

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

**JULIANA GOMES FERNANDES**

**TERAPIA AQUÁTICA SOBRE A DOR E A CONDIÇÃO FÍSICA DE PARTURIENTES**

GOIÂNIA  
2022

**JULIANA GOMES FERNANDES**

**TERAPIA AQUÁTICA SOBRE A DOR E A CONDIÇÃO FÍSICA DE PARTURIENTES**

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Programa de Graduação em Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Escola de Ciências Sociais e Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Área de Concentração: Saúde e Fisioterapia

Linha de Pesquisa: Teorias, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Pavan Viana

GOIÂNIA

2022



Este trabalho segue as normas editoriais da Revista Movimenta (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Campus Goiânia (ESEFFEGO), é uma revista científica eletrônica de periodicidade trimestral que publica artigos da área de Ciências da Saúde e afins. (ANEXO)

**Artigo** – Terapia aquática sobre a dor e a condição física de parturientes/ Aquatic therapy on pain and physical condition of parturients

Juliana Gomes Fernandes<sup>1</sup>, Fabiana Pavan Viana<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Graduanda em Fisioterapia, Discente do programa de Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. e-mail: juliana\_go@outlook.com

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, Professora Doutora do curso de Fisioterapia da Escola de ECSS da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. e-mail: [pavanviana@gmail.com](mailto:pavanviana@gmail.com)

**Resumo:** As parturientes necessitam de um processo mais humanizado para o trabalho de parto, logo a terapia aquática é um método que está em desenvolvimento para esse processo, visando a melhoria na qualidade do trabalho de parto, com menores mediadores de dor, menor tempo de parto, mais conforto e confiança, melhorando os fatores psicológicos como o controle da ansiedade. **Objetivo:** Investigação da influência da terapia aquática sobre a dor e a condição física de parturientes. **Metodologia:** A busca foi dirigida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e nas bases de dados (PubMed). A pesquisa foi realizada de agosto de 2021 até junho de 2022. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês na íntegra, publicados e indexados nos referidos bancos de dados. **Resultados:** Foram encontrados 8 estudos de parturientes. As principais modalidades encontradas foi, banho de chuveiro, banho e/ou associado com a bola suíça, adotando posições mais confortáveis para a parturiente. **Conclusão:** Conclui-se que, houve melhoria na qualidade do trabalho do parto, com menores mediadores de dor, menor tempo de parto, mais conforto e confiança, melhorando os fatores psicológicos como o controle do medo e ansiedade, obteve-se resultados bem significativos, o banho quente combinado com a bola suíça, se mostra mais eficaz do que comparado realizado sozinho, também houve uma redução do tempo do trabalho de parto. **Descritores:** Perfil epidemiológico de parturientes submetidas às terapias aquáticas/Os principais protocolos de terapias aquáticas utilizadas para minimizar a dor de parturientes.

**Abstract:** Parturients need a more humanized process for labor, aquatic therapy is a method that is under development for this process, improving the quality of labor, with fewer pain mediators, shorter delivery time, more comfort and confidence, improving psychological factors such as anxiety control. **Goals:** Investigation of the influence of aquatic therapy on pain and physical condition of parturients. **Methodology:** The search was conducted in the Virtual Health Library (VHL) and in the databases (PubMed). The research was carried out from

August 2021 to June 2022. Articles published in Portuguese and English in full, published and indexed in the databases were included. **Results:** Eight studies of parturients were found. The main modalities found were shower, bath and bath associated with the Swiss ball, adopting more comfortable positions for the parturient. **Conclusion:** It is concluded that hearing, improvement in the quality of labor, with less pain mediators, shorter delivery time, more comfort and confidence, improving psychological factors such as fear and anxiety control, very significant results were obtained, the hot bath combined with the swiss ball proved to be more effective than when performed alone, there was also a reduction in labor time.

## INTRODUÇÃO

O nascimento é historicamente um evento natural, como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida<sup>1</sup>. O parto é o processo de nascimento, que envolve o trabalho de parto, neste ocorre o enfraquecimento e ruptura das membranas fetais, amolecimento e dilatação do colo uterino, ativação do miométrio (músculo liso uterino) de modo que ele se contraia vigorosa e ritmicamente para a saída do nasciturno<sup>2</sup>. Ainda no trabalho de parto ocorre a perda do tampão mucoso, nas gestações a termo a rotura das membranas ocorre durante o trabalho de parto, no entanto há casos que ela pode ocorrer até vários dias antes do início do mesmo sendo de 12 a 20%<sup>1</sup>.

Já o período expulsivo, ou seja, o segundo período do parto, iniciado com a dilatação total da cérvix termina com a expulsão do feto. Caracterizado por esforços expulsivos maternos, apresentando sensação de preenchimento retal com desejo de evacuar, decorrente da pressão da apresentação fetal sobre reto e os músculos do assoalho pélvico. Neste período ocorre aumento dos riscos fetais a compressão do polo cefálico na passagem pelo canal do parto, que associada à diminuição da circulação útero-placentária, pelas contrações uterinas mais intensas e frequentes, favorecem a hipóxia e a acidose fetal<sup>1</sup>.

O trabalho de parto a termo ou prematuro é iniciado por uma resposta inflamatória aumentada, aumentando os níveis de citocinas pró-inflamatórias no líquido amniótico e invasão das membranas fetais, colo do útero e miométrio por neutrófilos e macrófagos. A infecção intra-amniótica associada à corioamnionite pode fornecer o estímulo para a resposta inflamatória levando ao trabalho de parto prematuro, os sinais evidentes da mãe e do feto fornecem estímulos inflamatórios críticos que levam ao trabalho de parto a termo<sup>3</sup>.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher, até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu à assistência ao parto. Já com o advento da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil<sup>1</sup>.

O processo de parto normal (trabalho de parto) pode levar muitas horas, e um recém-nascido pode ser exposto a uma série de forças mecânicas, períodos de hipóxia transitória,

estresse oxidativo e surtos de hormônios do estresse que potencialmente influenciam a fisiologia e afetam a saúde ao longo da vida do feto<sup>4</sup>.

A dor representa um importante sinal do início do trabalho de parto. O componente mais importante da dor é a dilatação do colo uterino, somado a outros fatores como: contração e distensão das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas, e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro.<sup>1</sup>

Para muitas mulheres, a dor que experimentam durante o trabalho de parto é a forma mais grave de dor que já experimentaram, essa dor é considerada uma experiência única e individual. A dor durante o trabalho de parto decorre de questões fisiológicas sendo a posição de nascimento e/ou psicológicas como: medo e ansiedade. Algumas parturientes lidam bem com a dor do parto sem qualquer intervenção, enquanto outras necessitam de métodos farmacológicos ou não farmacológicos para o alívio da dor. O manejo eficaz da dor, tornou-se um componente essencial do plano de cuidados para mulheres grávidas<sup>5</sup>.

Recursos não farmacológicos utilizados com parturientes são a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto, tendo um suporte e estrutura adequada, técnicas de massagem durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, acupuntura pode ser oferecida durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado e disponível para realizar, contudo a estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto<sup>6</sup>. A deambulação auxilia no alívio da dor durante o trabalho de parto<sup>1</sup>.

A solicitação materna por analgesia de parto é suficiente para a sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação, incluindo parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos<sup>6</sup>.

O banho de chuveiro ou de imersão podem ser recomendados além de massagens feitas por acompanhante ou profissional de saúde. O banho pode ser utilizado no início da fase ativa do parto, ou seja, quando as contrações começam a ficar mais intensas<sup>1</sup>.

A imersão em água morna durante o parto fornece à mulher em trabalho de parto alternativas e estratégias convencionais de alívio da dor, respeitando a autonomia e a escolha da mulher, a imersão gera maior mobilidade, redução de analgesia ou anestesia, menores taxas de episiotomia, diminuição da probabilidade de lacerações perineais de terceiro e quarto graus e facilitação do progresso do trabalho de parto diminuindo o estresse e as catecolaminas<sup>7</sup>.

Por outro lado, poucos são os estudos nacionais que relatam o efeito deste recurso, sendo necessário uma investigação mais aprofundada em literatura internacional sobre este



tema, motivo pelo qual optou-se a investigar a influência da terapia aquática sobre a dor e a condição física de parturientes como objetivo deste estudo.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Amplamente em conjunto com a multiplicidade de propostas, gerando um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde.

A revisão constará das seguintes questões norteadoras: Qual o perfil epidemiológico de parturientes submetidas às terapias aquáticas? Quais os principais protocolos de terapias aquáticas utilizadas para minimizar a dor de parturientes?

A busca foi realizada nos meses de agosto/2021 a junho/2022, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados do (Scielo) e (PubMed), foram considerados os últimos 12 anos (2010 até 2022).

Foram levantados artigos publicados em português ou inglês. A busca foi realizada utilizando as seguintes palavras-chave: parto, parturientes, dor, terapias áquaticas, sendo esses descritores indexados no sistema de descritores em ciência da saúde (decs). Para artigos publicados em inglês e nas bases de dados estrangeiros os termos utilizados foram: childbirth, parturientes, pain and aquatic therapies.

Foram incluídos: os artigos na íntegra e de acesso gratuito, sendo estes experimentais ou observacionais que se mostraram dentro das questões norteadoras. Foram excluídas as revisões de literatura, monografias, dissertações, teses, estudos qualitativos, relato de caso.

Procedimentos: Inicialmente, foram lidos todos os títulos e selecionados os potenciais trabalhos incluídos. Posteriormente, os trabalhos selecionados tiveram seus resumos avaliados. A extração dos dados foi realizada e as tabelas montadas, sendo identificados: título da pesquisa, autores, localização do artigo, ano de publicação, tipo de publicação, detalhamento metodológico: modelo de estudo, características da amostra estudada (idade), critérios de inclusão e exclusão, método de avaliação da dor, protocolo de terapias aquáticas, resultados, recomendações/conclusões.

Posteriormente, os resultados dos diferentes artigos investigados foram comparados e

descritos, assim como foi realizada a discussão com artigos complementares.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos anos de publicação, conclui-se que os anos entre 2016 a 2017, foi visto um maior número de publicações, seguido dos anos de 2011 a 2015, dos artigos investigados sobre terapia aquática na dor e a condição física de parturientes<sup>9,10,11,12,13,14,15,16</sup>. (Anexo Tabela 1).

Antigamente os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como parideiras, comadres ou mesmo de parteiras leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam em domicílios as mulheres durante a gestação, parto e puerpério. Após também nos cuidados com o recém-nascido<sup>17</sup>. Posteriormente, com o desenvolvimento de novas tecnologias e a implantação dos hospitais, as parturientes se deslocam para estes locais para terem seus filhos, por outro lado aumentou a quantidade de cesárias realizadas. Neste tipo de parto pode ocorrer complicações neonatais, sendo exclusivamente, pela antecipação deliberada no momento do parto, sem indicação obstétrica, e que poderão levar essas crianças à situações de risco para sua vida, podendo ocorrer futuras complicações<sup>27</sup>, além de distanciar a relação da mãe com seu recém-nascido.

Sendo assim, para melhorar e aproximar o atendimento dos profissionais da área da saúde, durante o parto e pré natal, surgiu o parto humanizado no Brasil, que tem como objetivos, melhorar a qualidade no pré-natal, preparo e incentivo das gestantes para o parto vaginal, protocolos clínicos, discussões sobre a qualidade da assistência ao parto humanizado, oficinas educacionais interativas, capacitação da equipe multiprofissional<sup>18</sup>. Deste modo, tem aumentado a quantidade de pesquisas com terapias alternativas que auxiliam no momento do parto como por exemplo a terapia aquática, utilizadas no parto humanizado<sup>34</sup>.

Ao investigar os métodos utilizados, verificou-se que em quatro estudos foram utilizados os estudos experimentais<sup>10,11,12,16</sup>. Ainda outros tipos de métodos foram aplicados, como: retrospectivo, prospectivo e quase experimental<sup>9,13,14</sup> e um artigo não cita<sup>15</sup> (Anexo 1 Tabela 1).

Os estudos experimentais são conhecidos como estudos de intervenção, sendo aqueles em que o pesquisador realiza e organiza a amostra de forma intencional e controlada para obter uma variável entre um ou mais grupos, a partir da exclusão, adição ou modificação destas<sup>19-20</sup>. Os estudos clínicos randomizados são os tipos de estudos indicados para verificar o efeito de

intervenções na saúde, mas são os estudos mais difíceis de serem executados, pois necessitam de investigados que tenham características semelhantes<sup>26</sup>. O estudo prospectivo o pesquisador está presente no momento da exposição de um ou mais fatores e acompanham por um período de tempo para observar um ou mais desfechos, já o estudo retrospectivo o pesquisador colhe informação pregressa dos fatores de exposição e acompanhar por um período de tempo os indivíduos<sup>40</sup>.

No quesito amostra, o número de parturientes envolvidos foi variável. De acordo com os artigos investigados, verificou-se que a maioria dos artigos referem uma amostra de até 80 pesquisados<sup>10,11,12,13,15</sup>, uma menor quantidade de estudos maior que 80 pesquisados<sup>9,14,16</sup>(Anexo Tabela 2).No que condiz a idade média das investigadas, esta variou entre 20 a 30 anos<sup>9,13,14,15</sup>, seguindo maior que 30 anos<sup>10</sup>, e outros não citam<sup>11,12,16</sup> (Anexo 2 Tabela 2).

No Brasil a primeira gestação concentra-se na faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade<sup>26</sup>. Atualmente, têm-se observado que as mulheres estão preferindo engravidar mais tardiamente, visto isso ser um reflexo das características socioeconômicas e culturais, e o aumento do nível de escolaridade, que favorece o planejamento de uma gravidez para uma fase da vida em que a mulher tenha maior estabilidade<sup>27</sup>. Como visto acima a faixa etária das investigadas foi acima dos 20 anos.

Conforme os artigos analisados a maioria das parturientes estão com idade gestacional entre 37 e 42 semanas<sup>9,11,12,13,14,15</sup>, seguido de um estudo no qual as gestantes se encontravam em trabalho de parto<sup>10</sup>, e outro estudo não cita<sup>16</sup>(Anexo 2 Tabela 2). Sendo assim, o início do trabalho do parto ocorreu a termo precoce: 37 a < 39 semanas, a termo: 39 a < 41 semanas, ou ainda a termo tardio: 41 a < 42 semanas<sup>21-22</sup>.

Ao analisar os critérios de inclusão e exclusão, foram observados como inclusão: parturientes primíparas<sup>10,11,12,13,15</sup>, que realizaram consultas pré-natal<sup>12,13</sup>, que não possuem fator de risco associado a idade gestacional<sup>9,10,12,13,14,15,16</sup>, e sem uso de drogas<sup>11,15</sup>. Seguido foi observado como critério de exclusão: presença de infecções<sup>9</sup>, indicação de cesariana<sup>10,12,16</sup>, analgesia durante o parto<sup>12,15,16</sup>, problemas psicológicos<sup>15,16</sup>, pré-eclâmpsia<sup>15</sup>, em um não cita<sup>14</sup> (Anexo 2 Tabela 2).

No Brasil a assistência pré-natal é cerca de 98,7%, sendo importante como ações educativas e preventivas, para que não ocorra intervenções desnecessárias e tenha uma detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacionais futuras<sup>28</sup>. Mulheres com baixo risco que desejam usar a hidroterapia de imersão, podem realizar com segurança, gerando menor

risco de indicação medicamentosa, além de obter resultados como alívio da dor, facilitação do parto normal, redução da ansiedade<sup>34</sup> e aumento do relaxamento<sup>35</sup>. Considera-se uma mulher gestante ou parturiente de baixo risco gestacional a partir da análise de sua gestação diante de uma avaliação clínica na qual deve incluir medida dos dados vitais (pressão arterial, pulso e temperatura), tendo como resultado uma gestação normal<sup>39</sup>.

A ausência de risco gestacional é uma condição importante para determinar o perfil obstétrico de parturientes que podem ser assistidas nesse ambiente<sup>35</sup>.

Dentre os fatores que podem aumentar a percepção dolorosa no parto são o medo, estresse, tensão, fadiga, frio, fome, ignorância pelo que está acontecendo e o ambiente diferente, podendo gerar um impedimento de realização da terapia, na qual, é uma abordagem humanizada fundamental para ajudar as mulheres a vivenciarem o processo do trabalho de parto de forma menos traumática e desconfortante<sup>39</sup>.

Quanto ao local de realização dos estudos investigados, nota-se que a maioria dos artigos foram realizados na América do Sul<sup>11,12,13,16</sup>, seguido do continente Norte Americano<sup>9,15</sup>, outro no continente Asiático<sup>10</sup> e um no Europeu<sup>14</sup>.(Anexo Tabela 3).

Com o resultado de pressões da opinião pública e consumidores de serviços de saúde, principalmente nos países mais desenvolvidos, assim como sempre tem o surgimento de novas evidências científicas durante o decorrer do passar dos anos, a prática obstétrica tem sofrido mudanças significativas nos últimos 20-30 anos, com uma maior ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento do bebê<sup>15</sup>.

A humanização da assistência ao parto implica também, principalmente, em que a atuação do profissional de saúde respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê<sup>39</sup>. Após a implantação do SUS em nosso país tem sido priorizado parto normal ao invés da cesariana, aumentando assim o número de investigações sobre os benefícios que o parto normal pode promover tanto para a parturiente como para neonato, aumentando assim o número de publicações sobre essa temática.

Ao analisar os artigos, foram observados que a maioria das escalas de avaliação foi a Escala Visual Analógica (EVA)<sup>10,11,12,13,14,15</sup>, seguido de Escala de Agenciamento de Trabalho<sup>10</sup>, em outros não cita<sup>9,16</sup>.(Anexo 3 Tabela 3).

A escala visual-análoga (EVA), é bastante utilizada na avaliação das dores, sendo de

fácil acesso e aplicação. A paciente atribuir uma nota de 0 a 10, gerando uma compreensão pela maioria dos pacientes. Entretanto, trata-se de avaliação superficial, influenciada por aspectos culturais, intelectuais e psicológicos<sup>24</sup>. A utilização desse tipo de questionários têm-se incorporado nas rotinas de atendimento<sup>30</sup>, implicando na condição clínica e a natureza do atendimento, influenciando na melhora ou piora da gestante, durante a realização da terapia aquática. Deste modo, é um questionário objetivo, de fácil verificação e que pode ser utilizado na rotina dos tratamentos fisioterapêuticos quando o quadro algico é um dos sintomas apresentados pelos pacientes.

Nos artigos analisados, em relação ao protocolo de terapia aquática a maioria é o banho<sup>9,13,14,15</sup>, seguido também de banho associado a bola suíça<sup>12,16</sup> e chuveiro quente<sup>10,11</sup>. (Anexo Tabela 4).

A hidroterapia durante o trabalho de parto, pode promover a sensação de relaxamento e de alívio da dor minimizando riscos relacionados ao parto e às intervenções farmacológicas. Parturientes relatam sensação de bem estar e relaxamento durante e após o banho de chuveiro, e a melhora da dor<sup>31</sup>, gerando um conforto maior para esse processo tão delicado. A terapêutica do banho foi aplicada com a água na temperatura de 37°C, a parturiente pode permanecer sentada ou em pé, sendo direcionada a água sobre a região lombossacral, pelo período de 30 minutos, já com terapêutica da bola suíça foi utilizada uma bola de 65cm de amplitude com a parturiente sentada sobre a mesma, mantendo as pernas fletidas no ângulo de 90° graus, realizando movimentos de rotação e propulsão pelo período de 30 minutos<sup>40</sup>.

A parturiente durante o trabalho de parto é orientada para a terapia por meio da água. Para isso deve permanecer debaixo do chuveiro com água em temperatura ambiente durante as contrações uterinas, a temperatura da água não pode ser superior a 38°C durante o primeiro estágio do trabalho de parto e precisa estar entre 37° e 38°C no segundo estágio, evitando estímulo respiratório prematuro em água fria e hipertermia fetal nas temperaturas elevadas<sup>41</sup>. Sendo que quando a parturiente solicita o término do banho, a mesma era retirada<sup>39</sup>. A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis à ambientes tranquilos, no chuveiro, a parturiente deve estar sentada, deixando a água cair sobre os locais dolorosos durante as contrações<sup>41</sup>. Os quais permitam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a imaginação para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto<sup>33</sup>.

Além disso, conforme o protocolo de terapia aquática analisado, foram adotados

mediadores como a maioria o tempo de terapia (média de tempo)<sup>10,11,12,14,15,16</sup> e a temperatura (média de Temperatura corporal)<sup>10,11,12,14,15,16</sup>, seguido do posicionamento (principais posicionamentos)<sup>12,15,16</sup>, e em alguns não são citados os protocolos<sup>9,13</sup>. (Anexo 4 Tabela 4).

A manutenção do ambiente silencioso e a promoção do conforto e relaxamento no trabalho de parto são cuidados que devem ser instituídos. O silêncio e o conforto são necessários para que os fenômenos fisiológicos envolvidos no processo da parturição ocorram de forma adequada, como a liberação de ocitocina e endorfinas endógenas, facilitando o curso normal do trabalho de parto<sup>35</sup>.

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular, esse mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. A aplicação terapêutica desse recurso requer que a temperatura da água esteja em torno de 37° a 38°C, sendo necessário que a paciente permaneça no mínimo 20 minutos no banho, com a ducha sobre a região dolorosa, comumente localizada na região lombar ou abdome inferior<sup>33</sup>.

No chuveiro, deve ser adotada a posição sentada com a parturiente, deixando a água cair sobre os locais dolorosos durante as contrações<sup>39</sup>. Com o uso da bola suíça foram adotadas posturas verticais, associadas à movimentação, pode minimizar a dor sentida pela parturiente, aumentando a eficácia das contrações uterinas, melhorando a circulação sanguínea materno-fetal, facilitando a descida da apresentação e minimizando a ocorrência do trauma perineal<sup>40</sup>.

Alguns cuidados devem ser tomados durante o parto, podendo ter possíveis complicações e desvantagens dentro do processo do parto na água são expectativas irreais e hemorragia pós-parto, placenta retida, instabilidade hemodinâmica do binômio mãe-feto e avulsão de cordão umbilical, lacerações perineais de 1° e 2° graus, problemas respiratórios do neonato e infecção neonatal, afogamento/ aspiração de água, porém sendo casos de minoria e poucas chances<sup>41</sup>.

Ao analisar os resultados, foi verificado que a maioria dos autores referem que há redução da dor<sup>10,11,12,13,14</sup>, seguindo da melhora da condição física<sup>11,12,13,15</sup>. Já uma minoria não refere redução da dor após imersão<sup>9,15</sup> e redução do tempo de parto<sup>13,16</sup>, e em uma pesquisa verificou-se melhor resultado após associação por banho e bola suíça<sup>16</sup>. (Anexo Tabela 5).

Ao analisar as terapias aquáticas aplicadas em gestantes durante a fase ativa do trabalho de parto, tem sido visto a diminuição da dor, a redução da duração do trabalho de parto, a

melhora do bem-estar materno e neonatal, no desenvolvimento de uma experiência de parto positiva<sup>26</sup>.

Após a imersão, a dor diminuiu em média 2,6% em pacientes que realizaram o banho, em comparação com um aumento médio de 0,25% que não realizaram o banho<sup>33</sup>, a dor diminuiu mais para mulheres com dor inicial alta, do que para mulheres com níveis mais baixos. Ocorreu diminuição dos níveis de ansiedade, vasopressina (V) e ocitocina (O), ambos fazem esses efeitos em 15 e 45 min após imersão, os níveis de cortisol diminuíram duas vezes mais em 15 minutos de hidroterapia para mulheres com dor basal alta do que para aquelas com dor basal baixa<sup>29</sup>.

A bola suíça tem um maior efeito na redução da dor, comparado ao banho de chuveiro, sendo associado ao aumento na liberação de  $\beta$ -endorfinas e diminuição da secreção de epinefrina, que são superiores aos resultados neuroendócrinos da hidroterapia. No entanto, o uso da bola encurtou a duração do tempo do trabalho de parto, sendo adotadas as posições vertical e balanceio pélvico<sup>37</sup>, podendo seu uso ser associado a outros recursos para o alívio da dor, como o banho quente no chuveiro e a massagem lombar, sendo que a bola foi considerada uma intervenção não farmacológica para ajudar no processo fisiológico do nascimento<sup>39</sup>.

## CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa, a mulher tem um papel muito importante, que é gerar uma nova vida, sendo assim, uma fase bem delicada. No entanto, no decorrer desse processo a gestante sofre diversos fatores, como alterações fisiológicas, psicológicas, mudanças no corpo, também pode desenvolver complicações durante esse caminho, afetando a saúde da mesma.

Para realização da terapia aquática foi colocado alguns mediadores, como tempo de terapia entre 20 e 30 minutos, temperatura da água entre 36,5° e 39° C, foram adotados posicionamentos como sentada ou em pé, exercícios perineais com a bola suíça sendo realizado com a paciente sentada e as pernas dobradas a 90° graus, conduzindo movimentos de impulso pélvico e rotação. Além, gestantes que entraram na banheira foram reclinadas em um ângulo de 45° até que imerso processo xifoide, e jatos de água direcionados em região lombo-sacral.

Mulheres grávidas que participaram foram parturientes primíparas, que realizaram



consultas pré-natal, não possuíam fatores de risco associado a idade gestacional, sem uso de drogas, sem indicação a cesariana, sem infecções e sem problemas psicológicos.

Para avaliação durante o percurso de realizações dos protocolos foram utilizadas as escalas, EVA (Escala Visual Analógica), que avalia o nível de dor, e a Escala de Agenciamento de Trabalho.

A terapia aquática é um método confortável, em que demonstrou uma melhora da dor e da experiência durante o trabalho de parto, além de gerar uma diminuição da ansiedade, devido a vasopressina (V) e ocitocina (O). O banho quente combinado com a bola suíça se mostrou mais eficaz do que quando realizado sozinho, também houve uma redução do tempo do trabalho de parto.

A humanização do parto, foi compreendida como um conjunto de condutas, inicialmente com atitudes e posturas, sem julgamentos e baseadas no diálogo, na empatia e no acolhimento da usuária e de seus familiares. O fornecimento de orientações e informações quanto às condutas a serem adotadas é um fator muito importante gerando uma valorização da parturiente e a sua personificação enquanto sujeito de direitos e necessidades. A humanização do parto envolve também a realização de procedimentos comprovados serem benéficos à saúde materno-infantil e o abandono de técnicas desnecessárias e invasivas, como a episiotomia, o enema, a tricotomia e os toques vaginais sucessivos.

## **REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde FEBRASGO ABENFO Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher [Internet]. 2001. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
2. Stanfield Z, Lai PF, Lei K, Johnson MR, Blanks AM, Romero R, et al. Myometrial Transcriptional Signatures of Human Parturition. *Frontiers in Genetics*. 2019 Apr 1;10.
3. Mendelson CR, Gao L, Montalbano AP. Multifactorial Regulation of Myometrial Contractility During Pregnancy and Parturition. *Frontiers in Endocrinology*. 2019 Oct 25;10.
4. Tribe RM, Taylor PD, Kelly NM, Rees D, Sandall J, Kennedy HP. Parturition and the perinatal period: can mode of delivery impact on the future health of the neonate? *The Journal of Physiology* [Internet]. 2018 Apr 15 [cited 2021 Jan 7];596(23):5709–22. Available from: <https://dx.doi.org/10.1113%2FJFP275429>
5. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women’s experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health* [Internet]. 2019 May 30;16(1). Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0735-4>
6. Ministério D, Saúde. versão resumida diretrizes nacionais de assistência ao [Internet]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
7. A Model Practice Template for Hydrotherapy in Labor and Birth. *Journal of Midwifery & Women’s Health*. 2016 Nov 24;62(1):120–6.
8. Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 1991 Jun 1; 7:135–49. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/abstract/?lang=pt>
9. Vanderlaan J. Retrospective Cohort Study of Hydrotherapy in Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2017 May;46(3):403–10.
10. Lee S, Liu C, Lu Y, Gau M. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2013 Jan;42(1):19–28.
11. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Quintana SM, Marcolin AC. Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Revista Dor* [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2021 Dec 6]; 14:111–3. Available from: isso até o 99
12. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia N de L, Gabrielloni MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013;26(5):478–84.

13. Hayasaka S, Shibata Y, Goto Y, Noda T, Ojima T. Bathing in a bathtub and health status: A cross-sectional study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010 Nov;16(4):219–21.
14. Tuncay S, Kaplan S, Moraloglu Tekin O. An Assessment of the Effects of Hydrotherapy During the Active Phase of Labor on the Labor Process and Parenting Behavior. *Clinical Nursing Research*. 2017 Dec 12;28(3):298–320.
15. Mallen-Perez L, Roé-Justiniano MT, Colomé Ochoa N, Ferre Colomat A, Palacio M, Terré-Rull C. Use of hydrotherapy during labour: Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety. *Enfermeria Clinica* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2021 Feb 22];28(5):309–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29239794/>
16. Benfield RD, Hortobágyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. Heitkemper M, Landis CA, Woods NF, editors. *Biological Research For Nursing* [Internet]. 2010 May 7 [cited 2020 Jan 17];12(1):28–36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3904302/>
17. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Cavalcanti ACV, Melo P de S, Barbieri M. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2016 Dec;29(6):686–92.
18. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2011 Dec;11(4):415–25.
19. Dutra H, Nunes V, Reis. Experimental and quasi-experimental study designs: definitions and challenges in nursing research *desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem dibujos de estudios experimentales y casi experimentales: definiciones y desafíos en la investigación de enfermería*. 2016; Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11238/12840>
20. Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Revista de Saúde Pública*. 1999 Feb;33(1):64–72.
21. Df B. Ministério da Saúde [Internet]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2004.pdf)
22. Pereira APE, Leal M do C, Gama SGN da, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Bastos MH. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo nascer no Brasil. *Cad saúde pública* [Internet]. 2014 [cited 2022 May 23]; S59–70. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-720530>
23. Possati A, Prates L, Cremonese L, Scarton J, Alves C, Ressel L, et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses Humanización del parto: significados y percepciones de enfermeras

PESQUISA | RESEARCH. Escola Anna Nery [Internet]. [cited 2020 Nov 27];21(4):2017. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf)

24. Mabuchi A dos S, Fustinoni SM. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21(3):420–6.

25. Figueiredo RR, Azevedo AA de, Oliveira P de M. Análise da correlação entre a escala visual-análoga e o Tinnitus Handicap Inventory na avaliação de pacientes com zumbido. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2009 Feb;75(1):76–9.

26. Fernandes FCG de M, Santos EG de O, Barbosa IR. Age of first pregnancy in Brazil: data from the national health survey. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2019 Dec 1;29(3):304–12. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822019000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822019000300002)

27. Francisco RPV, Zugaib M. Intercorrências neonatais da cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2013 Mar;59(2):93–4.

28. Cad S, Pública R, De J. Prenatal Care; Maternal and Child Health; Maternal-Child Health Services. 2014; Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S85-S100/pt>

29. Guida NFB, Lima GPV, Pereira AL de F. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2022 May 23];17(3):524–37. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/670>

30. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. *Revista Brasileira de Reumatologia* [Internet]. 2011 Aug 1; 51:304–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/NLCV93zyjfqB6btxpNRfBzJ/?lang=pt>

31. Mazoni SR, Faria DGS de, Manfredo VA. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. *Arq ciênc saúde* [Internet]. 2009 [cited 2022 May 23];40–3. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-535612>

32. Shaw-Battista J. Systematic Review of Hydrotherapy Research. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2017;31(4):303–16.

33. Benfield RD. Hydrotherapy in Labor. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002 Dec;34(4):347–52.

34. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, et al. Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief—Establishment of Effectiveness and Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018 Dec 9;15(12):2792.

35. Soltani H, Sandall J. Organization of maternity care and choices of mode of birth: A

worldwide view. *Midwifery*. 2012 Apr;28(2):146–9.

36. Camargo LMA, Silva RPM, Meneguetti DUDO. Research methodology topics: Cohort studies or prospective and retrospective cohort studies. *Journal of Human Growth and Development*. 2019 Dec 12;29(3):433–6.

37. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD e, Negreiros F dos S, Santos JDM, Moura MÁP, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019 Jun;32(3):350–7.

38. DitoJunior. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes Childbirths under the unified health [Internet]. [webcache.googleusercontent.com](https://webcache.googleusercontent.com). [cited 2022 May 23]. Available from: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2Ww6QDxIYhcJ:https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/24110/19302+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari>

39. Davim RMB, Torres GDV, Dantas JDC, Melo ES de, Paiva CP, Vieira D, et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008 Sep 30;10(3).

40. RESUMO [Internet]. [cited 2022 May 31]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050136/femina-2018-465-324-331.pdf>

41. Silva C de A, Lara SRG de. Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage. *Brazilian Journal Of Pain*. 2018;1(2).

## Anexos

### Anexo 1

**Tabela 1** - Terapia aquática sobre a dor e a condição física de parturientes - Títulos, autores, objetivos e tipo de estudo dos artigos analisados.

Nº	Título	Autor	Objetivo do Trabalho	Tipo de Estudo
9	Estudo de corte retrospectivo de Hidroterapia no Trabalho	Vanderlaan, J. <b>Rev. A associação de enfermeiras de saúde, obstétrica e neonatal das mulheres</b> , 2017.	Descrever o uso de hidroterapia para o controle da dor no trabalho de parto.	Retrospectivo
10	Eficácia de chuveiros quentes no trabalho de parto Experiências de dor e parto durante a primeira etapa do parto	Shu-Ling Lee, C. Y. et al. <b>Rev. A associação de enfermeiras de saúde, obstétrica e neonatal das mulheres</b> , v. 42, p. 19-28, 2013.	Determinar a eficácia de chuveiros quentes na dor do parto e nas experiências de parto de mulheres durante a primeira fase do parto.	Ensaio controlado randomizado
11	Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto	Santos, R. S. et al, <b>Rev. Dor</b> , v. 14, p. 111-3, 2013.	Avaliar o efeito do banho de chuveiro no alívio da dor, durante a fase ativa do trabalho de parto.	Ensaio clínico controlado
12	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto	Barbieri, A. F. et al, <b>Rev. Acta Paul Enferm</b> , v. 26, p. 478-84, 2013.	Avaliar, de forma isolada e combinada, o uso de banho quente de aspersão e perineal.	Estudo clínico ou de intervenção
13	Uma avaliação do Efeitos da hidroterapia Durante a fase ativa de Trabalho sobre o Trabalho	Tuncay, S. et al, <b>Rev. Pesquisa de enfermagem clínica</b> , p. 1-23, 2017.	Avaliar o efeito sobre o processo de trabalho e parentalidade comportamento da hidroterapia aplicada	Quase experimental

	Processo e Paternidade Comportamento		durante a fase ativa do parto.	
14	Uso de hidroterapia durante o parto: avaliação da dor, uso de analgesia e segurança neonatal	Mallen, L. P. et al, <b>Rev. Enferm Clin</b> , p. 1-7, 2016.	Avaliar a eficácia do uso da hidroterapia na percepção da dor e solicitar de analgesia em mulheres que a usam durante o trabalho de parto e identificar possíveis efeitos adversos naqueles neonatos nascidos na água.	Coorte prospectivo multicêntrico
15	Os efeitos da hidroterapia na ansiedade, dor, respostas neuroendócrinas e dinâmica de contração durante o parto	Benfield, R. D. et al, <b>Rev. Pesquisa Biológica para Enfermagem</b> , v. 12, p. 28-36, 2010.	Examinar os efeitos da hidroterapia na ansiedade e dor materna, respostas neuroendócrinas, deslocamento do volume plasmático (PVS) e contrações uterinas (CXs) durante o trabalho de parto.	Não cita
16	Hidroterapia e a bola suíça em trabalho de parto: ensaio clínico randomizado	Henrique, A. J. et al, <b>Rev. Acta Paul Enferm</b> , v. 26, p. 682-92, 2016.	Compreender a influência do banho morno e exercício perineal com bola suíça, de forma isolada, e de forma combinada, na progressão do trabalho.	Randomizado

## Anexo 2

**Tabela 2-** Terapia aquática sobre a dor e a condição física de parturientes - Perfil sociodemográfico.

Nº	Amostra Populacional	Idade/ Média (Anos)	Idade gestacional	Critérios de inclusão exclusão
9	324	27,98	37 semanas	<p><b>Critérios de inclusão:</b> Que completaram pelo menos 37 semanas de gestação sem complicações na gravidez.</p> <p><b>Critérios de exclusão:</b> Que tenham infecções transmissíveis do sangue ou da pele, infecções genitais, herpes ou suspeita de macrosomia.</p>
10	45	31,64	Em trabalho de parto	<p><b>Critérios de inclusão:</b> Trabalho de parto sem complicações, feto único, com dilatação igual ou maior que 4 cm, acompanhada.</p> <p><b>Critérios de exclusão:</b> Participantes que aceitaram peridurais ou foram submetidas a cesarianas.</p>
11	34	Não cita	37 semanas	<p><b>Critérios de inclusão:</b> Primíparas, alfabetizadas, feto único, baixa gravidez de risco, a partir da 37<sup>a</sup> semana de gestação, dilatação cervical entre 4 e 5 cm, início espontâneo, sem o uso de drogas, ausência de fatores cognitivos ou psiquiátricos.</p> <p><b>Critérios de exclusão:</b> Intolerância a o uso de recursos não farmacológicos.</p>
12	15	Não cita	Entre 37 e 42	<p><b>Critérios de inclusão:</b> Ausência de patologias clínicas e / ou obstétricas, tiveram seis consultas de pré-natal, em fase ativa de trabalho de parto, estão com 2 a 3 contrações uterinas em 10 minutos, e dilatação cervical com um mínimo de 3 cm, entre 37 e 42 semanas completas, feto único, estão com avaliação de EVA até 5.</p> <p><b>Critérios de exclusão:</b> Indicação de cesariana na admissão, presença de analgesia durante o parto.</p>
13	80	26,5	Entre 37 e 42	<p><b>Critérios para Inclusão:</b> Primíparas, feto único, idade gestacional de 37 a 42 semanas, não teve placenta prévia, gravidez de alto risco, teve <math>\geq 4</math> acompanhamentos pré-natais, registrou um coração fetal reativo em um teste sem estresse por um mínimo de 20 min e teve <math>\geq 2</math> contrações por 10 min, gestante com membranas intactas, saúde psiquiátrica preservada e sem alterações ortopédicas.</p> <p><b>Critérios de Exclusão:</b> Temperatura corporal da gestante <math>\geq 38^\circ</math> graus e que permaneceram neste nível por meio hora ou na água por <math>\geq 4</math> horas, batimento cardíaco anormal ou outros problemas, como tontura, exaustão e fadiga, ou participante que desistiu do estudo.</p>



14	135	28,5	37 semanas	<p><b>Critérios de inclusão:</b> Idade entre 17 e 40 anos, gestação única e baixo risco de complicações obstétricas.</p>
15	11	24,5	37 semanas	<p><b>Critérios de inclusão:</b> Idade de 17 a 40 anos, feto único, baixo risco, não fumantes, sem história ou diagnóstico atual de drogas ou abuso físico, herpes genital, depressão, ansiedade, ou problemas psicossociais graves, nenhuma cirurgia anterior, trabalho de parto com menos de 1 hora de duração e com 37 semanas.</p> <p><b>Critérios de exclusão:</b> Fatores intraparto, como trabalho de parto avançado, mecônio no fluido, desacelerações tardias, apresentação pélvica, pré-eclâmpsia, indução, aumento de ocitocina com bolus de fluido, solicitação epidural e falta de sala com um adaptador de banheira.</p>
16	137	Não cita	Não cita	<p><b>Critérios de inclusão:</b> Idade mínima de 18 anos anos, apresentação cefálica, sem patologia clínica ou obstétrica, dilatação cervical entre 3 e 8 cm, idade gestacional a termo.</p> <p><b>Critérios de exclusão:</b> Indicação de cesárea, analgesia, pacientes com transtornos mentais, usuários de drogas e aqueles que completaram menos de seis visitas pré-natais.</p>

### Anexo 3

**Tabela 3** - Terapia aquática sobre a dor e a condição física de parturientes. Local e escala de avaliação.

<b>N</b>	<b>Local</b>	<b>Escala de Avaliação</b>
9	Atlanta, GA	Não cita
10	Taipei(China)	Escala de Agenciamento de Trabalho Escala Visual Analógica (EVA)
11	Ribeirão Preto(SP)	Escala Visual Analógica (EVA)
12	São Paulo	Escala Visual Analógica (EVA)
13	Ancara (Peru)	Escala Visual Analógica (EVA)
14	Barcelona	Escala Visual Analógica (EVA)
15	Toronto	Escala Visual Analógica (EVA)
16	São Paulo (BR)	Não cita

#### Anexo 4

**Tabela 4-** Terapia aquática sobre a dor e a condição física de parturientes – Protocolos de terapia aquática (frequência, intensidade e duração dos artigos analisados).

Nº	Local	Protocolo de terapia aquática (qual foi)	Protocolo de terapia aquática (como foi, quais posicionamentos adotados pela gestante, tempo de duração, precisou de auxílio)
9	Atlanta, GA	Banheira	Não cita.
10	Taipei(China)	Chuveiros quentes	Foram monitorados os batimentos cardíacos fetais e as dilatações cervicais das candidatas, sendo administrado os primeiros 20 minutos da sessão de intervenção. Após 5 minutos de corpo inteiro ou chuveiro na parte inferior das costas, os participantes foram autorizados a água do chuveiro direto em qualquer lugar mais confortável, após a primeira sessão, dada a progressão normal do trabalho de parto, foram permitidos que as participantes tomassem banhos quentes acompanhados por 20 minutos. A temperatura da água foi monitorada a cada 5 minutos para manter constante à 37°C.
11	Ribeirão Preto(SP)	Banho de chuveiro	Terapia por 30 minutos, com dilatação cervical de 4 a 5 cm, em uma temperatura de 37° a 39° C, verificada por um termômetro aferido. Após isso, os pacientes foram avaliados novamente pela EVA. Este procedimento foi repetido antes e após a terapia, ou seja, em um momento entre 4 e 5 cm do início da fase ativa do trabalho de parto.
12	São Paulo	Banho associado a exercícios na bola suíça	As parturientes do grupo 1 receberam como intervenção não farmacológica uma água morna banho de aspersão, os do grupo 2 tiveram a bola suíça exercício para o períneo e grupo 3 ambas as intervenções banho e bola suíça simultaneamente. A água do banho foi mantida a uma temperatura de 37° C, sendo medida com um termômetro digital à prova d'água, a posição foi escolhida pela parturiente sendo sentada ou em pé, com aspersão direcionada para a região lombo-sacral região por 30 minutos. O exercício perineal com a bola suíça de 65 cm de

			diâmetro foi realizado com a mãe sentada, pernas dobradas a 90° graus, conduzindo movimentos de impulso pélvico e rotação por 30 minutos. Intervenções combinadas foram o calor do banho de aspersão direcionado à região lombo-sacral, sentado em uma bola suíça com a perna flexionada em um ângulo de 90° graus, realizando rotação e impulsão pélvica durante o mesmo período.
13	Ancara(Peru)	Banho (Hidroterapia)	Não cita
14	Barcelona	Banho	As gestantes incluídas no GH foram imersas na banheira de parto com água quente (36,5°-37°C) até o nível peitoral por no máximo 2 h, sendo possível repetir o mergulho após 30 min, durante o qual elas tinham liberdade de movimento. Em ambos os grupos foram realizados os cuidados habituais, durante o parto de acordo com o Protocolo de Assistência ao Parto da Generalitat de Catalunya. Em ambos os grupos de estudo o acompanhamento foi realizado por uma parteira, qual é o profissional mais indicado para o acompanhamento do trabalho normal.
15	Toronto	Banho	As mulheres foram então ajudadas na banheira, onde ela estava cheia até 11-12 cm da borda superior, elas se reclinaram em um ângulo de 45° até que imerso ao xifoide em água a 37° C por 1 hora. A temperatura da água foi verificada a cada 15 min e ajustada conforme necessário.

16	São Paulo (BR)	Banho e bola suíça	<p>Banho quente (GA), exercícios perineais com o grupo bola suíça (BG), e grupo de intervenções combinadas (GC). Utilizam métodos de alívio da dor na assistência obstétrica.</p> <p>As grávidas foram avaliadas antes da intervenção quanto à frequência das contrações uterinas, frequência cardíaca fetal e dilatação cervical.</p> <p>O banho morno foi realizado com um jato de água morna pulverizado direcionado para a região lombosacral, na temperatura de 37° graus, orientadas a adotar a postura em pé ou posição sentada durante 30 minutos de o banho.</p> <p>O exercício perineal foi realizado com a bola suíça. orientadas a sentar na bola com as pernas flexionadas, num ângulo de 90° graus, joelhos afastados, com a região plantar dos pés apoiados no chão, realizando movimentos de propulsão e pélvica rotação por 30 minutos.</p> <p>A intervenção combinada de um banho quente sentado na bola suíça, por 30 minutos, foi realizado de acordo com técnicas e cuidados utilizadas nas outras intervenções.</p>
----	----------------	--------------------	---

## Anexo 5

**Tabela 5-** Forma de avaliação e resultados da terapia aquática sobre a dor e a condição física de parturientes.

Nº	Formas de avaliação	Resultados
9	Não cita	Não houve diferenças significativas nas características entre aqueles que fez e não iniciou hidroterapia em termos de idade média das participantes ( $p = 0,978$ ), idade gestacional ( $p = 0,050$ ), paridade ( $p = 0,339$ ), ou indução de trabalho ( $p = 0,065$ ).
10	EVA (Escala Visual Analógica)	Os grupos não demonstraram diferenças estatísticas em dados demográficos e obstétricos variáveis ( $p > 0,05$ ). Descobrimos que os banhos quentes melhoraram a experiência de parto e diminuição da dor do parto. A pontuação média do LAS do grupo de intervenção foi de 54,15 (DP = 6,38) e 46,58 (SD = 8,61) do grupo controle ( $t = 4,45$ , $p < 0,001$ ). Em termos de escores de dor, no início do estudo, os escores médios de dor para o grupo de intervenção foram 6,84 (4 cm) e 8,74 (7 cm) em comparação com 5,15 (4 cm) e 8,22 (7 cm) para o grupo controle. Aos 10 e 20 minutos após a intervenção, a média os escores de dor para o grupo experimental caíram significativamente, aumentando significativamente para o grupo controle (Tabela 2 e Figura 2). No entanto, o efeito de interação (diferença de grupo e tempo) revelou que o grupo de intervenção alcançou uma maior queda nos valores de dor em comparação com seus pares do grupo de controle ao longo do tempo ( $p < 0,001$ ).
11	EVA (Escala Visual Analógica)	A maioria das pacientes mediu a dor com uma média de $55 \pm 22$ mm, então houve diferença significativa de 25 mm ao comparar o antes e após a intervenção ( $p < 0,01$ ), mostrando que o banho de chuveiro diminui a dor das pacientes em trabalho de parto ativo, com dilatação cervical de 4-5 cm.
12	EVA (Escala Visual Analógica)	A partir da avaliação da dor por EVA antes intervenção e a maioria das parturientes mediu a dor com um média de $80 \pm 20$ mm. Após a intervenção, a maioria dos pacientes mediu a dor com média de $55 \pm 22$ mm, de modo que houve diferença significativa de 25 mm ao comparar o antes e após intervenção ( $p < 0,01$ ), mostrando que o banho de chuveiro diminui a dor das pacientes em trabalho de parto ativo, com dilatação cervical de 4-5 cm.

13	EVA (Escala Visual Analógica)	Nos estudos clínicos maternos e neonatais a pressão arterial diastólica e o pulso foram maiores no grupo experimental do que no grupo de comparação equivalente antes do início da hidroterapia (dilatação cervical = 5 cm; $p < 0,05$ ). Após a hidroterapia, a pressão sistólica e pressões diastólicas dos participantes do grupo experimental foram significativamente menores do que as do grupo de comparação equivalente quando a pressão cervical a dilatação foi de 10 cm ( $p = 0,001$ ). Houve diferença estatisticamente significativa entre as durações da segunda fase nos dois grupos ( $p = 0,001$ ), não houve estatística diferença significativa na duração do terceiro estágio do trabalho de parto entre os grupos ( $p = 0,88$ ). Além disso, os escores médios de Apgar foram de $8,38 \pm 0,59$ em o primeiro minuto no grupo experimental e $8,00 \pm 0,64$ ( $p = 0,012$ ) no grupo de comparação equivalente. Os escores médios de Apgar foram $9,98 \pm 0,16$ em o quinto minuto no grupo experimental e $9,38 \pm 0,59$ ( $p = 0,001$ ) no grupo de comparação equivalente ( $p = 0,001$ ). Antes do início da hidroterapia (dilatação cervical = 5 cm), havia nenhuma diferença na avaliação EVA entre os dois grupos ( $p = 0,060$ ). Durante a hidroterapia, quando a dilatação cervical era de 6 cm, o escore EVA foi menor no grupo experimental (grupo experimental = $5,03 \pm 1,10$ , grupo de comparação equivalente = $8,30 \pm 0,52$ ); quando a dilatação cervical foi 10 cm, o escore EVA foi significativamente menor no grupo experimental ( $p = 0,001$ ).
14	EVA (Escala Visual Analógica)	Na percepção da dor pode-se observar que são significativamente menores em GH em comparação com CG em 30 min, com redução na percepção da dor de 1,59 pontos no GH (95% CI 1,19-2,0), em 90 min e também no expulsivo. Além disso, a percepção da dor durante a expulsão também foi significativamente menor naquelas mulheres que deram à luz na água em relação com aquelas que tiveram parto convencional sem analgesia ( $p < 0,001$ ). Em relação ao uso de analgesia, os resultados são 30 mulheres do GC (33,7%) solicitaram analgesia peridural, enquanto 24 mulheres do GH (21,6%), sem que essa diferença seja estatisticamente significativa ( $p = 0,09$ ).
15	EVA (Escala Visual Analógica)	A hidroterapia foi associada à diminuição da ansiedade, vasopressina (V) e ocitocina (O) níveis em 15 e 45 min ( $P < 0,05$ ). Não houve diferenças significativas entre a dor de pré-imersão e de imersão ou níveis de cortisol (C). A dor diminuiu mais para mulheres com dor basal alta do que para mulheres com níveis basais baixos aos 15 e 45 minutos. Os níveis de cortisol diminuíram duas vezes mais em 15 minutos de hidroterapia para mulheres com dor basal alta do que para aquelas com dor basal baixa, níveis de b-endorfina (bE) aumentaram em 15 min.
16	Não cita	O banho quente combinado e bola suíça ( $p=0,688$ ), foi mais eficaz para este resultado do que quando realizado sozinho, banho morno ( $p=0,428$ ) e bola suíça ( $p=0,679$ ). A frequência das contrações uterinas teve aumento banho e bola suíça ( $p<0,001$ ), a bola suíça sozinha ( $p=0,025$ ). A frequência cardíaca fetal basal (FCF basal) manteve-se dentro dos limites normais antes e após as intervenções. O banho morno ( $p<0,001$ ) e a combinação de banho quente e bola suíça ( $p < 0,001$ ) as intervenções foram eficazes em aumentar a frequência cardíaca fetal. Houve uma redução de tempo de trabalho de

		parto ( $p = 0,236$ ), de 74,16 minutos em relação ao grupo bola suíça que durou 288,41 minutos ( $p = 0,09$ ).
--	--	---



## Normas Editoriais da Revista Movimenta (ISSN 1984-4298)

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

### Formato do Texto

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão *.doc* ou *.docx*) e deve ser digitada em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte Times New Roman com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). *Relatos de Caso ou de Experiência* não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

### Página de rosto (1ª página)

Deve conter: a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; b) nome completo dos autores com indicação da titulação acadêmica e inserção institucional, descrevendo o nome da instituição, departamento, curso e laboratório a que pertence dentro desta instituição, endereço da instituição, cidade, estado e país; c) título condensado do trabalho (máximo de 50 caracteres); d) endereços para correspondência e eletrônico do autor principal; e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o projeto de estudo, se for o caso.

### Resumos (2ª página)

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve". O resumo e o abstract devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde do LILACS (<http://decs.bvp.br>) para fins de padronização de palavras-chaves.

## Corpo do Texto

**Introdução** - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor (es) a empreender a pesquisa;

**Materiais e Métodos** - descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

**Resultados** - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

**Discussão** - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (na Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

**Conclusão** – deve ser apresentada de forma objetiva a (as) conclusão (ões) do trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Obs.: Quando se tratar de pesquisas originais com paradigma qualitativo não é obrigatório seguir rigidamente esta estrutura do corpo do texto. A revista recomenda manter os seguintes itens para este tipo de artigo: Introdução, Objeto de Estudo, Caminho Metodológico, Considerações Finais.

## Tabelas e figuras

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras e tabelas devem ser digitados com fonte *Times New Roman*, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

**Tabelas.** Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela

deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas.

As tabelas não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).

Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

#### Citações e referências bibliográficas

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals* do *Index Medicus* (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

#### Agradecimentos

Quando pertinentes, serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências