendo que 67% decorreram de causas obstétricas diretas, classificadas como complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Os traumas perineais se associam a maioria dos partos que acontecem por via vaginal, com diferentes graus de lacerações (primeiro, segundo terceiro e quarto graus). As lacerações podem ser responsáveis por sérios danos à saúde física e psicológica das parturientes, a curto e longo prazo, especialmente as de terceiro e quarto grau (PEIRIS-JOHN *et al.*, 2021). O trauma espontâneo é classificado em graus, de acordo com os teciduais atingidos. As lacerações de primeiro grau afetam pele e mucosa, as de segundo grau atingem a musculatura do períneo, as de terceiro grau chegam até o esfíncter anal e as de quarto grau são as que lesionam a mucosa retal (HUANG *et al.*, 2018).

Posto isto, durante o parto, o trauma perineal é muito comum, podendo causar uma laceração de forma espontânea ou episiotomia (corte na região genitália) realizado de forma intencional em parto vaginal (UGWU *et al.*, 2018). Estima-se que mais de 85% das mulheres sofrem algum tipo de trauma perineal no parto, seja provocado em decorrência de lacerações espontânea ou corte intencional (episiotomia) (HUANG *et al.*, 2018).

Diante deste contexto, o fisioterapeuta, profissional da área da saúde intrinsecamente ligado ao cuidado e à promoção da saúde, está ganhando cada vez mais espaço para a atuação neste cenário, pelos bons resultados e evidências científicas que norteiam sua atuação. Portanto, deveria estar inserido na equipe multiprofissional que acompanha a mulher durante o processo parturitivo, visando intervir em seu benefício com todos os seus saberes acerca da diminuição da dor no trabalho de parto por meio do emprego de recursos não farmacológicos, bem como no parto em si (CRUZ *et al.*, 2020).

Em vista disso, o presente estudo tem por objetivo analisar e demonstrar o impacto da violência obstétrica na saúde da mulher, destacando a importância da

fisioterapia para as parturientes, independente de cor, classe social, escolaridade ou naturalidade, no período pré-parto e pós-parto, evidenciando os recursos terapêuticos para analgesia e possíveis danos perineais.

Este estudo utiliza como método a revisão integrativa da literatura, a qual tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, ou seja, permite buscar, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática.

Para a elaboração da presente revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: definição da questão norteadora (problema) e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); busca na literatura; análise e categorização dos estudos, apresentação e discussão dos resultados.

Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão: o que foi produzido na literatura sobre violência obstétrica e seu impacto na saúde da mulher.

Realizou-se em março de 2023 a busca das publicações indexadas nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde Literatura Latino-americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scielo, Medline e Pubmed. Os descritores utilizados foram: laceração perineal, violência obstétrica, fisioterapia obstétrica e atendimento humanizado.

Os critérios de inclusão foram pesquisas que abordassem o impacto da violência obstétrica na saúde da mulher publicadas em português, inglês e espanhol, em formato de artigos, dissertações e teses. Como critérios de exclusão: realização de partos cesáreos.

Os resumos foram avaliados e as produções que atenderam os critérios, previamente estabelecidos, foram selecionadas para este estudo e lidas na íntegra. Para a obtenção dessas publicações, além das bases de dados e biblioteca elencadas para a revisão, foram utilizados o serviço de comutação bibliográfica e acervo da Biblioteca do Centro Universitário São José.

Com o intuito de descrever e classificar os resultados, evidenciando o conhecimento produzido sobre o tema proposto, realizou-se a análise, categorização e síntese das temáticas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

Alterações Fisiológicas No Período Gestacional

O início e o desenvolvimento de uma gestação são percebidos como fenômenos complexos, embora não sejam caracterizados como um estado patológico. Durante esse estágio, ocorrem profundas alterações psicológicas, orgânicas e fisiológicas, repercutindo psíquica e socialmente na vida da mulher e de seus familiares, podendo inclusive ser considerado um episódio de crise no ciclo evolutivo de muitas mulheres (COSTA et al., 2010).

Ainda de acordo com Costa et al., (2010) a percepção das gestantes sobre as modificações provenientes da gravidez está direcionada ao aumento de peso, das mamas e do abdome, sendo que estas modificações são destacadas de forma distinta por cada mulher, de acordo com o período gestacional em que se encontram, sendo o segundo e terceiro ressaltados como períodos em que ocorrem as mais significativas modificações corporais.

Assim como o aumento das mamas, o abdômen também sofre uma expansão de volume à medida que o útero em crescimento se estende para dentro da cavidade abdominal. A distensão abdominal constitui-se um dos sinais mais expressivos da gestação (COIMBRA e col., 2003). As principais modificações na fisiologia materna ocorrem nos sistemas cardiocirculatório, respiratório e gastrintestinal e ocorrem importantes modificações metabólicas e hematológicas. (HANLON, 1999; SILVA; CARDOSO, 2010).

Alterações Digestórias

Durante o período gestacional, o útero tem seu tamanho aumentado e isso pode alterar a posição do estômago. Esse fator somado à ação da progesterona tornam o esvaziamento gástrico mais lento, podendo ocorrer aumento na pressão intragástrica. O aumento dessa pressão juntamente com o relaxamento da cárdia (porção de transição entre o esôfago e estômago), podem levar à ocorrência de refluxo gastroesofágico, sendo comum encontrar a presença de pirose (azia) nas grávidas. Outros quadros que podem ser encontrados são a constipação e a dificuldade de eliminar as fezes, devido às alterações do intestino delgado, aumento da pressão venosa abaixo do nível do útero, podendo provocar hemorroidas e, além

disso, é frequente a ocorrência de náuseas e vômitos (BURTI et al., 2006; REIS et al., 1993).

Alterações Musculoesqueléticas

No sistema musculoesquelético, o aumento dos níveis hormonais resulta num relaxamento das articulações, permitindo mais mobilidade delas. Como o útero aumenta de dimensão, o centro de gravidade altera-se deslocando-se para a frente e para cima, resultando no aumento da curvatura anatômica da coluna lombar e da cervical. O retorno venoso no final da gravidez diminui com o aumento da dimensão do útero, o que frequentemente resulta em edemas nas extremidades dos membros inferiores (CUNNINGHAM et al., 2005).

Os autores, Katz (1999) e Holstein (1988), referem como principais alterações que ocorrem no sistema locomotor da mulher durante a gravidez, as seguintes:

- Abdómen protuso devido ao aumento do útero, com lordose exagerada;
- O aumento dos seios;
- Alteração da cintura pélvica, devido a um relaxamento da cartilagem, que une os ossos púbicos e forma a sínfise púbica, para ocorrer um alargamento da cavidade pélvica;
- Aumento na frouxidão ligamentar na região sacro ilíaca, sínfise púbica e na articulação coxofemoral ligamentos, devido às hormonas relaxa a e progesterona;
- Fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico que dão suporte aos órgãos - útero, vagina, uretra e bexiga;
- O útero aumenta e passa de um órgão pélvico para um órgão abdominal. A capacidade total no final da gravidez é de 500 a 1000 vezes maior;
- A vagina, apresenta as suas paredes mais espessas, aumenta a viscosidade e circulação.

Durante a gestação, além de alterações posturais em decorrência da diminuição do equilíbrio corporal, estudos também têm investigado o alinhamento corporal, mudanças nos ângulos de flexão e extensão do quadril, joelho, coluna cervical e na marcha, dentre outras (GILLEARD et al., 2002; LYMBERY e GILLEARD, 2005; FOTI et al., 2000). As mudanças na estática e na dinâmica do esqueleto resultam, muitas

vezes, em desconforto ou dor, causando limitações durante a realização das atividades da vida diária e profissional (MANN et al., 2008).

As dificuldades podem ser relacionadas às mudanças na mobilidade do tronco e no controle do movimento, devido ao aumento de massa e dimensões corporais. A justaposição de segmentos do corpo e dificuldades para controlar o aumento do momento angular, podem reduzir a gama funcional de movimentos dos segmentos do tronco (OSTGAARD et al., 1993).

O principal fator biomecânico a ser considerado advém do constante crescimento do útero, sua posição anteriorizada dentro da cavidade abdominal, além do aumento no peso e no tamanho das mamas, que contribuem para o deslocamento do centro de gravidade da mulher para cima e para frente, podendo acentuar a lordose lombar e promover uma ante versão pélvica (CONTI et al., 2003).

Alterações Cardiovascular

No sistema cardiovascular todas as alterações visam nutrir adequadamente o feto e criar uma reserva sanguínea para o momento do parto, aumentando assim o volume sanguíneo circulante de 40% a 50% a mais do volume pré-gravídico, os elementos figurados do sangue também aumentam, mas em percentual menor, com todo esse aumento o coração também se adapta hipertrofiando suas câmaras e aumentando a frequência de batimentos. (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004)

O Períneo

O períneo é a região onde ficam localizados os órgãos genitais externos e local que dá origem às aberturas dos sistemas urinário, genital e digestivo. Na parte lateral da cavidade pélvica tem-se uma grande depressão denominada como acetábulo. Seguindo na região inferior do acetábulo se tem o forame obturador que é denominado como um orifício de característica oval ou triangular ocluso por uma membrana obturadora que oferece pequenas passagens para os vasos e nervo obturatório (PINTO; SILVA, 2018).

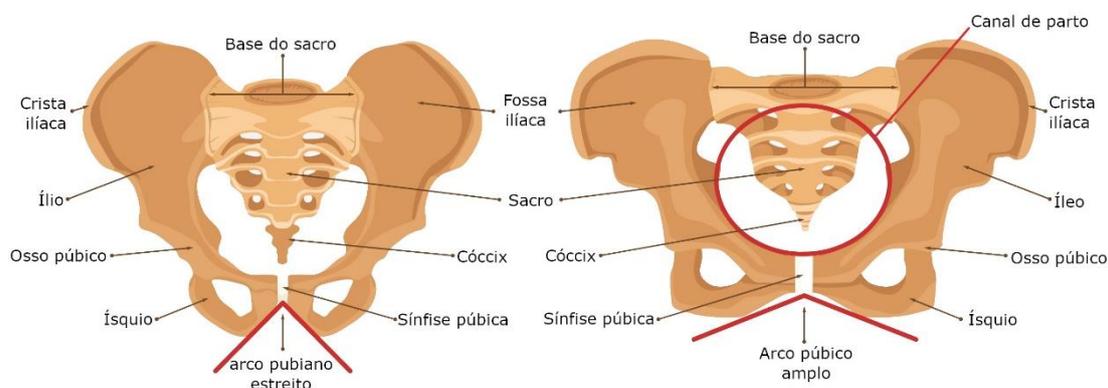
O corpo perineal é uma estrutura fibromuscular central em formato de cone que se aloja na frente do ânus, sendo de grande importância porque dá apoio à onde uma se aloja contra a outra (POLDEN, et.al 1993)

Assoalho Pélvico

O Assoalho Pélvico, é formado por um conjunto de músculos, estruturas ósseas, fâscias, ligamentos e o reto. Está localizado entre o osso Púbis e o Cóccix, compondo a região da bacia. Nas mulheres essa formação possui por objetivo primordial, favorecer a proteção e restabelecimento da vagina, por meio de elementos intrínsecos, assim como, a presença de elasticidade. Sua função culmina em assegurar órgãos e tecidos, bem como a bexiga, uretra e o útero, estando o AP também entre as partes genitais e do ânus (FANTE et al., 2020).

O Assoalho Pélvico é responsável por manter a suspensão e sustentação dos órgãos pélvicos: bexiga, reto, órgãos reprodutores (da mulher) e próstata (no homem). Também está relacionado com o funcionamento dos esfíncteres urinários e anal, ajudando a manter as "continências" urinária e fecal (FANTE et al., 2020). A Figura 1 a seguir traz uma representação sucinta da diferença anatômica do assoalho pélvico feminino e do masculino, onde:

Imagem 1 – Diferença anatômica do assoalho pélvico feminino e masculino



Fonte: Santana (2021).

Fases Do Parto

A parturição é definida por contrações das musculaturas lisas uterinas que tem como finalidade proporcionar o alongamento do colo uterino, conseqüentemente a expulsão do neonato, através dos mecanismos de transformações durante o trabalho de parto. Esse processo se subdivide em

quatro fases miométriais: quiescência, ativação, estimulação e involução. Existem agentes que modulam as contrações uterinas, atuando na presença de contração de forma constante em todo ciclo gravídico, sendo eles: progesterona, prostaciclina, relaxina, peptídio intestinal vasoativo, peptídios relacionados ao hormônio da paratireoide, óxido nítrico e adrenomedulina. No entanto, a primeira fase, a quiescência é determinada pela ausência parcial desses moduladores, a fase de ativação se correlaciona com o aumento da resposta do útero decorrente dos ultrassônicos, concebidos nas últimas 6 a 8 semanas de gestação. Ademais, ocorre um acréscimo na manifestação da proteína relacionado na contração que abrangem receptores para prostaglandinas e ocitocina (BARRACHO, 2018).

O início de trabalho de parto acontece principalmente de três maneiras: ruptura do saco amniótico, surgimento de sangramento, ou contrações que se tornam cada vez mais fortes e rítmicas. Episódios de falso trabalho de parto ocorrem com frequência, geralmente imitando o verdadeiro trabalho de parto com contrações que se tornam mais fortes, longas e em intervalos menores. Embora essas contrações possam ser excitantes e se pareçam com o trabalho verdadeiro, trata-se do trabalho de parto falso que pode parar se a mulher mudar de atividade (fazer uma caminhada ou repousar) ou, mais comumente, após chegar ao hospital. As contrações do trabalho de parto verdadeiro, entretanto, não desaparecem com atividade (STEPHENSON, 2004).

Segundo Stephenson e O' Connor 2004, a maneira mais fácil de entender o trabalho de parto humano é dividi-lo em estágios e fases. Quatro estágios dividem o trabalho de parto: período de afinamento e dilatação do colo uterino conforme o bebê desce (Estágio I), parto do bebê (Estágio II), parto da placenta (Estágio III), e pós-parto (Estágio IV). O estágio I é realmente o que se conhece comumente como trabalho de parto e está dividido em três fases: trabalho inicial ou fase latente, trabalho ativo ou fase ativa e trabalho tardio ou transição (REZENDE, 2002).

A fase inicial ou latente do trabalho de parto é geralmente a mais longa porque as contrações são mais leves e ficam no pico por um tempo mais curto do que as contrações tardias. É difícil prever com exatidão a duração dessa fase, mas em média ela dura de poucas horas a 10 ou mais horas.

A primeira fase do trabalho denominada como fase de dilatação, se inicia com cadenciadas contrações uterinas (MONTENEGRO E REZENDE, 2016). No decorrer desse tempo, as contrações ficam mais intensas e constantes, de modo que não retrocedem nem ao repouso (LEMOS, 2014), levando a modificação ativa da cabeça do neonato e finalizando quando a cérvix está completamente dilatada, atingindo os 10 cm (MONTENEGRO e REZENDE, 2016). Desse modo, o período de dilatação se subdivide em fase latente, fase ativa e fase de transição. A fase latente corresponde a dilatação do colo uterino por volta de 3cm, nesse momento a gestante encontra-se excitada, suas contrações se mantêm leves e irregulares. Na fase ativa à dilatação uterina atinge 4 a 8 cm com maior prontidão de maneira que a contratilidade uterina se torna contínua e mais excessiva de característica moderadas a mais intensas entre 45 e 60 segundos numa frequência de três a quatro contrações durante 10 minutos. Por último, se tem a fase de transição, nessa fase é alcançada uma dilatação entre 8 e 10 cm, as contrações permanecem durante 1 minuto com frequências de quatro a cinco contrações a cada 10 minutos (SANTOS, 2010).

O terceiro estágio do trabalho de parto é o parto da placenta. A placenta geralmente se separa da parede uterina espontaneamente, 5 a 10 minutos após o nascimento do bebê, quando uma redução repentina no tamanho da cavidade uterina resulta em redução da área placentária. A placenta, que não é contrátil, não pode alterar a sua área de superfície e, nesse momento, torna-se separada da parede uterina. Se a placenta não se separar depois de 10 minutos, o atendente irá removê-la manualmente com anestesia adequada administrada à mãe. A placenta é examinada para possíveis anormalidades que possam sugerir anomalias congênitas do recém-nascido. Após a separação, massagem delicada e firme do fundo do útero e tração delicada do cordão ajudarão no parto da placenta. Pressão sobre o abdome impede a inversão uterina (LOWE, 2002).

Algumas condições como idade, números de partos, estrutura e diâmetro da pelve, altura e peso da gestante, força das contrações uterinas diminuídas, resistência dos tecidos moles, persistência materna para expulsão, peso e posição do neonato, e a posição materna adquirida na completa dilatação uterina também

interferem no desenvolvimento progressivo da fase expulsiva (CHENG e CAUGHEY, 2015).

Após a fase de dequitação, sucede o período de Greenberg que perdura até a 1 hora após o nascimento do neonato (BARACHO, 2018). Durante esse período é importante que a mãe receba uma assistência capaz de avaliar se ocorreu lacerações perineais, observar a existência de contração uterina e os possíveis riscos de hemorragias (LARA e CESAR, 2018).

A Manobra de Kristeller

Criada pelo médico alemão Samuel Kristeller em 1867, a manobra caracteriza-se pela aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com objetivo de o encurtá-lo, contudo existe a suspeita que possa causar danos maternos e fetais, bem como lesões ao nível do útero e períneo. Além disso, existem algumas evidências, ainda que escassas, de que tal manobra representa um fator de maior risco de morbidade materna e fetal (CONITEC, 2016).

É importante ressaltar que "A manobra de Kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e o trauma que se seguirá indefinidamente" (REIS, 2005).

Com relação a manobra de Kristeller, esta constitui uma violência de caráter físico não sendo recomendada pela OMS, no entanto sua prática é comum. Procedimento com esse além de causar dor e desconforto à parturiente, pode levar a problemas mais sérios, como ruptura uterina e lesão do esfíncter anal, afetando diretamente a saúde da mulher e do bebê (PALMA; DONELLI, 2017).

A Episiotomia

Episiotomia é uma incisão cirúrgica na região da vulva, com recomendação obstétrica para impedir ou reduzir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer

a liberação do concepto e evitar lesões desnecessárias do polo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo. (REZENDE J, 2005).

A incisão costuma ser realizada quando a cabeça fetal está baixa o bastante, a ponto de distender o períneo, porém, antes de ocorrer uma distensão exagerada. Não podendo ser realizada cedo demais, pois, deve-se prevenir um sangramento excessivo (ZIEGEL et, al 1985).

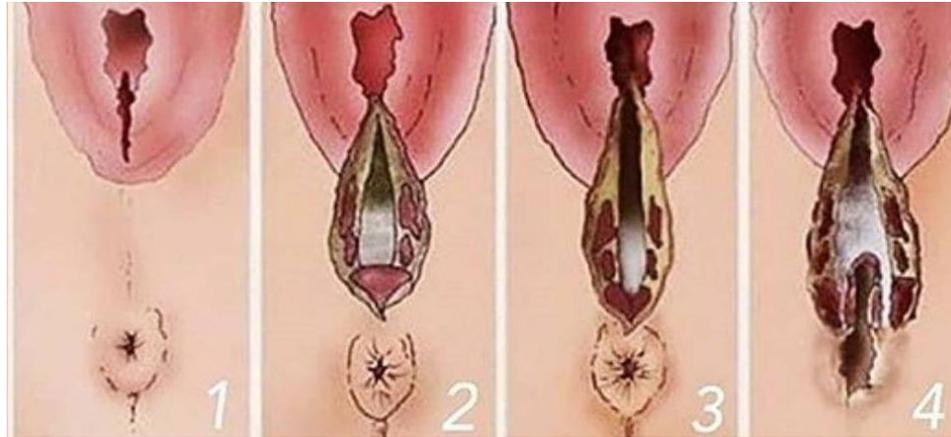
Nos dias atuais, a episiotomia é um dos procedimentos mais comuns em obstetrícia, sendo superado apenas pelo corte e pinçamento do cordão umbilical. A episiotomia foi proposta para amparar os partos vaginais complicados. Entretanto, começou a ser recomendada sistematicamente por dois eminentes ginecologistas, sendo o primeiro deles Pommery, que em 1918 escreveu um artigo intitulado "Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?". Em 1920, De Lee indica a utilização do fórcepe profilático acompanhado de uma episiotomia médio-lateral precoce (GRAHAM,1997).

Entre 1915 e 1925, a episiotomia era usada de modo profilático, como justificativa para evitar traumas perineais e prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, tais como retocele, cistocele e relaxamento da musculatura pélvica (GRAHAM 1997). Esse modelo vem sendo adotado e ensinado pela obstetrícia brasileira como uma das muitas condutas bem estabelecidas e universalmente aceitas; sendo justificado pelos autores para prevenir o suposto afrouxamento pélvico irreversível do parto. Sabe-se que o tônus da musculatura da vagina depende mais do exercício e da consciência da mulher, de sua contração e do relaxamento, do que de cirurgias de rotina (DINIZ, 1998).

As evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo (lacerações de 3º e 4º graus), não previne lesões no polo cefálico fetal e nem melhora os escores de Apgar. Além disto, promove maior perda sanguínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto (CARROLI, 2006).

Laceração Perineal

As lacerações perineais apresentam localização e profundidade variáveis, podendo envolver clítoris, grandes lábios e pequenos, região vestibular, fúrcula e musculatura perineal e anal (Costa, 2018). Tem sido classificada em quatro graus.



Fonte: Doula Brasil, 2020.

Como mostra a imagem, o primeiro grau ocorre quando há lesão apenas da pele e da mucosa. O segundo, é quando há lesão de músculos perineais sem atingir o esfíncter anal. As lesões de terceiro grau envolvem o complexo do esfíncter anal. Já a laceração de quarto grau ocorre quando a pessoa se estende ao esfíncter anal externo, interno de epitélio anal (Ministério da saúde, 2017).

As mulheres com lacerações perineais de primeiro e segundo graus apresentam um bom prognóstico, em virtude do rasgo ser mais superficial, normalmente as pacientes têm uma boa recuperação sem intervenções, ao ponto que as lacerações perineais de terceiro e quarto grau o prognóstico é ruim, visto que elas são mais extensas, e portanto existe uma maior possibilidade de ocorrer deformidades nas estruturas acometidas, seguindo-se com constantes sintomas à longo prazo como 28 dispareunia que é presença de dor no ato sexual, dor perineal e incontinência fecal, que geram impactos diretamente na qualidade de vida da mulher (GOH, et al, 2018) .

Para Tsakiridis et al, (2018) as lesões obstétricas do esfíncter anal, reconhecidas como OASIS, são lacerações mais graves que se prolongam para o interior do esfíncter anal.

A Atuação da Fisioterapia

O acompanhamento da fisioterapia obstétrica vem se tornando fator de grande importância contribuindo para um melhor bem-estar para gestantes e seus bebês, contribuindo com a realização de técnicas de preparação, prevenção e tratamento para reduzir os traumas perineais. Uma das técnicas utilizada é a massagem perineal no pré-natal, ajudando a proteger a integridade do períneo e reduzir os números e a gravidades das lacerações através do aumento da extensibilidade dos tecidos vaginais, promovendo relaxamento perineal e aumento da circulação sanguínea da região (EO UGWU et al., 2018).

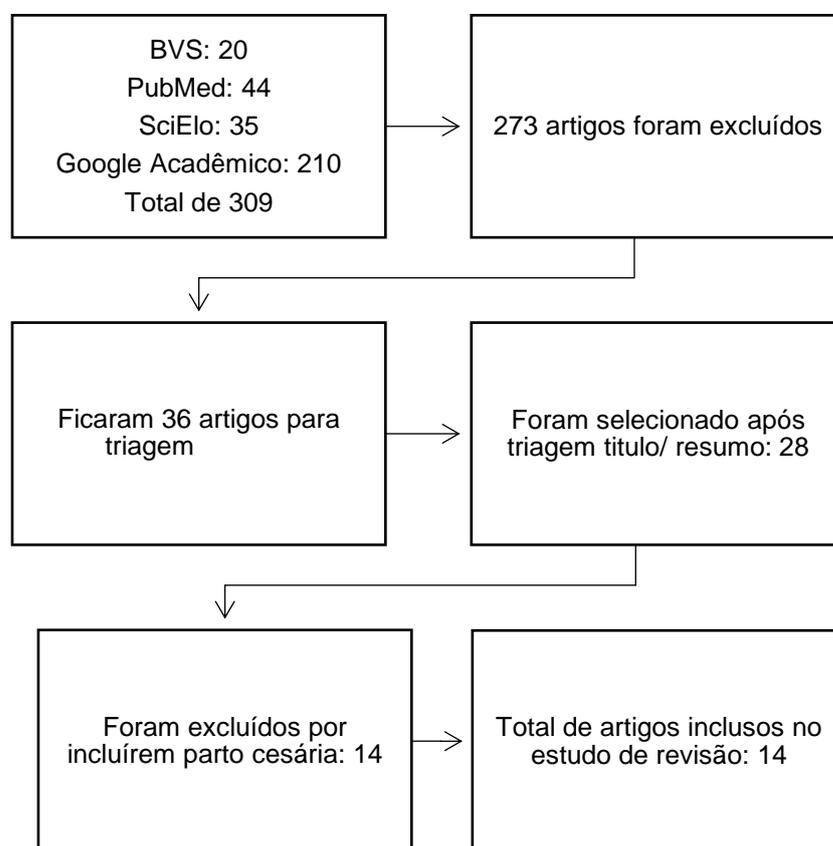
A fisioterapia pélvica é uma grande aliada no tratamento de disfunções do assoalho pélvico, sendo um método eficiente para recuperar a sua funcionalidade, tanto no período da gravidez quanto no pós-parto. Vários recursos são usados principalmente para prevenir complicações e aliviar desconfortos que podem ser vividos durante a gestação no parto ou no puerpério. É possível afirmar que o efeito da fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico tem resultados positivos quando a intervenção é mais precoce (ROCHA et al., 2020).

A atuação fisioterapêutica é de grande valia em todo processo que envolve a gravidez, parto e pós-parto, manter uma boa mobilidade e ter uma melhor tolerância à dor são pontos essenciais segundo Chaves (2014), para minimizar a incidência de intervenções como a episiotomia, indução farmacológica e cesariana quando a gestante e o bebê dispensam o procedimento. No pós-parto, a fisioterapia pélvica trabalhará de forma a reverter ou minimizar os danos causados pela violência obstétrica. Dito isso, é necessário reconhecer a atuação fisioterapêutica pós-parto quando a intervenção de fato ocorre; já foram discutidas as consequências que a Manobra de Kristeller pode acarretar, portanto, faz-se necessário desde os primeiros dias após o parto que o processo de conscientização da vítima sobre como tais alterações podem impactar o seu dia a dia e suas funções e, ter o profissional fisioterapeuta envolvido nesse processo é de grande importância, pois ele discorrerá sobre o assunto de forma a incentivar a paciente a buscar ajuda ao sentir as alterações causadas pela violência obstétrica ao invés de se manter reclusa.

Resultado

Para a busca dos resultados foram encontrados 309 artigos, onde 203 foram localizados na Biblioteca Virtual em Saúde, 12 no Scientific Electronic Library Online (SciELO), 5 no PubMed e 272 no Google Acadêmico. Dos 309 artigos foram excluídos 273 pois fugiam do tema, ficando 36 artigos para triagem de título/ resumo, após a triagem foram selecionados 28 artigos. Por abordarem partos cesárea, foram excluídos 15 artigos, restando apenas 13 artigos para estudo de revisão (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma prisma da revisão bibliográfica



Fonte: As autoras, 2023.

Dos quatorze artigos selecionados, dois mostram o conceito de violência obstétrica e os grupos de maiores acometimento, dois apontam as consequências da violência obstétrica na qualidade de vida, dois referem a importância do profissional da saúde em realizar um parto seguro e focado nas necessidades da parturiente e oito apresentam a importância do fisioterapeuta

no acompanhamento da parturiente, demonstrando ainda os recursos e técnicas que podem ser utilizados para alívio da dor e um parto mais humanizado (Tabela 1).

Tabela 1 - Artigos selecionados para o resultado

Autor-Ano	Objetivo	Conclusão
TRAJANO E BARRETO, 2021	Discutir como profissionais de saúde (médicos e enfermeiros obstetras, além de residentes de Medicina e Enfermagem em obstetrícia) percebem a violência obstétrica que as mulheres sofrem na atenção ao parto, com o objetivo de analisar a violência obstétrica descrita pelos entrevistados por meio da perspectiva de gênero	Constatou-se que a violência observada em maternidades é um problema multifacetado e multifatorial, enraizado nas práticas assistenciais por meio da perpetuação de uma visão patriarcal do saber médico sobre o corpo feminino. No contexto desta análise, considera-se necessário o investimento em aspectos como uma mudança curricular na formação da área da Saúde
SILVA et al., 2023	Caracterizar os tipos de Violência Obstétrica no Brasil.	A Violência Obstétrica é resultante das desigualdades de gênero: tem sexo e idade (20 a 34 anos), tem cor/raça (negra, parda e indígena) tem classe social (pobre e classe média baixa), tem escolaridade (analfabetas, semianalfabetas, e com baixa escolaridade). Tem endereço (residentes das regiões -norte e nordeste; habitantes de guetos e favelas); apresenta características física, psicológica, sexual, moral e institucional.
BELEZA et al., 2012	Mensurar e caracterizar a dor perineal em primíparas submetidas ao parto normal com episiotomia e verificar as atividades limitadas pela dor.	Foi possível verificar a presença de dor perineal nas puérperas causada pela episiotomia e identificar que as atividades de se sentar, deitar-se e

		deambular estavam limitadas por este sintoma.
CÔRTEZ et al., 2018	Avaliar o impacto da implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal.	Houve impacto positivo da intervenção educativa na melhora da assistência à parturiente, mas o processo de implementação não foi capaz de obter sucesso completo na adoção das evidências científicas na assistência ao parto normal nesta instituição.
SANTOS et al., 2022	Identificar na produção científica aspectos relacionados às percepções das mulheres sobre a assistência ao parto normal	Estudo aponta que para uma satisfatória atenção ao parto normal é necessário compreendê-lo como um evento fisiológico, sendo a mulher capaz de conduzir o processo, devendo receber cuidado e não controle
ALVES et al., 2021	Analisar o perfil e a percepção das puérperas assistidas em maternidade de referência no nordeste brasileiro sobre a humanização no parto.	Este estudo permitiu identificar o perfil das puérperas em atendimento na maternidade estudada além de evidenciar uma lacuna em relação a orientações recebidas por estas desde o pré-natal até o momento do parto.
PELECKIS et al., 2017	Identificar as terapias para tratamento da dor perineal pós-parto normal e verificar indicação, técnica e duração da crioterapia	As terapias medicamentosas predominaram no controle da dor perineal. Considerando as vantagens das terapias não medicamentosas, faz-se necessário desenvolver protocolos para garantir seu emprego seguro e eficaz na assistência obstétrica
BELEZA E NAKANO, 2004	Realizar uma revisão de literatura acerca do trauma perineal no parto evidenciando os seguintes aspectos: os fatores de risco, a avaliação, a prevenção e o tratamento.	Os estudos mostraram os riscos de condutas ainda tomadas como rotinas, o que mostra o distanciamento real entre a teoria e a prática assistencial em obstetrícia.

<p>SALES E NETTO, 2020</p>	<p>Avaliar a eficácia de metodologias de alongamento perineal para a redução das episiotomias e lacerações futuras, compará-las e estimar qual a melhor técnica de tratamento</p>	<p>Conclui-se que há resultados benéficos em ambas as técnicas, principalmente do aparelho Epi-No® como dilatador perineal, sendo uma boa opção de prevenção para episiotomias e lacerações perineais</p>
<p>CRUZ et al., 2020</p>	<p>Discutir as contribuições dos recursos fisioterapêuticos aplicado no trabalho de parto natural humanizado.</p>	<p>Os recursos fisioterapêuticos utilizados oferecem resultados positivos na redução do quadro algico assim como na duração do tempo do trabalho de parto, tornando-o mais ativo, humanizado e satisfatório para a parturiente</p>
<p>TEIXEIRA et al., 2022</p>	<p>Discutir e avaliar a massagem perineal como recurso fisioterapêutico na prevenção de laceração ocasionada no parto vaginal.</p>	<p>O estudo evidenciou que a massagem perineal desempenha um importante papel na prevenção dos traumas perineais, disfunções do assoalho pélvico, além de proporcionar uma recuperação mais rápida e menos algica para a parturiente, prevenindo seus efeitos adversos a longo prazo.</p>
<p>SILVA et al., 2021</p>	<p>Demonstrar a importância do fisioterapeuta durante o período gestacional e o período pós-parto.</p>	<p>O fisioterapeuta tem ação importante tanto no período gestacional quanto no período de pós-parto, através de técnicas que melhoram a dor, a postura corporal, contribui no parto, minimizando lesões no assoalho pélvico</p>
<p>BARBOSA E FREITAS, 2022</p>	<p>Apresentar a relevância da fisioterapia pélvica na prevenção das lesões perineais que acontecem em partos vaginais.</p>	<p>A eficácia da fisioterapia pélvica na prevenção das lesões perineais foi comprovada. No entanto, ainda são necessários novos estudos acerca do assunto em questão.</p>

<p>BAVARESCO et al., 2009</p>	<p>Apresentar os 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.</p>	<p>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.</p>
--	--	--

Fonte: As autoras, 2023.

DISCUSSÃO

Trajano e Barreto (2021) nos mostra o conceito de Violência Obstétrica como a posse do corpo e processos reprodutivos por profissionais da saúde quando há abuso do uso de medicações e patologização do processo natural do parto, resultando na perda da capacidade de decisão e autonomia sobre seu corpo, trazendo alterações nas negativas na qualidade de vida. Os autores ainda pontuam que a Episiotomia é uma prática muito utilizada no Ocidente, sendo o jeito de demonstração de domínio do corpo feminino mais dramático que existe, pois esta é a única cirurgia feita sobre um corpo saudável sem seu consentimento. Para eles é preciso que haja a recuperação do protagonismo da mulher na gravidez, parto e pós-parto, como sujeito dos seus direitos.

Outro fator importante sobre Violência Obstétrica é que acomete mais mulheres de um determinado grupo, como aponta Silva et al (2023), sendo resultante das desigualdades de gênero pois ocorre com maior frequência em mulheres de 20 a 34 anos, negras, pardas ou indígenas, pobres e de classe baixa, com baixa escolaridade a analfabetas, moradoras da região norte e nordeste, caracterizando este como um problema de saúde pública e justiça. Esta violência provoca prejuízos sociais para as parturientes, bebês e família, expondo, ainda, a debilidade do Estado em não responsabilizar os responsáveis pela violência cometida e de prevenir que ela aconteça.

Em seu estudo Beleza et al., (2012) mostram que a dor perineal como resultado do processo de parturição é descrita como aguda, esta dor pode acontecer devido a um trauma espontâneo ou cirúrgico (episiotomia) especialmente no período expulsivo do parto vaginal. Esta dor é descrita pelas

puérperas como incômoda, latejante, que repuxa, podendo ser sentida mesmo em repouso. Este processo doloroso pode limitar atividades como se sentar, andar e se deitar durante o pós-parto, refletindo na dificuldade do autocuidado da parturiente e no cuidado com o recém-nascido. Os autores ainda destacam que a existência da dor e das limitações que ela traz é negligenciada por profissionais da saúde, afetando a qualidade de vida da puérpera.

Outra forma de violência é a Manobra de Kristeller que segundo Côrtes et al., (2018) observaram que embora o tempo de duração do segundo estágio do trabalho de parto seja menor, verificou-se um importante aumento do risco de lacerações graves, além de rupturas uterinas, dispareunia e incontinência urinária 6 meses após o parto. Já no recém-nascido foi constatado distocia de ombro, sequelas fetais como a hipoperfusão e a paralisia cerebral, além do aumento do risco de escore de Apgar abaixo de sete no quinto minuto.

Para Santos et al., (2022) e Alves et al., (2021) é importante que os profissionais da saúde presentes no trabalho de parto escutem, auxiliem, respeitem e humanizem a parturiente quanto as suas escolhas e direitos.

Compreendendo que o parto é um processo singular de cada mulher onde deve ser motivada e apoiada ao protagonismo, Santos et al., (2023) relatam que quando isto não ocorre, o sentimento de insatisfação e abandono com os profissionais da saúde permeiam o processo parturitivo. Durante este processo, a assistência oferecida deve ser dada com acolhimento, confiança, informação sobre os procedimentos como forma de escolha e prevenindo que ocorra qualquer tipo de violência. Os autores indicam que para o conhecimento acerca do parto, é vital que a população deva conhecer sobre o parto humanizado, em especial as gestantes, para que tendo conhecimento sobre o parto, a maternidade em que ocorrerá e os profissionais que atenderão, ela tenha consciência sobre seu parto.

Outrossim, Alves et al., (2021) trazem a experiência das mulheres e suas percepções do parto humanizado, onde a maioria relata que foram bem tratadas durante a evolução do trabalho de parto, tiveram suas crenças religiosas e raças respeitadas, ainda indicaram que a presença de um acompanhante é de extrema importância, pois se sentem mais seguras e recebem mais apoio físico e psicológico. Para mais, os autores relatam como a massagem, o banho de chuveiro, técnicas de respiração e a caminhada são benéficas para a grávida,

embora poucas conheçam tais métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Para os autores deve-se considerar a particularidade de cada puérpera, para que as informações sejam mais objetivas e os cuidados e intervenções que ocorram, sejam de forma consensual, dando o direito de escolha para a mulher.

Os métodos não farmacológicos como a crioterapia, utilizando gelo e bolsas de gel com intuito de redução de edema, hematoma e dor perineal, e o calor local, como banho de chuveiro, banho de assento e bolsa de água quente afim de diminuir a dor, são utilizados como segunda opção no alívio da dor perineal. Peleckis et al., (2017) trazem em seu estudo que a termoterapia é um método de baixo custo, sem contraindicação e sem danos a amamentação, como o método farmacológico, sendo então utilizados por profissionais obstétricos e aceitos pelas puérperas, embora a utilização da crioterapia tenha como restrição a falta de protocolo e de matérias, e local de armazenamento.

Beleza e Nakano (2004) em seu estudo apontam que o número de períneos íntegros com a utilização da massagem perineal como recurso para prevenção de traumas perineais tem se mostrado maior. As autoras citam também a utilização da crioterapia como a aplicação de compressas, banho de assento frio e quente para diminuição da dor e edema.

Ademais, Sales e Netto (2020) nos apresentam a utilização do Epi-No® cuja função é alongar a musculatura pélvica, e da massagem perineal, com intuito de redução do trauma perineal, pois promove o relaxamento da musculatura do períneo. Ambas as técnicas têm como objetivo a redução do trabalho de parto e diminuição de possíveis lesões, conseqüentemente, se tornam boas opções para prevenção de episiotomia e lacerações perineais.

Para Cruz et al., (2020) o fisioterapeuta é capacitado para contribuir no parto, utilizando técnicas a fim de amenizar o quadro algico. Exercícios de respiração se mostraram eficaz na redução da dor e diminuição do tempo do trabalho de parto. Assim como a massoterapia que além de resultar na redução do quadro algico, também foi benéfica para redução do estresse, e no pós-parto. Outro recurso utilizado é a termoterapia com banho quente (37°) que, segundo os autores, quando utilizado água quente, proporciona redução da dor através da ação do calor na circulação sanguínea e melhora da elasticidade. A Estimulação Elétrica Transcutânea Nervosa (TENS) também é um recurso utilizado, pois atua através da teoria das comportas da dor, proporcionando efeito

analgésico, porém não há efeito sobre o tempo de trabalho de parto.

Em acordo com os autores acima citados, o estudo de Teixeira et al., (2022) traz a massagem perineal como recurso fisioterapêutico para prevenção de laceração perineal, os autores ainda mostram que massagem diminuem a sensação de queimação e dor na região durante o trabalho de parto, proporcionando, então, uma melhor experiência para a mãe e por consequência diminuindo a incidência de episiotomia além de proporcionar uma recuperação mais rápida e menos dolorosa para a gestante.

Em vista disto, o fisioterapeuta é o profissional indicado para minimizar os sintomas causados pelo período gestacional trabalhando de forma preventiva, utilizando de exercícios de alongamento, respiração, relaxamento e fortalecimento da musculatura envolvida na gestação. Silva et al., (2021), apresentam que o fisioterapeuta é importante tanto na gestação, parto e pós-parto, pois possuem conhecimento sobre técnicas de diminuição de algia, melhora da postura corporal, contribuem para o parto e minimizam lesões do assoalho pélvico.

Além disso Barbosa e Freitas (2022) salientam que o papel do fisioterapeuta é extremamente necessário para prevenção de disfunções, desconfortos e complicações. Além de promover alívio das dores, realizar exercícios físicos e respiratórios, preparar para o parto e orientar sobre amamentação. Técnicas como massagem perineal e alongamento influenciam no aumento da extensibilidade e elasticidade da musculatura. O alongamento da musculatura reduz o risco de lesões, aumenta a flexibilidade e a amplitude articular. O fortalecimento do assoalho pélvico está associado a efeitos positivos no trabalho de parto como a redução do período expulsivo prolongado, das lacerações espontâneas e da episiotomia, apontam ainda que a cinesioterapia apresenta uma variação de exercícios que podem ser utilizados para fortalecer esta musculatura e que a eletroestimulação demonstrou uma eficácia no fortalecimento, no entanto, apenas quando associado aos exercícios.

Posto isto, Bavaresco et al., (2009) ressaltam a importância da presença do fisioterapeuta durante o trabalho de parto, pois acreditam ser o profissional da saúde que possui conhecimento necessário para oferecer suporte eficaz e seguro na utilização de técnicas e recursos para o alívio da dor, contribuindo à gestante bem-estar físico, maior consciência do processo parturitivo, além de,

torná-lo mais ativo, natural e satisfatório. Embora a maioria dos hospitais e maternidades não ofereçam atendimento fisioterapêutico durante o trabalho de parto, este se mostra um fator importante para que a parturiente se conscientize que seu corpo ativo é um meio de facilitar o parto e oferecer satisfação com a experiência do nascimento.

Conclusão

Com base nos artigos apresentados, conclui-se que a violência obstétrica se mostrou um problema multidisciplinar e rotineiro dentro dos centros cirúrgicos, sendo realizado predominantemente em mulheres negras, pobres e de baixa escolaridade, que dificilmente terão acesso a tratamentos para as consequências que tal violência pode causar na qualidade de vida. É importante que este tema seja discutido entre os profissionais da saúde, para que compreendam que o parto deve ser um momento único e vivido de modo respeitoso, tendo a gestante todos os seus direitos preservados.

Nos últimos anos este tema tem ganhado relevância, embora haja poucos estudos desenvolvidos em relação a abordagem fisioterapêutica, estes profissionais se mostram importantes e capacitados para contribuir para um parto seguro, pois quando necessário utiliza-se de recursos e técnicas para ajudar no alívio do quadro algico, prevenção de disfunções, e complicações. Nota-se a necessidade de mais fisioterapeutas inseridos nas maternidades, conscientização da equipe médica e da população e a realização de mais estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. P. C. et al. Perfil e percepção das puérperas em relação ao trabalho de parto humanizado / Profile and perception of puerperal women in relation to humanized labor. **Brazilian Applied Science Review**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 584–603, 2021. DOI: 10.34115/basrv5n1-036. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BASR/article/view/25268>.

BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. Disponível em: **Minha Biblioteca**, (6ª edição). Grupo GEN, 2018.

BARBOSA, IR e FREITAS, FGB. A fisioterapia pélvica como prevenção de lesões perineais em parto vaginal: uma revisão bibliográfica. **Revista diálogos em saúde** – issn 2596-206X - Página | 182 Volume 5 - Número 1 – jan./jun. de 2022.

BAVARESCO, GZ et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, July 2009.

BELEZA, A. C. S. et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 264–268, mar. 2012.

BELEZA, ACS; NAKANO AMS. O trauma perineal no parto. O trauma perineal no parto. **Fisioterapia Brasil** – V 5 – N 6 - nov/dez de 2004.

BRASIL, Doula. **Laceração: entenda sua naturalidade e porque não optar pela episiotomia**. 2020.

FIOCRUZ. **Inquérito nacional sobre parto e nascimento: Nascer no Brasil**. 2012. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. 1º ed. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.1-51. (2017).

BURTI, JS et al. Adaptações fisiológicas ao período gestacional. **Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 7, p. 375-380, 2006.

CARROLI G; BELIZÁN J. Episiotomia en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). In: **La Biblioteca Cochrane Plus**, 2006; n.4. Oxford: Update Software Ltd. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane>.

CHAVES KRO; MEJIA DPM. **A influência da cinesioterapia na fase ativa do trabalho de parto**. Pós- graduação em fisioterapia em urologia, obstetrícia e mastologia–faculdade ávila. (anais eletrônicos), 2014.

CHENG YW, CAUGHEY AB. Second stage of labor. **Clin Obstet Gynecol**. 2015 Jun;58(2):227-40. Doi: 10.1097/GRF.0000000000000113.

COIMBRA, LC et al. Fatores associados a inadequação do uso de assistência pré-natal. **Ver Saúde Pública**. 2003; 37 (4):456-62.

CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. **Relatório de Recomendação**, janeiro de 2016.

CONTI, MHS et al. Desconfortos musculoesqueléticos da gestação – uma visão obstétrica e fisioterápica. **Femina**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 531-535, 2003. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/?op=paginas&tipo=pagina&secao=8&pagina=50>.

CÔRTEZ, CT et al. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2018;26:e2988. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.

COSTA, ES et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rer. Rene**. Fortaleza, v.11, n.2, p.86-93, abr/JUN.2010. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/2324-9414-1-PB.pdf>.

COSTA, NF. **Desfechos maternos perinatais da assistência da enfermagem obstétrica com a conduta hands off: um estudo de corte transversal**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora. (2018).

CRUZ, CB et al. Recursos fisioterapêuticos aplicados no trabalho de parto natural humanizado: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 41, p. e2731, 5 mar. 2020.

CUNNINGHAM FG, et al. editors. **Williams Obstetrics**. 22. ed. New York: McGraw-Hill, 2005. p. 341-371.

DINIZ, SG. Só um corte a mais? Genp. **Notas sobre nascimento e parto** 1998; 3(6):1.

FANTE, JF et al., Pelvic floor parameters in women with gynecological endocrinopathies: a systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. 2, p. 1742-1749, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/kGgZfmGMvYMhkKJn94SngPp/abstract/?lang=en>.

FOTI, T et al. A biomechanical analysis of gait during pregnancy. **The Journal of bone and joint surgery**, Illinois, v. 82, n. 5, p. 625-632, 2000. Disponível em: <http://www.ejbs.org/cgi/reprint/82/5/625>.

GILLEARD, WL et al. Static Trunk Posture in Sitting and Standing During Pregnancy and Early Postpartum. **Archives Physical Medicine Rehabilitation**, Chicago, v. 83, n. 2, p. 1739-1744, 2002. <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2002.36069>.

GOH R et al. Perineal tears - A review. **Aust J Gen Pract.** 2018 JanFeb;47(1-2):35-38. Doi: 10.31128/AFP-09-17-4333.

GRAHAM ID. Episiotomy: challenging obstetric interventions. London: **Blackwell Science**; 1997. The American crusade for prophylactic episiotomy; chap.3, p. 33-41.

HANLON, T. Ginástica para gestantes: O guia oficial YMCA para exercícios pré-natais. São Paulo: **Manole**, 1999.

HOLSTEIN, B. B (1988). Shaping up for a healthy pregnancy: Instructor guide. Life Enhancement publications. **Champaign**, Illinois.

HUANG LH., et al. Efeito da radiação infravermelha na dor da ferida perineal e função sexual em mulheres primíparas submetidas a episiotomia. **Jornal Taiwanês de Obstetrícia e Ginecologia**. Taichung, v. 58, p. 68-71. 2018. Doi:10.1016/j.tjog.2018.11. 013.

KATZ, J. Exercícios aquáticos na gravidez. Trad. Rodrigo Donato de Araújo. **Ed. Manole**. S. P. 1999.

LARA, SRGD; CESAR, MBN. Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia. Disponível em: Minha Biblioteca, **Editora Manole**, 2018.

LEAL, MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEMOS, A. Fisioterapia Obstétrica Baseada em Evidências. Disponível em: Minha Biblioteca, **MedBook Editora**, 2014.

LOWE, NK. The nature of labor pain. **Am. J. Obstet. Gynecol.** vol. 18 6, n. 5, p. S16 -S24, 2002.

LYMBERY, JK; GILLEARD, W. The stance phase of walking during late pregnancy: temporospatial and ground reaction force variables. **Journal of the American Podiatric Medical Association**, Maryland, v. 95, n. 3, p. 247-253, 2005. Disponível em: <http://www.japmaonline.org/cgi/reprint/95/3/247>.

MANN, L et al. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 99-105, 2008. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1944&dd99=view>.

MONTENEGRO, CAB; REZENDE FILHO, J. Obstetrícia, 13ª edição. Disponível em: **Minha Biblioteca**, Grupo GEN, 2016.

OSTGAARD, HC et al. Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy. **Spine**, Philadelphia, v. 18, p. 61-65, 1993. Disponível em: http://journals.lww.com/spinejournal/Abstract/1993/01000/Influence_of_Some_Biomechanical_Factors_on.10.aspx.

PALMA, CF; DONELLI, TMS. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, Porto Alegre, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017.

Peiris-John, R et al. Perineal trauma management and follow-up: Are we meeting the standard of care? **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 61(1), 22–29. <https://doi.org/10.1111/ajo.13262>.

PELECKIS, MV et al. PERINEAL PAIN RELIEF THERAPIES AFTER POSTPARTUM. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. e05880015, 2017.

PINTO, P. et al. Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher. 2ª edição. Disponível em: **Minha Biblioteca**, Grupo GEN, 2018.

POLDEN, M. et al. Fisioterapia aplicada a ginecologia e obstetrícia. São Paulo: **Editores Santos**; 1993. P. 1-10.

REIS, AE dos; PATRÍCIO, ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2005, v. 10, n. suppl, pp. 221-230. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500023>>.

REIS, G. et al. Alterações fisiológicas maternas na gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 43, p. 3-9, 1993.

REZENDE, J. Obstetrícia. 9 ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2002.

Rezende J. Obstetrícia. 10.a ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 2005. Obstetrícia: conceito, etimologia, propósitos, súmula histórica; p. 1-27.

ROCHA, MA et al. Fisioterapia pélvica na prevenção das disfunções pélvicas: Pelvic physiotherapy in the combat and prevention of pelvic dysfunction. **Revista Fisi Senectus**, v. 8, n. 1, p. 19-33, 2020.

SALES, JPMM; NETTO, AO. Técnicas de alongamento perineal durante a gestação visando a redução nas taxas de episiotomia. **Revista InterSaúde**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 37-47, apr. 2020. ISSN 2674-869X. Disponível em: http://www.revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/122

SANTANA, CP. A Eficácia Da Fisioterapia No Tratamento De Mulheres Com Incontinência Urinária De Esforço. **Ipiranga**. 2021. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14849/1/Monografia%20-%20Camila.pdf>.

SANTOS, JS et al. Percepção de mulheres sobre a assistência ao parto normal: revisão integrativa: Women's perception about natural childbirth assistance: integrative review. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 8, n. 9, p. 61026–61039, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n9-041. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/51760>.

Santos, LGAD. et al. Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em: Minha Biblioteca, **MedBook Editora**, 2010.

SAÚDE, Ministério da. **O Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna e a contribuição do CNPq para o tema**. 2021.

SILVA et al. Características da violência obstétrica no Brasil: a urgência necessidade de implementação de políticas de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 6, n. 2, p.5284-5303, mar./apr., 2023.

SILVA, DM; Cardozo, VP. Exercícios físicos e gravidez: uma prática saudável. **Lecturas Educación Física y deportes**, v. 15, n. 147, p. 1-1, 2010.

SILVA, JR. et al. Importance of the physiotherapist in the gestational period. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e480101119977, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19977. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19977>.

STEPHENSON, RG.; O'CONNOR, LJ. Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia. 2 ed. Barueri: **Manole**, 2004.

TEIXEIRA, DMJ et al Perineal massage as a physical therapeutic resource for the prevention of laceration in vaginal birth: literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 9, p. e30911931791, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i9.31791. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31791>.

TESSER, CD et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **RevBrasMedFam Comunidade**. 2015; 10(35): 1-12.

TRAJANO AR, Barreto EA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface** (Botucatu). 2021; 25: e200689 <https://doi.org/10.1590/interface.200689>.

TSAKIRIDIS, I et al. Obstetric Anal Sphincter Injuries at Vaginal Delivery: A Review of Recently Published National Guidelines. **Obstet Gynecol Surv.** 2018 Dec;73(12):695-702. doi: 10.1097/OGX.0000000000000622. PMID: 30572346.

UGWU, EO et al. Eficácia da massagem perineal pré-natal na redução trauma perineal e morbidades pós-parto: A teste controlado e aleatório. **The journal of Obstetrics and Gynaecology Research.** Anambra, v. 44, n. 7, p. 1252-1258. 2018. Doi: 10.1111/jog.13640.

Zanetti, MRD et al. Episiotomia: revendo conceitos. **FEMINA.** 2009; 37(7).

Ziegel, EE; Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8a ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; 1985. Assistência da enfermagem durante o parto; p. 382-408.