



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

SUÊNIA SIMONE DE QUEIROZ

**EFICÁCIA DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO TRABALHO DE  
PARTO INDUZIDO DE NULÍPARAS DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO:  
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Recife

2025

SUÊNIA SIMONE DE QUEIROZ

**EFICÁCIA DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO TRABALHO DE  
PARTO INDUZIDO DE NULÍPARAS DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO:  
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Fisioterapia em Saúde da Mulher. Área de concentração: Fisioterapia na Atenção à Saúde

Orientador (a): Caroline Wanderley Souto Ferreira

Recife

2025

Queiroz, Suênia Simone de.

Eficácia da assistência fisioterapêutica no trabalho de parto induzido de nulíparas de alto risco obstétrico: ensaio clínico randomizado / Suenia Simone de Queiroz. - Recife, 2025.

90f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, 2025.

Orientação: Caroline Wanderley Souto Ferreira.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Trabalho de parto induzido; 2. Nuliparidade; 3. Fisioterapia; 4. Parto humanizado. I. Ferreira, Caroline Wanderley Souto. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

SUÊNIA SIMONE DE QUEIROZ

**EFICÁCIA DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO TRABALHO DE  
PARTO INDUZIDO DE NULÍPARAS DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO:  
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Fisioterapia em Saúde da Mulher. Área de concentração: Fisioterapia na Atenção à Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andrea Lemos Bezerra de Oliveira (Examinadora interna ao PPG)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Débora Farias Batista Leite (Examinadora externa ao PPG)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Julianna de Azevedo Guendler (Examinadora externa a UFPE)

Faculdade Pernambucana de Saúde

## APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é fruto de uma pesquisa desenvolvida dentro da área de Saúde da Mulher, pertencente ao Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O propósito dessa pesquisa foi de avaliar a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais, sobre intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco no trabalho de parto induzido.

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque e conforme as recomendações CONSORT, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (parecer n. 6.340.440) e publicado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), sob o número RBR-86rj26s. Foi realizada em duas etapas: (I) assistência ao parto e entrevista pós-parto, no período de Outubro/2023 a Agosto/2024, em sala de parto de uma maternidade de referência.

Adicionalmente, o mestrado possibilitou o envolvimento em diversas atividades de cunho acadêmico-científico, conforme listadas abaixo:

- ✓ Estágio à docência na disciplina de Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher, no curso de Fisioterapia da UFPE (2023);
- ✓ Coorientação de projetos de iniciação científica com contemplação de bolsas às estudantes de graduação vinculadas ao projeto, sob orientação da prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Caroline Wanderley Souto Ferreira:
  - Amanda Paula Carneiro Silva, com projeto intitulado “*Medo do parto e seus fatores associados no trabalho de parto induzido de nulíparas de alto risco obstétrico: estudo transversal*” (2023-2024);
  - Beatriz Coutinho Miranda Cavalcanti, com projetos intitulados “*Associação entre fadiga materna e percepção de dor em nulíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido: estudo transversal*” (2023-2024) e “*O acesso de nulíparas de alto risco obstétrico à informação sobre o trabalho de parto induzido: estudo transversal*” (2024-2025);
  - Izabel Cristina Ferreira da Silva, com projetos intitulados “*Satisfação e experiência materna de nulíparas de alto risco obstétrico após trabalho de parto induzido: estudo transversal*” (2023-2024) e “*Escolha da posição materna de nulíparas de alto risco obstétrico no período expulsivo: estudo transversal*” (2024-2025);

- ✓ Reuniões científicas realizadas com o grupo de pesquisa (estudantes de graduação e pós-graduação), no Laboratório de Fisioterapia da Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (LAFISMA), sob orientação da prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Caroline Wanderley Souto Ferreira;
- ✓ Coorientação em Trabalho de Conclusão de Curso da estudante de graduação Vanessa Vasconcelos de Freitas, com trabalho intitulado: “*Percepção de fadiga materna no primeiro estágio do trabalho de parto, de risco habitual, e os seus fatores associados: estudo transversal*” (2023);
- ✓ Projeto de extensão: A mestranda participou, em 2023 e 2024, como membro auxiliar da equipe de coordenação do PROGESTA (Programa de Atenção à Gestantes), um projeto de extensão multiprofissional vinculado ao Hospital das Clínicas/UFPE, voltado a fisioterapia como instrumento de Educação em Saúde para Gestantes, orientado pela Profa. Dra. Caroline Wanderley.
- ✓ Participação, produção autoral e coorientação de resumos apresentados em eventos científicos: III Congresso Nacional de Fisioterapia na Saúde da Mulher e do Homem (CONEFISMH 2022); 48º Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia (SOGOPE 2024); IV Simpósio do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia da UFPE (2024); 2º Congresso Nacional em Saúde do Hospital das Clínicas da UFPE (ConSaúde 2024);

Como resultados obtidos nesta dissertação, obteve-se um artigo original intitulado “*Medo do parto de nulíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido: Estudo transversal*” aceito e publicado na revista *Contribuciones a las ciencias sociales* com conceito QUALIS A4 para CAPES (2017-2020).

O desenvolvimento dessa dissertação obedeceu às normas vigentes do Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Fisioterapia da UFPE. Os resultados obtidos no estudo estão descritos em formato de artigo científico, disponível no apêndice desta dissertação.

## AGRADECIMENTOS

A conclusão deste mestrado foi possível graças ao apoio e colaboração de todos que fizeram parte desta jornada. Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, prof<sup>a</sup>. Caroline Wanderley Souto Ferreira, pela orientação, paciência e valiosos conselhos ao longo de todo o processo. Sua experiência, acolhimento e parceria foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho, bem como para meu crescimento pessoal para além do âmbito acadêmico e profissional.

Sou profundamente grata à minha mãe – um exemplo de mulher batalhadora, que sempre lutou e sacrificou-se para garantir minha formação acadêmica, na esperança de um futuro estável para ambas, seguindo o princípio de que a Educação é o caminho. Obrigada pelo apoio incondicional e pela compreensão durante os momentos difíceis e por acreditar em mim em todas as etapas deste percurso.

Às minhas amigas de longa data, bem como aos colegas de curso e de profissão, que me acompanharam durante esse processo, oferecendo apoio emocional e intelectual, e sempre dispostos a compartilhar ideias e discutir sobre as questões que envolviam meu trabalho. Seu amor e incentivo foram fundamentais para que eu conseguisse atingir este objetivo.

Agradeço também às parturientes e à equipe de profissionais de saúde da maternidade pública de referência que tornou possível a realização deste estudo, que me forneceram o acesso, a permissão e os recursos necessários para a realização das atividades práticas e experimentais.

Por fim, de modo geral, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o sucesso deste trabalho, e que, de alguma forma, participaram desta caminhada.

Muito obrigado a todos.

*Times and places  
Are all in who you share 'em with  
And it's life, and the point is  
Enjoyin' who you share it with  
Joy is who you share it with*

by **Who You Share It With – Layup** 🎵🎵

## RESUMO

A indução do trabalho de parto é uma importante estratégia para a redução dos altos índices de cesárea na gestação de alto risco. Neste contexto, a assistência fisioterapêutica apresenta benefícios capazes de favorecer o parto via vaginal. Por isso, o objetivo desse estudo foi avaliar a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais, sobre intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco no trabalho de parto induzido. Trata-se de um ensaio clínico randomizado, realizado de outubro/2023 a agosto/2024, em sala de parto de uma maternidade de referência, com 70 nulíparas de alto risco obstétrico, na fase ativa do trabalho de parto. O grupo controle recebeu os cuidados intraparto usuais do serviço, e o grupo experimental foi submetido a protocolo fisioterapêutico pré-definido. Foram utilizados como instrumentos de avaliação: ficha de avaliação para obtenção de dados sociodemográficos e obstétricos; Escala Visual Analógica para quantificar a intensidade de dor e Questionário de Percepção materna de Fadiga no Parto, aplicados na fase ativa do parto. Foi realizada a análise descritiva e inferencial dos dados. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, sendo considerado o nível de significância quando  $p < 0,05$ . A amostra final foi composta por nulíparas, em sua maioria, jovens, solteiras, com 10 a 12 anos de estudo, classificadas como alto risco obstétrico devido ao diagnóstico de síndromes hipertensivas, sendo submetidas a indução do parto com cerca de 38 semanas gestacionais. Todas tiveram acesso a assistência pré-natal, predominantemente em rede pública de saúde, porém a maioria negou ter realizado aulas de preparação para o parto no período gestacional. Além disso, em ambos os grupos, observou-se maior prevalência de alta fadiga na fase ativa do trabalho de parto; percepção materna de dor moderada entre 5 e 7 centímetros de dilatação cervical e dor intensa quando dilatação cervical acima de 8 centímetros. A maioria das participantes evoluiu com parto vaginal espontâneo, em posição expulsiva semissentada, com laceração perineal espontânea grau 2. Não houve diferença entre grupos quanto a intensidade de dor, fadiga materna e via de parto. Além disso, observamos que o grupo controle foi assistido, pela equipe do setor, seguindo as melhores práticas intraparto preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. Por essa razão, acredita-se que não foi possível concluir a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais intraparto do serviço, sobre a intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco, no trabalho de parto induzido.

**Palavras-chave:** trabalho de parto induzido; nuliparidade; fisioterapia; parto humanizado.

## ABSTRACT

Labor induction is an important strategy for reducing the high rates of cesarean sections in high-risk pregnancies. In this context, physiotherapy care has benefits that can favor vaginal delivery. Therefore, the objective of this study was to evaluate the effectiveness of physiotherapy care, compared to usual care, on pain intensity, maternal fatigue, and route of delivery of high-risk nulliparous women in induced labor. This is a randomized clinical trial, carried out from October 2023 to August 2024, in the delivery room of a reference maternity hospital, with 70 high-risk nulliparous women in the active phase of labor. The control group received the usual intrapartum care of the service, and the experimental group underwent a predefined physiotherapy protocol. The following assessment instruments were used: assessment form to obtain sociodemographic and obstetric data; Visual Analogue Scale to quantify pain intensity and Maternal Perception of Fatigue Questionnaire during Labor, applied in the active phase of labor. Descriptive and inferential data analysis was performed. All tests were applied with 95% confidence, with significance level considered when  $p < 0.05$ . The final sample consisted of nulliparous women, mostly young, single, with 10 to 12 years of education, classified as high obstetric risk due to the diagnosis of hypertensive syndromes, undergoing labor induction at approximately 38 weeks of gestation. All had access to prenatal care, predominantly in the public health network, but most denied having attended childbirth preparation classes during the gestational period. In addition, in both groups, a higher prevalence of high fatigue was observed in the active phase of labor; maternal perception of moderate pain between 5 and 7 centimeters of cervical dilation and intense pain when cervical dilation above 8 centimeters. Most participants had spontaneous vaginal delivery in a semi-sitting position, with spontaneous grade 2 perineal laceration. There was no difference between the groups regarding pain intensity, maternal fatigue, and delivery route. Furthermore, we observed that the control group was assisted by the department team, following the best intrapartum practices recommended by the World Health Organization. For this reason, we believe that it was not possible to conclude the effectiveness of physical therapy assistance, compared to the usual intrapartum care of the service, on pain intensity, maternal fatigue, and delivery route of high-risk nulliparous women in induced labor.

**Keywords:** induced labor; nulliparity; physiotherapy; humanized childbirth.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

**Quadro 1** – Protocolo Fisioterapêutico (exclusivo ao grupo experimental)

### **ARTIGO 1**

**Figura 1** – Fluxograma das participantes do estudo

### **ARTIGO 2**

**Figura 1** – Fluxograma CONSORT

## **LISTA DE TABELAS**

### **ARTIGO 1**

**Tabela 1** – Medo do parto de primíparas de alto risco obstétrico submetidas ao trabalho de parto induzido

### **ARTIGO 2**

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico e gestacional das nulíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido

**Tabela 2** – Variáveis relacionadas ao trabalho de parto e ao parto das nulíparas induzidas por misoprostol do grupo experimental e do grupo controle

**Tabela 3** – Percepção dor e fadiga materna no trabalho de parto induzido de nulíparas de alto risco obstétrico

**Tabela 4** – Perfil de cuidados intraparto usuais prestados pela equipe do serviço no trabalho de parto induzido de nulíparas de alto risco obstétrico

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	13
1.1 Indução do parto	13
1.2 Dor do parto	15
1.3 Assistência fisioterapêutica à parturiente	17
<b>2. OBJETIVOS</b>	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
<b>3. METODOLOGIA</b>	19
3.1 Desenho, local e período do estudo	20
3.2 População do estudo	20
3.3 Amostra de participantes	20
3.4 Critérios de elegibilidade	20
3.5 Fluxograma de captação e acompanhamento das participantes	21
3.6 Coleta de dados	22
3.6.1 <i>Procedimentos para a coleta de dados</i>	22
3.6.2 <i>Instrumentos de avaliação</i>	29
3.6.3 <i>Aspectos éticos</i>	30
3.6.4 <i>Análise e interpretação de dados</i>	31
<b>4. RESULTADOS</b>	32
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	33
<b>REFERÊNCIAS</b>	34
<b>APÊNDICES/ANEXOS</b>	36
APÊNDICE 1 – Lista de checagem (elegibilidade)	36
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para maiores de 18 anos	37
APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para responsável legal de menores de 18 anos	40
APÊNDICE 4 – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)	43
APÊNDICE 5 – Cartilha educativa	46
APÊNDICE 6 – Ficha de avaliação semiestruturada	47
APÊNDICE 7 – Artigo original aceito e publicado	49
APÊNDICE 8 – Artigo original submetido	63

ANEXO 1 – Escala Visual Analógica (EVA) para a dor	80
ANEXO 2 – Questionário sobre o Medo Percebido no Parto (QMPP)	81
ANEXO 3 – Questionário de Percepção materna de Fadiga com o Parto (QMFP)	83
ANEXO 4 – Parecer de Aprovação do Comitê De Ética Em Pesquisa	85

## 1. INTRODUÇÃO

### 1. Indução do parto

A indução do parto é definida como o processo de estimulação artificial do útero para desencadear o trabalho de parto. Tal estratégia terapêutica pode ser indicada, quando a continuidade da gravidez, confrontada com fatores desfavoráveis, eleva os riscos para a mãe ou para o bebê. Para isso, é necessária uma avaliação individualizada para cada gestante, incluindo sua situação clínica e autonomia (CARLSON et al., 2021; MCCARTHY et al., 2022).

Nas últimas décadas, a taxa de indução do parto tem aumentado mundialmente, com dados da Organização Mundial da Saúde mostrando uma média de 10%. Isso pode ser justificado devido à crescente prevalência das indicações clínicas para indução do parto, como distúrbios hipertensivos, idade materna avançada, diabetes mellitus gestacional, e outros fatores que configuram gestações complicadas, também definidas como gestações de alto risco obstétrico. Logo, para gestantes de alto risco, a indução do parto em comparação com o manejo expectante reduz o risco de morte perinatal e complicações maternas intraparto e pós-parto (CARLSON et al., 2021; SØRBYE et al., 2020).

Após tomada de decisão compartilhada entre gestante e profissional de saúde, a indução do parto geralmente envolve: (I) amadurecimento cervical (se necessário); e (II) estimulação das contrações uterinas associado ao manejo do primeiro estágio do trabalho de parto (SØRBYE et al., 2020).

A principal condição para o andamento fisiológico do trabalho de parto e o sucesso do parto vaginal é a condição de maturação do colo uterino. Para avaliá-la, utiliza-se o índice de Bishop, a partir do qual é possível averiguar a necessidade do uso de métodos de maturação do colo e as chances de sucesso da indução. Tal resposta é obtida através do escore total de pontos, conforme as seguintes condições avaliadas: altura de apresentação fetal; dilatação cervical uterina; esvaecimento/apagamento do colo uterino; consistência e posição do colo uterino (MARCONI, 2019; SØRBYE et al., 2020).

Atualmente, preconiza-se que a maturação cervical continue até Bishop superior ou igual a 6 pontos para multíparas e 8 pontos ou superior para nulíparas, a fim de progredir à fase de manejo do primeiro estágio do trabalho de parto. Para promover o amadurecimento cervical, são utilizados métodos mecânicos e/ou farmacológicas, como descolamento de membranas, balão de amadurecimento cervical (sonda de Foley), e o uso de análogos de prostaglandinas (como por exemplo, o misoprostol) (CARLSON et al., 2021).

Quando comparado aos outros métodos, o misoprostol se destaca como primeira escolha, devido a sua eficácia comprovada seja em uso de forma isolada e/ou associada a outras intervenções; além de reduzir a taxa de cesáreas, o período de latência até o parto e a necessidade de ocitocina sintética para indução ou condução do parto. Este medicamento trata-se de um análogo sintético da prostaglandina E1 – efetiva para indução do parto, independente da integridade das membranas ovulares (CARLSON et al., 2021; MCCARTHY et al., 2022).

Vale ressaltar que a via (oral, sublingual, vaginal ou retal), o número de doses e a frequência de administração de misoprostol são variáveis com base nas diretrizes institucionais e/ou preferência do provedor, embora a via vaginal seja a mais comumente estudada, sendo frequentemente administrado a cada 4–6 horas, ao decorrer do processo de maturação cervical a termo (CARLSON et al., 2021; MCCARTHY et al., 2022).

No Brasil, configura-se um método farmacológico de baixo custo, disponível em comprimidos de 25 microgramas, administrado em dose única ou dupla (25 ou 50 mcg) no intervalo de 4–6 horas, com via de administração preferencialmente vaginal, considerando avaliação individualizada e contínua do processo de amadurecimento cervical de cada gestante, a fim de atingir o índice de Bishop esperado para a progressão e manejo do primeiro estágio do trabalho de parto, conforme mencionado anteriormente.

No processo de indução do parto, a etapa consecutiva à maturação cervical (fase latente até 5 centímetros de dilatação cervical) foca na dilatação cervical progressiva na fase ativa do trabalho de parto, através da estimulação de contrações uterinas, destacando-se os seguintes métodos: amniotomia e/ou ocitocina sintética (administrada intravenosamente), se necessários, sendo capaz de iniciar ou aumentar o ritmo das contrações uterinas, para progredir à fase expulsiva (segundo estágio do trabalho de parto)(CARLSON et al., 2021; MARCONI, 2019; SØRBYE et al., 2020).

Em princípio, pode-se dizer mais de 50% dos casos submetidos a indução do parto, quando bem-sucedida, atinge o desfecho de parto vaginal (também nulíparas com colo imaturo). No entanto, estudos observacionais associam a indução do parto a maior incidência de desacelerações da frequência cardíaca fetal, aumento da contratilidade uterina com hipertonia e taquissístolia, mais dor no parto e maior frequência de parto operatório (MARCONI, 2019; SØRBYE et al., 2020).

Logo, a indução do parto não é isenta de riscos, pois mais intervenções são realizadas em partos induzidos do que espontâneos, como vimos anteriormente. Apesar de seus

benefícios, a indução do parto confere impactos econômicos e pessoais significativos para o sistema de saúde e suas usuárias, pois requer aumento de pessoal para maior monitoramento materno-fetal, e pode contribuir para implicações negativas com o trabalho de parto, favorecendo uma experiência materna de parto negativa (MCCARTHY et al., 2022; SØRBYE et al., 2020).

## 1.2. Dor do parto

Embora a dor seja uma experiência altamente subjetiva, é um fato inegável que a dor do parto se torna mais intensa à medida que o processo de parto avança. De maneira geral, a primeira fase do trabalho de parto (também conhecida como fase de dilatação cervical) caracteriza importante estresse emocional para a mulher, não apenas devido à perspectiva do parto, como também por causa das contrações uterinas (BARUT et al., 2024).

A percepção de dor pode ser variável, conforme intensidade e duração das contrações (fatores físicos), envolvendo um conjunto de fatores emocionais e culturais (estresse, ansiedade e medo), ou ainda experiências prévias e/ou expectativas atuais relativas ao contexto obstétrico, que podem contribuir para a gravidade da dor do parto (IBRAHIM et al., 2024).

Além disso, a dor excessiva do parto, ou inadequadamente controlada, pode aumentar as complicações materno-fetais, levando a experiências negativas ou traumáticas no parto. Dentre as principais complicações intraparto relacionadas à dor, ansiedade e estresse exacerbados no processo de parturição, podemos destacar: hiperventilação associada a alcalose respiratória grave; hipoxemia fetal e acidose metabólica; alteração da dinâmica uterina, decorrente da secreção aumentada de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), que podem interromper a secreção de ocitocina, o que pode reduzir a velocidade ou interromper completamente o ritmo de contrações uterinas (BARUT et al., 2024; IBRAHIM et al., 2024).

Diante desse contexto, mães despreparadas, orientadas de forma inadequada ou não orientadas podem apresentar maior dificuldade no enfrentamento do processo de parturição. Sabe-se que primigestas e/ou nulíparas, em especial as de alto risco obstétrico, podem apresentar maior risco de sofrer implicações negativas com o trabalho de parto (BARUT et al., 2024), tais como: (a) maior duração, levando em consideração o tempo de maturação artificial do colo uterino somado à progressão do trabalho de parto espontâneo desencadeado, o que pode favorecer o desenvolvimento de fadiga materna; (b) alta incidência de cesarianas, que afetam a qualidade de vida da mulher no pós-parto; (c) maior

propensão ao trauma perineal, o que pode acarretar disfunções do assoalho pélvico; (d) e maior estresse emocional durante o processo de parturição associado a insatisfação materna, ou percepção traumática do parto, o que pode afetar suas experiências em gestações futuras, e em casos mais graves, desencadear ou exacerbar transtornos psicológicos puerperais, como a síndrome do estresse pós-traumático (BARUT et al., 2024).

Portanto, para prevenir complicações obstétricas e necessidades adicionais de intervenção clínicas, o principal objetivo do cuidado intraparto é o controle da dor do parto, a fim de melhorar a experiência de parto das mulheres, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde (BARUT et al., 2024).

O controle algico durante o trabalho de parto envolve medidas farmacológicas e não-farmacológicas. As intervenções farmacológicas incluem analgesia epidural, analgesia espinhal, analgesia combinada raqui-epidural, óxido nitroso e opioides sistêmicos (BARUT et al., 2024).

Embora haja evidências que comprovem maior efetividade da analgesia farmacológica, também relatam efeitos adversos potenciais, como: (a) efeitos colaterais obstétricos: percepção de falta de controle materno, início tardio ou prolongamento do segundo estágio do parto, maior risco de partos instrumentais e cesarianas; (b) efeitos colaterais maternos: depressão respiratória, febre, coceira, náusea/vômito, hipotensão e sedação; (c) efeitos colaterais fetais/neonatais: redução da variabilidade da frequência cardíaca fetal, depressão respiratória e alterações neurocomportamentais (BARUT et al., 2024; INGRAM; BRADY; PEACOCK, 2022).

Por essa razão, o incentivo ao uso de métodos não-farmacológicos é recomendado e vem aumentando exponencialmente, a fim de retardar a aplicação da analgesia farmacológica, sendo esta utilizada como medida refratária à primeira escolha, conforme preferências e tolerância da parturiente (IBRAHIM et al., 2024).

Dentre as principais medidas não-farmacológicas para gerenciamento da dor do parto, destacam-se intervenções mente-corpo, como: hidroterapia/imersão em água, massagem, calor, exercícios respiratórios, ioga, música, reflexologia, hipnose, acupuntura, bolas de parto, estimulação elétrica nervosa transcutânea, aromaterapia e parto ativo (BARUT et al., 2024).

Tais métodos são considerados não invasivos e podem influenciar positivamente a dor e o desconforto materno, reduzindo a ansiedade e o estresse e proporcionando autoconfiança e conforto à parturiente, beneficiando a experiência positiva da mulher no

parto. E, ao contrário da analgesia farmacológica, os métodos não-farmacológicos são econômicos, seguros (representam um risco mínimo ou nenhum para a mãe e para o feto) e não afetam o progresso do trabalho de parto, visto que tal gerenciamento se concentra nas funções normais do corpo, favorecendo um processo de parturição fisiológico ativo e inalterado, no qual a dor cumulativa pode ser configurada para desconforto funcional (IBRAHIM et al., 2024; INGRAM; BRADY; PEACOCK, 2022).

Pesquisas indicam que a maioria das mulheres relatam ser capazes de controlar a dor do parto usando métodos não-farmacológicos, atribuindo alta satisfação materna com essa abordagem. Logo, tais métodos devem ser ofertados e encorajados, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde, por parteiras e/ou provedores de cuidados obstétricos, que têm a oportunidade de construir relacionamento e confiança com as mulheres durante o trabalho de parto de desempenhar um papel crucial na tomada de decisão e gerenciamento contínuo da dor durante o trabalho de parto, a fim de proporcionar uma experiência materna mais positiva (IBRAHIM et al., 2024; INGRAM; BRADY; PEACOCK, 2022).

No entanto, muitas pacientes hospitalizadas tendem a não receber intervenções não-farmacológicas para alívio da dor, o que pode afetar negativamente seu bem-estar físico, emocional e espiritual, bem como aumentar as complicações pós-parto e os custos à saúde (IBRAHIM et al., 2024).

Diante do exposto, no contexto obstétrico assistencial, compreendem-se várias barreiras à implementação do gerenciamento não-farmacológico da dor do parto, como: descrença dos profissionais de saúde quanto a eficácia dos métodos não-farmacológicos em comparação com as abordagens farmacológicas; maior carga de trabalho, equipe insuficiente e restrições de tempo, para aplicação contínua de métodos não-farmacológicos; e fatores ambientais, como estrutura e recursos inadequados das salas de parto (INGRAM; BRADY; PEACOCK, 2022).

Nesse contexto, a atuação fisioterapêutica intraparto pode assumir importância fundamental, no que se refere ao alívio da dor através do uso de recursos não-farmacológicos, suporte contínuo e parturição mais ativa, com base nas evidências a seguir (DELGADO et al., 2025).

### 1.3. Assistência fisioterapêutica à parturiente

A Organização Mundial de Saúde preconiza, em suas diretrizes de cuidados intraparto, a necessidade de ofertar métodos farmacológicos e não-farmacológicos para gerenciamento da dor durante o trabalho de parto, encorajando também a adoção variada de

posturas, deambulação e outras práticas não-invasivas que favoreçam a progressão eficaz e ativa do processo de parturição, maior satisfação materna e desfechos obstétricos favoráveis. Os denominados “cuidados maternos respeitosos” são ofertados por profissionais de saúde (provedores de cuidados obstétricos), através de assistência multidisciplinar baseada em evidências para garantir uma experiência positiva de parto para as mulheres (DELGADO et al., 2025; PUTHUSSERY et al., 2023).

Compondo a equipe multidisciplinar para assistência intraparto, fisioterapeutas especializados em Saúde da Mulher, com maior expertise biomecânica e funcional, desempenham um papel de extrema importância na prescrição e aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor, de forma segura e eficaz; facilitação da progressão do trabalho de parto; e promoção de autocapacidade e autodesempenho das mulheres durante o trabalho de parto (DELGADO et al., 2025).

Dentre as principais condutas utilizadas por fisioterapeutas na assistência à parturiente, podemos destacar: cinesioterapia com ou sem bolas, mobilidade e posicionamento corporal, termoterapia, crioterapia, eletroterapia, exercícios respiratórios e outras opções, que podem ser utilizadas individualmente ou combinadas, para melhorar a progressão, a qualidade assistencial e a satisfação materna intraparto (DELGADO et al., 2025; NETA et al., 2022).

No Brasil, vários estados já implementaram uma legislação que torna obrigatória a presença de fisioterapeutas 24 horas em maternidades públicas e privadas (DELGADO et al., 2025). No entanto, infelizmente, ainda se observa um número mínimo de instituições de saúde, em especial as públicas, que incluem a fisioterapeuta no quadro de profissionais envolvidos na assistência ao trabalho de parto, o que reflete a necessidade de produção científica que correlacionem a assistência à parturiente à atuação do profissional fisioterapeuta, em especial à população de alto risco obstétrico, visto que as evidências encontradas envolvem, em sua maioria, gestantes de risco habitual.

Logo, levando em consideração que, a indução terapêutica, voltada à estimulação do trabalho de parto, através de métodos farmacológicos e mecânicos pontuais (MCCARTHY et al., 2022), difere da condução terapêutica, voltada à aceleração do trabalho de parto, através de vários métodos que podem ser usados de forma simultânea, assim como precedido na assistência fisioterapêutica, são escassas evidências científicas que as associem, o que revela uma lacuna científica importante em âmbito acadêmico-assistencial.

Por essa razão, o objetivo desta pesquisa é avaliar a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais, sobre intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido.

## **2. OBJETIVOS**

**2.1 Geral:** Avaliar a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais, sobre intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido.

### **2.2 Específicos:**

ARTIGO 1 – Com nulíparas em trabalho de parto induzido, sob acompanhamento fisioterapêutico ou não, avaliar:

- Incidência e/ou gravidade de medo do trabalho de parto e do parto.

ARTIGO 2 – Com nulíparas em trabalho de parto induzido, sob acompanhamento fisioterapêutico ou não, comparar:

- Via de nascimento (vaginal ou cesariana);
- Intensidade de dor;
- Incidência e/ou gravidade de fadiga materna durante o trabalho de parto.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1 Desenho, local e período do estudo**

Ensaio clínico randomizado/aleatório, prospectivo, conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque e conforme as recomendações CONSORT, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (parecer n. 6.340.440) e publicado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), sob o número RBR-86rj26s.

Este estudo foi realizado no período de Outubro/2023 a Agosto/2024, em sala de parto de uma maternidade pública de referência em saúde ao público-alvo do estudo.

### 3.2 População do estudo

O público-alvo desse estudo foram nulíparas de alto risco obstétrico, com indicação de interrupção gestacional por indução terapêutica, respeitando os critérios de elegibilidade.

### 3.3 Amostra de participantes

Foi realizado o cálculo amostral, através de [estudo piloto prévio](#) com 16 participantes no total (CAAE: 42609821.2.0000.8807), no qual houve 7 partos vaginais e 9 cesarianas, decorrentes de complicações maternas intraparto; e houve predominante relato de dor moderada na fase ativa inicial (4 a 7 cm de dilatação cervical), e dor intensa na fase ativa tardia (8 a 10cm de dilatação cervical) do trabalho de parto.

Levando em consideração  $\alpha = 0,05$  e Power de 80% e utilizando as variáveis primárias: via de nascimento (vaginal ou cesariana) e intensidade de dor (EVA), o maior número encontrado, dentre tais variáveis primárias, foi considerado como o N amostral, sendo este acrescido de 20%, para compensar possíveis perdas de seguimento. Desta forma, o tamanho da amostra para esta pesquisa foi de 70 participantes no total, sendo estas igualmente distribuídas entre um grupo controle e um grupo experimental.

### 3.4 Critérios de Elegibilidade

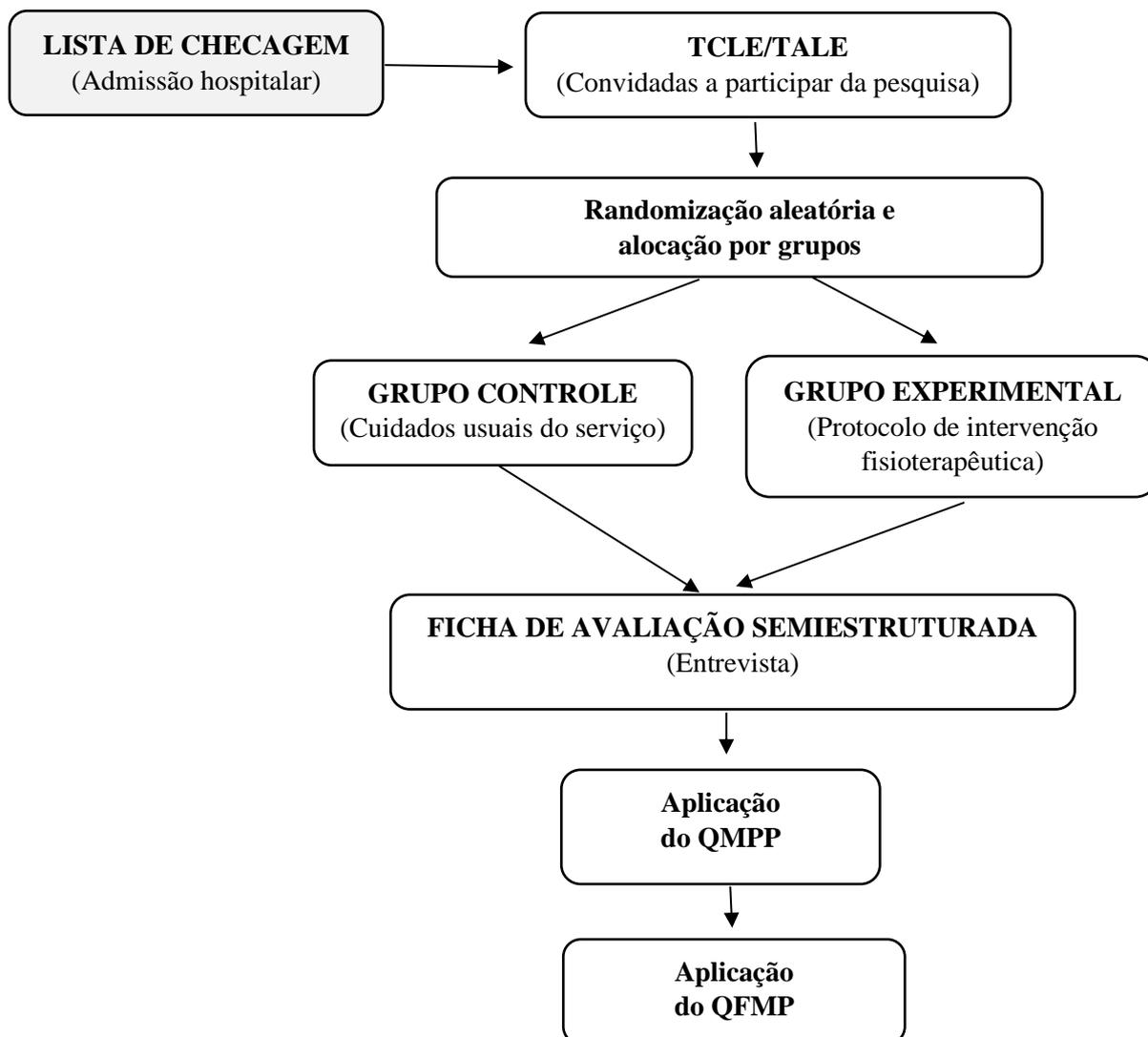
Foram incluídas:

- ✓ Nulíparas;
- ✓ Indução do parto com preparo do colo uterino por misoprostol 25mcg, via vaginal;
- ✓ Idade gestacional entre 37 e 42 semanas, confirmadas pela data da última menstruação e/ou pela ultrassonografia obstétrica mais recente;
- ✓ Presença de feto único, vivo, com apresentação cefálica;

Foram excluídas:

- Mulheres com dificuldade em compreender comandos verbais (barreiras linguísticas, como por exemplo, libras e/ou idiomas estrangeiros);
- Identificação de fatores obstétricos ao decorrer da internação que sugeriram falha de indução ou indicação à cesariana, na fase latente do trabalho de parto.

## 3.5 Fluxograma de captação e acompanhamento das participantes



Com base na demanda espontânea de admissões hospitalares ao local da pesquisa, a pesquisadora preencheu uma lista de checagem [APÊNDICE 1] para cada gestante, contendo os critérios de elegibilidade, levando em consideração a análise dos prontuários e a articulação com a equipe médica do Centro Obstétrico. Desta forma, aquelas que atenderam à elegibilidade, receberam uma explanação quanto à proposta do estudo (incluindo riscos e benefícios), sendo, posteriormente, na fase ativa do trabalho de parto (após maturação/preparo do colo uterino)(CARLSON et al., 2021), convidadas a participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos emancipados ou pais/responsáveis pelos menores de idade [APÊNDICES 2 e 3] e/ou do Termo de Assentimento para adolescentes menores de 18 anos de idade [APÊNDICE 4].

Após recrutamento e aceite em participar da pesquisa, as gestantes foram alocadas aleatoriamente em 7 blocos com 10 parturientes cada, por meio de atribuição aleatória computadorizada, para um grupo experimental ou para um grupo de controle. A alocação foi oculta por meio de envelopes pretos opacos, numerados, lacrados com grampeador, preparados por uma pesquisadora externa não envolvida no estudo. A fisioterapeuta, responsável pela coleta de dados, foi informada sobre a atribuição dos grupos após alocação, visto que atuou de forma observacional com as participantes do grupo controle e/ou de forma intervencionista com o grupo experimental. No entanto, para evitar/reduzir o risco de viés de seleção, os envelopes pretos foram retirados exclusivamente por profissional do setor não envolvido(a) no estudo, em ordem cronológica de admissão hospitalar das participantes elegíveis.

As participantes selecionadas ao grupo controle (GC) foram acompanhadas pela equipe de saúde fixa e habitual do serviço (Medicina, Enfermagem Obstétrica), a qual foi responsável, conforme dinâmica do serviço, por fornecer a assistência durante o trabalho de parto. Esse grupo teve a progressão do trabalho de parto acompanhada, apenas em caráter observacional, pela fisioterapeuta ou pelas estudantes de graduação em Fisioterapia, sob supervisão desta, que estavam vinculadas à pesquisa, a fim de registrar as orientações recebidas pelas participantes. Enquanto o grupo experimental (GE), recebeu a assistência fisioterapêutica durante o trabalho de parto, de forma contínua, através da aplicação e execução de protocolo pré-estabelecido para esta pesquisa. Vale ressaltar que a fisioterapeuta responsável pela execução deste protocolo ao GE possui especialização em Saúde da Mulher.

Além disso, a proposta da abordagem fisioterapêutica respeitou os protocolos assistenciais da instituição de saúde pública e não interferiu nas condutas clínicas do setor, mantendo-se a participação do(a) acompanhante da parturiente, além da presença e articulação com os residentes e internos do curso de Medicina e Enfermagem, para acompanhamento da evolução clínica de ambos os grupos do estudo.

### 3.6 Coleta de dados

#### *3.6.1 Procedimentos para a coleta de dados*

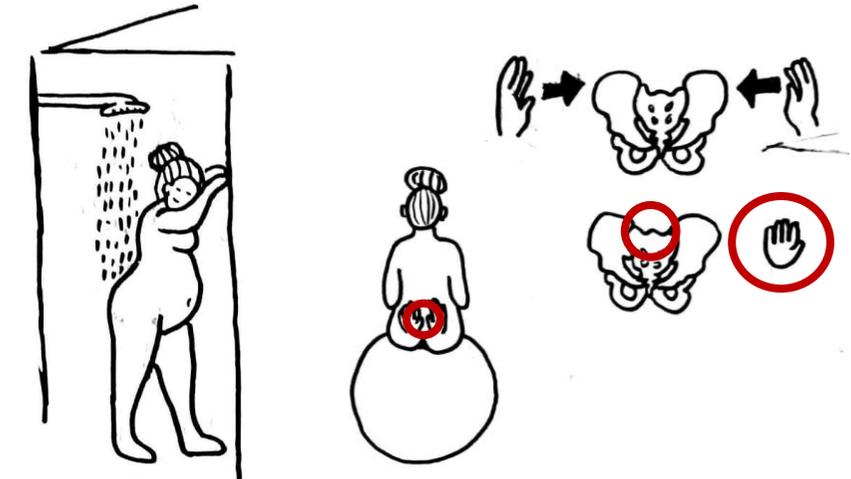
O grupo controle recebeu os cuidados usuais propostos pela equipe fixa e habitual do serviço (médicos e enfermeiras) quanto à assistência ao trabalho de parto e ao parto: recomendações referentes às posturas verticais, respiração, posição de parto e puxo, sendo

tais orientações registradas na ficha de avaliação de cada participante, por meio de observação da fisioterapeuta ou das estudantes de graduação em Fisioterapia, sob supervisão desta, que estão vinculadas à pesquisa.

Por sua vez, o grupo experimental, exclusivamente, foi submetido a um protocolo de intervenção fisioterapêutico pré-estabelecido para esta pesquisa (Quadro 1), com suporte fisioterapêutico contínuo. A assistência fisioterapêutica foi exercida através das seguintes condutas:

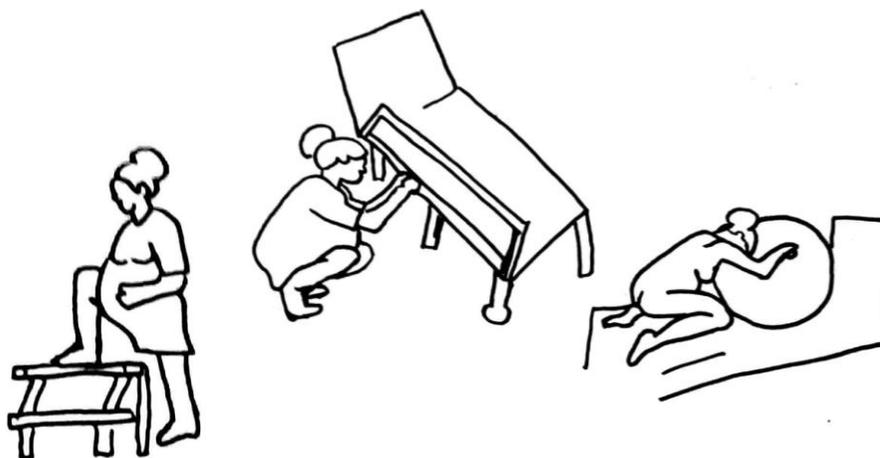
- I. **Educação em saúde** acerca de indução terapêutica por misoprostol, progressão do trabalho de parto e protocolo fisioterapêutico aplicado. Foi utilizada linguagem simples, evitando o vocabulário especializado, com o intuito de melhor orientar o uso coordenado da musculatura exigida à biomecânica da assistência ao parto, bem como integrar a mulher à ação voluntária, simbólica e consciente deste processo, favorecendo maior vínculo entre paciente e pesquisadora, bem como prevenção/redução de possível tocofobia ou ansiedade durante a parturição.
- II. **Execução de protocolo fisioterapêutico**, sendo este empregado a partir dos 5 centímetros de dilatação (fase ativa do trabalho de parto) e com presença de atividade uterina, respeitando a adesão e a autonomia de escolha das parturientes. O protocolo de intervenção fisioterapêutica foi dividido em 4 propostas: (a) Técnicas para analgesia; (b) Técnicas de respiração; (c) Recomendações na fase ativa do trabalho de parto (a partir dos 5 centímetros de dilatação); (d) Orientações no período expulsivo do trabalho de parto: posição de parto e sugestões ao puxo, se necessário.

**Quadro 1. Protocolo Fisioterapêutico (exclusivo ao grupo experimental)**

Fase ativa	Conduitas/técnicas sugeridas	Orientações para uso
	Educação em Saúde	Explicação acerca da indução terapêutica do parto por misoprostol, progressão do trabalho de parto e protocolo fisioterapêutico aplicado. (RICCHI et al., 2020)
<p><b>a) Técnicas para analgesia não-farmacológica</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Banho de aspersão;</li> <li>2. Compressão pélvica;</li> <li>3. Contrapressão sacral;</li> <li>4. Massoterapia em região lombossacra.</li> </ol>  <p>Fonte: Própria autoria</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Corresponde ao uso do chuveiro com água corrente sobre a região lombossacra da paciente. Pode ser associado ao uso da bola suíça ou à adoção da postura sentada com inclinação anterior de tronco; posição de pé com leve flexão cervical, inclinação anterior de tronco, anteversão pélvica e abdução de membros inferiores na distância ombro-a-ombro;</li> <li>2. A fisioterapeuta posicionou as mãos, bilateralmente, nas cristas ilíacas da paciente, executando pressão local, desde que tolerada pela parturiente, durante as contrações uterinas;</li> <li>3. A fisioterapeuta posicionou a região carpal de sua mão dominante na porção superior (base) do sacro da paciente, exercendo pressão local com movimento circular de punho (deslizamento, amassamento e pressão entre</li> </ol>

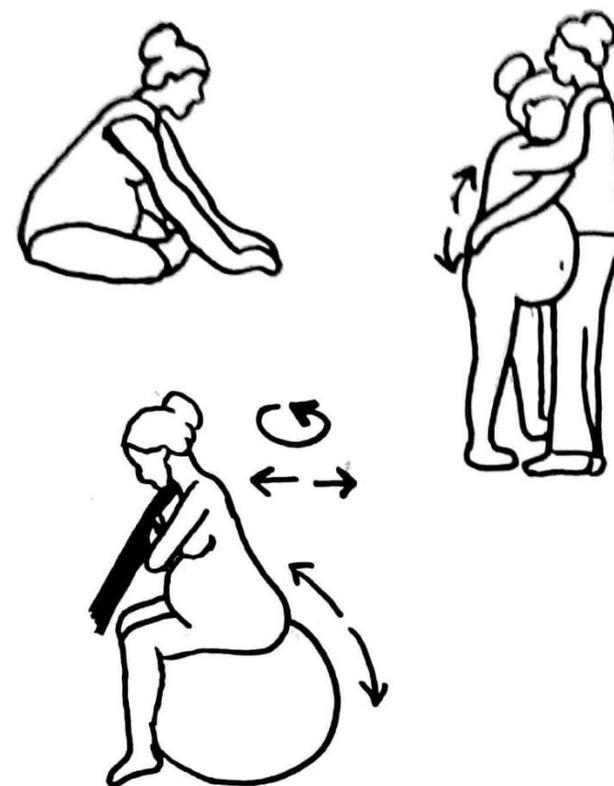
		S2-S4), desde que tolerável pela parturiente durante as contrações. (CAVALCANTI et al., 2019; ESKANDARI et al., 2023)
<b>b) Técnicas de respiração</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiração habitual</li> <li>2. Inspiração lenta e profunda.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respiração livre;</li> <li>2. Corresponde a inspiração lenta até atingir o volume inspiratório reserva seguida de expiração lenta até a capacidade pulmonar residual. Para obtenção desta medida visual, pode ser realizada uma contagem mental de 1 até 5 segundos, cada inspiração e cada expiração. Além disso, a fisioterapeuta observava até a parturiente atingir a capacidade pulmonar total e a partir deste ponto um novo ciclo respiratório foi estimulado, pois a repetição sequencial deste padrão respiratório pode levar a hiperventilação.  (ISSAC et al., 2023)</li> </ol>
<b>c) Recomendações na fase ativa do trabalho de parto</b>	<p style="text-align: center;"><b>Durante as contrações</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posição sentada associada a contranutação (retroversão pélvica) e inclinação anterior de tronco;</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>No intervalo das contrações</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posição de “borboleta” ou posição sentada com anteversão pélvica</li> </ol>

2. Posição sentada com alongamento dos adutores de coxa, rotação externa dos membros inferiores e inclinação anterior de tronco;
3. Ortostatismo com contranutação, inclinação anterior de tronco e leve flexão cervical.
4. Posição sentada ou em pé com anteversão pélvica associada à abdução e rotação externa de membros inferiores;
5. Posição de cócoras com apoio;
6. Posição ajoelhada/genupeitoral ou quatro apoios no leito.



Fonte: Própria autoria

2. Deambulação livre ou ortostatismo com mobilização pélvica;
3. Mobilização das articulações sacroilíacas e coxofemorais (podendo ser realizada sobre uma almofada, bola suíça, cadeira ou banquetta);



Fonte: Própria autoria

Fase expulsiva		
<p><b>a) Posição de parto</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quatro apoios</li> <li>2. Decúbito lateral</li> <li>3. Cócoras</li> </ol>	<p>Segundo a Organização Mundial de Saúde, deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.</p> <p>(FAMILIARI et al., 2023; SATONE; TAYADE, 2023)</p>
<p><b>b) Puxo</b></p>	<p><b>Recomendações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Antes de realizar o puxo, inspirar em um volume pulmonar de repouso: Não será estimulada uma respiração profunda, mas sim uma respiração confortável, sem que a parturiente faça uso excessivo da musculatura acessória inspiratória;</li> <li>✓ Iniciar o puxo quando a vontade for aumentando (o que não corresponde necessariamente ao início da contração);</li> <li>✓ Não necessariamente realizar o puxo em toda contração (pois pode haver contrações sem a necessidade de puxo);</li> <li>✓ Promoção de frases de suporte e apoio motivacional;</li> </ul>	<p><b>Precauções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Não orientar força “como se fosse defecar”, para evitar sobrecarga do períneo e fadiga materna;</li> <li>✓ Não estimular apneia prolongada, maior que 6 a 8 segundos, para evitar Manobra de Valsalva;</li> <li>✓ Não solicitar que a parturiente puxe as pernas em direção ao abdome.</li> <li>✓ Será contraindicada a respiração “de cachorrinho” ou com frequências respiratórias elevadas;</li> <li>✓ Em caso de desaceleração da frequência cardíaca fetal, realizar o puxo a cada 1 ou 2 contrações e rever o posicionamento.</li> </ul>

		(FAMILIARI et al., 2023; NETA et al., 2022; SATONE; TAYADE, 2023)
--	--	---

Todas as posturas sugeridas no protocolo de intervenção poderiam ser adaptadas, intervaladas e/ou intercaladas entre si para fornecer maior conforto à parturiente, respeitando a ação biomecânica objetivada à progressão individual do trabalho de parto. Dentre os principais materiais utilizados à execução do protocolo fisioterapêutico, destacaram-se: bola suíça para exercícios (65, 75 e/ou 80 centímetros); escada (2 degraus) para maca; cavalinho e espaldar.

Vale ressaltar que, as participantes com indicação à cesariana, ao decorrer do acompanhamento deste estudo, independente da alocação de grupos, receberam aconselhamento pré-operatório da fisioterapeuta, com o intuito de favorecer maior compreensão quanto à sua situação clínica e reduzir ansiedades, medos e angústias da mãe e do(a) acompanhante neste processo. Além disso, a fisioterapeuta forneceu uma cartilha educativa [APÊNDICE 5] a todas as participantes, com enfoque e explanação de orientações específicas aos cuidados puerperais e aleitamento materno, visando uma reabilitação eficaz e melhor qualidade de vida.

### 3.6.2 Instrumentos de avaliação

Ficha de avaliação semiestruturada [APÊNDICE 6]

Elaborada exclusivamente para esta pesquisa. Foi aplicada ao decorrer da pesquisa, por meio de entrevista com as participantes, com veracidade das informações comparadas em busca ativa de prontuários. Essa ficha foi composta por questões referentes às características sociodemográficas, obstétricas e clínicas das participantes.

Escala Visual Analógica da Dor (EVA) [ANEXO 1]

Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor da paciente, sendo atualmente a mais utilizada nos estudos para quantificação da dor. Essa escala é pontuada de 0 a 10, sendo 0 a ausência total de dor e 10 o nível máximo de dor (BORRELLI et al., 2023)

Foi utilizada, para cada participante, em duas fases distintas da pesquisa: fase ativa inicial do trabalho de parto (5 a 7 centímetros de dilatação cervical uterina); fase ativa tardia do trabalho de parto (8 a 10 centímetros de dilatação cervical uterina) (BORRELLI et al., 2023).

Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP) [ANEXO 2]

A fim de mensurar a severidade de medo do parto, foi desenvolvido o *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*, dividido em versão A e B, correspondente às expectativas pré-parto e experiências pós-parto, respectivamente (BERGAMINI et al., 2024). Para esta pesquisa, utilizamos o questionário versão A (ANEXO 2), o qual foi aplicado na fase latente do trabalho de parto, em ambos os grupos (controle e experimental), durante a entrevista inicial, após obtenção de dados sociodemográficos e clínicos maternos.

Trata-se de um questionário de autopreenchimento composto por 33 perguntas objetivas, avaliando receios e expectativas relativamente ao parto vaginal e classificando-os em

uma escala de Likert de seis pontos, de “nem um pouco” (0) a “extremamente” (5). O somatório das pontuações varia de 0 a 165; quanto maior o escore, maior a intensidade do medo do parto. Além disso, esta ferramenta possui alta confiabilidade na predição de medo do parto, com um alfa de Cronbach igual a 0,93 e já está traduzida e validada em outros idiomas, inclusive o português, sendo nomeado Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP) (BERGAMINI et al., 2024).

A literatura internacional, em sua maioria, reconhece que escores maiores ou iguais a 85 representam medo intenso, enquanto menores que 85, medo reduzido-moderado, também chamado de “medo administrável”. Enquanto um escore superior a 100 é considerado como tocofobia (BERGAMINI et al., 2024). Para esse estudo, considerou-se a seguinte classificação de medo do parto, segundo o escore no QMPP: pontuações de 0 a 37 indicam medo reduzido, de 38 a 65, medo moderado, de 66 a 84, medo elevado, de 85 a 99, medo intenso e acima de 100, tocofobia.

#### Questionário de percepção materna de fadiga no trabalho de parto (QMFP) [ANEXO 3]

O QMFP tem o intuito de representar a percepção da mulher quanto à fadiga associada ao trabalho de parto, sendo composto por 15 itens, que avaliam três dimensões: (I) fadiga física, como cansaço extremo ou esgotamento (9 itens); (II) fadiga psicológica, como sentimento de medo e déficit de concentração/atenção (3 itens); (III) fadiga emocional, como sentimento de incapacidade, angústia e irritação (3 itens). Apresenta opções de resposta para cada item por meio de uma escala Likert de cinco pontos escalonada da seguinte forma: (1) Nem um pouco; (2) um pouco; (3) Mais ou menos; (4) Muito e (5) Extremamente. Pode ser categorizado como baixa fadiga (15-50 pontos) e alta fadiga (51-75 pontos), através do score total pelo somatório das dimensões avaliadas (CHASITSANGUAN; KONGWATTANANON; HAWTHRONE, 2023; DELGADO et al., 2019).

O questionário apresentou boa confiabilidade, com consistência interna de 0,85 (Alpha de Cronbach), valor considerado aceitável e de acordo com a análise fatorial, é multidimensional (DELGADO et al., 2019). Nesta pesquisa, o questionário de percepção materna de fadiga no trabalho de parto foi aplicado, pela fisioterapeuta, na fase ativa do trabalho de parto, para as participantes de ambos os grupos.

#### 3.6.3 Aspectos éticos

As participantes desta pesquisa foram esclarecidas sobre o objetivo do estudo, procedimentos, relevância, riscos e benefícios e assinarão o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), conforme a resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde para participação no estudo.

O presente estudo apresentou, para as voluntárias, riscos relativos principalmente ao constrangimento ou ao sentimento de invasão de privacidade durante a entrevista e/ou as intervenções fisioterapêuticas propostas. Para atenuar ou evitar isso, a entrevista e as intervenções foram realizadas em espaço privativo ou adaptado com uso de biombo hospitalar, sem possibilidade de observação por quem esteja fora dele, de modo a possibilitar algum conforto e toda a segurança aos indivíduos. Além disso, a pesquisadora alertou a voluntária, desde o início, sobre a sua liberdade e autonomia para aceitar, optar ou negar a execução das intervenções propostas a qualquer momento.

#### *3.6.4 Análise e interpretação dos dados*

Dados pessoais, demográficos e obstétricos foram obtidos através dos registros médicos em prontuário e de entrevista com as participantes para preenchimento de ficha semiestruturada. A análise estatística foi realizada por meio do software SPSS 30.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows e o Excel 2016. Para análise de distribuição dos dados foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk; e para análise de homogeneidade, o Teste de Levene. As variáveis contínuas foram expressão em média e desvio-padrão; e as variáveis categóricas foram expressas em frequência absoluta ou relativa.

Para comparação das variáveis contínuas não-normais, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, e para variáveis normais, o teste T de Student. Para análise de associação entre variáveis categóricas foi aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, sendo considerado o nível de significância quando  $p < 0,05$ . Não houve perdas de seguimento.

#### **4. RESULTADOS**

Os resultados deste estudo estão apresentados no formato de artigos originais: (1) Aceito e publicado no periódico *Contribuciones a las Ciencias Sociales* (ISSN 1988-7833; Qualis A4); (2) Submetido ao periódico *Obstetrics & Gynecology* (ISSN 0029-7844; Qualis A1).

**ARTIGO 1: “MEDO DO PARTO DE NULÍPARAS DE ALTO RISCO OBSTÉTRICO EM TRABALHO DE PARTO INDUZIDO: ESTUDO TRANSVERSAL” (APÊNDICE 7)**

**ARTIGO 2: “EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO INDUZIDO DE NULÍPARAS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO”. (APÊNDICE 8)**

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, acredita-se que não foi possível concluir a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais intraparto do serviço, sobre a intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco, no trabalho de parto induzido, o que pode ser justificado pela assistência prestada ao grupo controle, por profissionais de saúde da maternidade de referência, seguindo as melhores práticas intraparto preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Como implicações à prática clínica, ressaltamos a importância da oferta de práticas adequadas de cuidados intraparto, seja por assistência prestada pela fisioterapeuta ou pela equipe de saúde do serviço, na condução do trabalho de parto induzido de nulíparas de alto risco obstétrico, o que pode favorecer uma maior prevalência de partos vaginais espontâneos, conforme observado em ambos os grupos desta pesquisa.

Para pesquisas futuras, sugiro a experiência de parto como desfecho primário, bem como a investigação de medo pré-parto e pós-parto, abrangendo a população de alto risco obstétrico, sem restrição de paridade, visto que cada vivência de parto é subjetiva à mulher.

## REFERÊNCIAS

- BARUT, S.; BARANSEL, E. S.; ÇELIK, O. T.; UÇAR, T. The trends and hotspots of research on non-pharmacological interventions for labor pain management: a bibliometric analysis. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, 45:1, 2322614, 2024.
- BERGAMINI, L. L. et al. Fear of Childbirth: cross-cultural adaptation of the Wijma Delivery Experience Questionnaire version B in Brazilian Portuguese and cross-sectional study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 24, 2024.
- BORRELLI, S. E. et al. Pain Intensity, coping and maternal satisfaction in Low-Risk labouring Women: A prospective descriptive correlational study. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 36, 1 jun. 2023.
- CAVALCANTI, A. C. V.; HENRIQUE, A. J.; BRASIL, C. M.; GABRIELLONI, M. C.; BARBIERI, M. Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Rev Gaúcha Enferm.**;40:e20190026, 2019.
- CARLSON, N. et al. Review of Evidence-Based Methods for Successful Labor Induction. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 66, n. 4, p. 459–469, 1 jul. 2021.
- CHAISITSANGUAN, K.; KONGWATTANANON, P.; HAWTHRONE, D. Managing Maternal Fatigue During Childbirth: A Systematic Review. **Current Women's Health Reviews**, Volume 19, Number 4, 2023, pp. 115-132(18) 2023.
- DELGADO, A.; LEMOS, A.; GÓES, P. S. A. DE. Assessment of responsiveness and minimum important difference of the Maternal perception of Childbirth Fatigue Questionnaire (MCFQ). **ABCS Health Sciences**, 21 nov. 2022.
- DELGADO, A.; LEMOS, A.; MARINHO, G.; MELO, R. S.; PINHEIRO, F.; AMORIM, M. Physical therapy assistance in labor: A systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Physical Therapy** 29, 101169, 2025.
- ESKANDARI, F.; et al. Investigating the effect of Swedish massage with chamomile oil on labor pain and anxiety of primiparous women: A clinical trial. **Journal of Education and Health Promotion**, Volume 12 | May 2023.
- FAMILIARI, A.; NERI, C.; PASSANANTI, E.; et al. Maternal positioning during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. **Am J Obstet Gynecol Glob Rep.**; 3:100160, 2023.
- ISSAC, A.; NAYAK, S. G.; BALAKRISHNAN, D.; et al. Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. **J Glob Health**; 13:04023, 2023.
- IBRAHIM, H.; ALSHAHRANI, M. S.; AL-QINNAH, A. J.; ELGZAR, W. T. Nonpharmacological pain relief for labour pain: knowledge, attitude, and barriers among obstetric care providers. **PeerJ** 12:e16862, 2024.

INGRAM, M. A.; BRADY, S.; PEACOCK, A. N. The barriers to offering non-pharmacological pain management as an initial option for laboring women: A review of the literature. **Eur J Midwifery**; 6(June):37, 2022.

MARCONI, A. M. Recent advances in the induction of labor. **F1000Research**, v. 8, 30 out. 2019.

NETA, J. N.; AMORIM, M. A.; GUENDLER, J.; et al. Vocalization during the second stage of labor to prevent perineal trauma: A randomized controlled trial. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 275, p. 46-53, 2022.

MCCARTHY, C. M. et al. Induction of labor: reviewing the past to improve the future. **AJOG Global Reports**, v. 2, n. 4, 1 nov. 2022.

PUTHUSSEY, S.; BAYIH, W. A.; BROWN, H.; ABORIGO, R. A. Promoting a global culture of respectful maternity care. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 23:798, 2023.

RICCHI, A. et al. Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. **Clinica Terapeutica**, v. 171, n. 1, p. E78–E86, 1 jan. 2020.

SATONE, P. D.; TAYADE, S. A. Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. **Cureus** 15(4): e37943. DOI 10.7759/cureus.37943, 2023.

SØRBYE, I. K. et al. Induction of labor and nulliparity: A nationwide clinical practice pilot evaluation. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 99, n. 12, p. 1700–1709, 1 dez. 2020.

## APÊNDICES E ANEXOS

### APÊNDICE 1 – CHECKLIST DE ELEGIBILIDADE

<b>Paciente:</b> <b>Idade:</b>	<b>Admissão:</b> <b>Hora:</b>
<b>Crítérios de Elegibilidade</b>	<b>Exclusão</b>
G            P            A	(    ) Recusa em participar da pesquisa
(    ) Idade gestacional entre 37 e 42s	(    ) Idade gestacional < 37 semanas
(    ) Feto único, vivo, apresentação cefálica	(    ) Feto morto    (    ) Gemelar (    ) Ap. Córmica    (    ) Ap. Pélvica
(    ) Indução do parto com misoprostol 25 mcg	(    ) Trabalho de parto espontâneo (    ) Trabalho de parto prematuro
(    ) Elegível, porém NÃO será possível acompanhar o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto (provável perda de seguimento)	(    ) Indicação à cesariana Motivo:
	(    ) Dificuldade em compreender comandos verbais. <b>Motivo:</b>

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**  
**FONE: (81) 2126.8492**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(PARA MAIORES DE 18 ANOS - Resolução 466/12)**

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa “Eficácia da assistência fisioterapêutica no trabalho de parto induzido de NULÍPARAS de alto risco: um ensaio clínico randomizado” que está sob a responsabilidade da pesquisadora principal Caroline Wanderley Souto Ferreira, endereço Av. Professor Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-90; telefone: [REDACTED] e-mail: [REDACTED] e das pesquisadoras vinculadas: Suênia Simone de Queiroz, fisioterapeuta, e-mail: [REDACTED]; Cicília Fraga Rocha Pontes Fernandez, médica radiologista, e-mail: [REDACTED] telefone: [REDACTED] Amanda Paula Carneiro Silva, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: [REDACTED], telefone: ([REDACTED]); Beatriz Coutinho Miranda Cavalcanti, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: [REDACTED], telefone: (81) 9 [REDACTED] e Izabel Cristina Ferreira da Silva, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: [REDACTED], telefone: [REDACTED]. Todos estes números de contato estão disponíveis inclusive para receber ligações a cobrar. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**OBJETIVO** – O objetivo da pesquisa é avaliar a eficácia e a influência da assistência fisioterapêutica sobre o trabalho de parto induzido de pacientes NULÍPARAS (primeiro parto) em uso de misoprostol (comprimido via vaginal).

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO** – Se concordar em participar deste estudo, a participante será entrevistada pela pesquisadora, ao decorrer do acompanhamento, para responder a uma Ficha de Avaliação, contendo dados pessoais e clínicos (13 questões), bem como três questionários relativos ao medo, à experiência e à fadiga materna com o trabalho de parto e com o parto, contendo 33, 26 e 15 perguntas, respectivamente. Caso seja sorteada para o grupo experimental, a fisioterapeuta fornecerá orientações específicas quanto à respiração, movimentos e posturas, com o objetivo de auxiliar a progressão do seu trabalho de parto. E, caso seja sorteada para o grupo controle, a participante receberá tais orientações através da equipe do serviço, com a mesma finalidade.

**RISCOS, DESCONFORTOS, INCONVENIÊNCIA E INCÔMODO** – Durante o acompanhamento, há o risco de constrangimento da participante em relação a algumas posturas recomendadas nesta pesquisa ou ao responder as questões da ficha de avaliação. No entanto, para evitar ou reduzir tal desconforto, a entrevista e as orientações poderão ocorrer em um espaço privativo, com uso de biombo hospitalar, permitindo apenas a presença da pesquisadora e/ou profissional da equipe de saúde do serviço, da participante e de seu(sua) acompanhante, caso ela assim permitir. Caso ainda seja necessária continuidade da assistência fisioterapêutica, após a alta hospitalar, por desfecho inerente à pesquisa, a participante poderá ser avaliada e/ou atendida pela pesquisadora na Clínica-Escola do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco.

**BENEFÍCIOS DIRETOS AO PESQUISADO** – A participante receberá, após o parto e ainda internada, uma visita da pesquisadora para entrega e explanação de uma cartilha educativa com orientações fisioterapêuticas sobre cuidados pós-parto e dicas para amamentação do bebê, com o objetivo de promover uma boa recuperação e melhor qualidade de vida após a alta hospitalar. Além disso, 6 meses após o parto, a participante será convidada, por contato telefônico e grupo virtual gerado por aplicativo gratuito para smartphone (celular), a comparecer à Clínica MEDERE, localizada no bairro de Boa Viagem em Recife-PE, para uma avaliação ultrassonográfica vaginal gratuita, a fim de investigar se há risco ou queixa de incontinência urinária ou outros problemas após o parto, sendo encaminhada para tratamento, se necessário.

**RELEVÂNCIA DA PESQUISA** – Esta pesquisa é importante, pois contribuirá para a melhoria da assistência em saúde às mulheres durante o trabalho de parto, parto e após o parto.

**DOS REGISTROS E USO DOS DADOS** – A identidade e dados pessoais da participante, em tudo que depender da pesquisadora, respeitando a lei e a ética, serão mantidos em absoluto sigilo. A participante não será identificada quando suas informações forem utilizadas, seja para estudo e/ou publicação científica/educativa; afinal estas são as finalidades exclusivas para o uso desse material. Algumas informações sobre as participantes desta pesquisa também podem vir a ser solicitadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que aprovou o projeto deste trabalho. Mas este Comitê, por norma, deve manter sigilo sobre seus dados. Todos as fichas de avaliação e questionários respondidos ficarão sob a guarda pessoal da pesquisadora, no endereço informado, sob sigilo, pelo período máximo de 5 anos, sendo destruídos até 30/12/2027.

Nada será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, a participante poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)).

---

(assinatura da pesquisadora)

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “Eficácia da assistência fisioterapêutica no trabalho de parto induzido de NULÍPARAS de alto risco: um ensaio clínico randomizado” como voluntária. Fui devidamente

informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento e assistência.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_




---

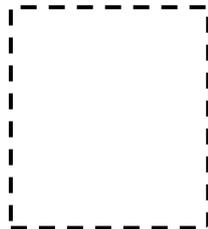
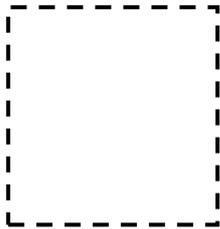
(assinatura ou impressão digital da participante)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite da voluntária em participar.

**Nome completo da testemunha**

**Assinatura**

<b>T1</b>		
<b>T2</b>		



**Espaço para impressão digital das testemunhas, se necessário.**

## **APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL LEGAL POR MENORES DE 18 ANOS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**  
**FONE: (81) 2126.8492**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)**

Solicitamos a sua autorização para convidar a menor que está sob sua responsabilidade \_\_\_\_\_ para participar, como voluntária, da pesquisa “Eficácia da assistência fisioterapêutica no trabalho de parto induzido de NULÍPARAS de alto risco: um ensaio clínico randomizado”.

Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora principal Caroline Wanderley Souto Ferreira, endereço Av. Professor Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-90; telefone [REDACTED] e das pesquisadoras vinculadas: Suênia Simone de Queiroz, fisioterapeuta, e-mail: [REDACTED]; telefone: [REDACTED] Cicília Fraga Rocha Pontes Fernandez, médica radiologista, [REDACTED] telefone: [REDACTED] Amanda Paula Carneiro Silva, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: [REDACTED]; Beatriz Coutinho Miranda Cavalcanti, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: [REDACTED] [REDACTED] Izabel Cristina Ferreira da Silva, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: [REDACTED] Todos estes números de contato estão disponíveis inclusive para receber ligações a cobrar.

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dela na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que a menor faça parte do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias: uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ela participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ela participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que a menor sob sua responsabilidade participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ela, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**OBJETIVO** – O objetivo da pesquisa é avaliar a eficácia e a influência da assistência fisioterapêutica sobre o trabalho de parto induzido de pacientes NULÍPARAS (primeiro parto) em uso de misoprostol (comprimido via vaginal).

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO** – Se concordar em participar deste estudo, a participante será entrevistada pela pesquisadora, ao decorrer do acompanhamento, para responder a uma Ficha de Avaliação, contendo dados pessoais e clínicos (13 questões), bem como três questionários relativos ao

medo, à experiência e à fadiga materna com o trabalho de parto e com o parto, contendo 33, 26 e 15 perguntas, respectivamente. Caso seja sorteada para o grupo experimental, a fisioterapeuta fornecerá orientações específicas quanto à respiração, movimentos e posturas, com o objetivo de auxiliar a progressão do seu trabalho de parto. E, caso seja sorteada para o grupo controle, a participante receberá tais orientações através da equipe do serviço, com a mesma finalidade.

**RISCOS, DESCONFORTOS, INCONVENIÊNCIA E INCÔMODOS** – Durante o acompanhamento, há o risco de constrangimento da participante em relação a algumas posturas recomendadas nesta pesquisa ou ao responder as questões da ficha de avaliação. No entanto, para evitar ou reduzir tal desconforto, a entrevista e as orientações poderão ocorrer em um espaço privativo, com uso de biombo hospitalar, permitindo apenas a presença da pesquisadora e/ou profissional da equipe de saúde do serviço, da participante e de seu(sua) acompanhante, caso ela assim permitir. Caso ainda seja necessária continuidade da assistência fisioterapêutica, após a alta hospitalar, por desfecho inerente à pesquisa, a participante poderá ser avaliada e/ou atendida pela pesquisadora na Clínica-Escola do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco.

**BENEFÍCIOS DIRETOS AO PESQUISADO** – A participante receberá, após o parto e ainda internada, uma visita da pesquisadora para entrega e explanação de uma cartilha educativa com orientações fisioterapêuticas sobre cuidados pós-parto e dicas para amamentação do bebê, com o objetivo de promover uma boa recuperação e melhor qualidade de vida após a alta hospitalar. Além disso, 6 meses após o parto, a participante será convidada, por contato telefônico e grupo virtual gerado por aplicativo gratuito para smartphone (celular), a comparecer à Clínica MEDERE, localizada no bairro de Boa Viagem em Recife-PE, para uma avaliação ultrassonográfica vaginal gratuita, a fim de investigar se há risco ou queixa de incontinência urinária ou outros problemas após o parto, sendo encaminhada para tratamento, se necessário.

**RELEVÂNCIA DA PESQUISA** – Esta pesquisa é importante, pois contribuirá para a melhoria da assistência em saúde às mulheres durante o trabalho de parto, parto e após o parto.

**DOS REGISTROS E USO DOS DADOS** – A identidade e dados pessoais da participante, em tudo que depender da pesquisadora, respeitando a lei e a ética, serão mantidos em absoluto sigilo. A participante não será identificada quando suas informações forem utilizadas, seja para estudo e/ou publicação científica/educativa; afinal estas são as finalidades exclusivas para o uso desse material. Algumas informações sobre as participantes desta pesquisa também podem vir a ser solicitadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que aprovou o projeto deste trabalho. Mas este Comitê, por norma, deve manter sigilo sobre seus dados. Todos as fichas de avaliação e questionários respondidos ficarão sob a guarda pessoal da pesquisadora, no endereço informado, sob sigilo, pelo período máximo de 5 anos, sendo destruídos até 30/12/2027.

Nada será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, a participante poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)).

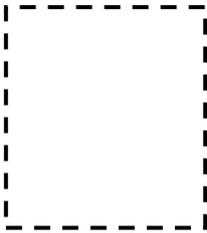
---

**Assinatura da pesquisadora**

## CONSENTIMENTO DO(A) RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DA VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo “Eficácia da assistência fisioterapêutica no trabalho de parto induzido de NULÍPARAS de alto risco: um ensaio clínico randomizado”, como voluntária. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dela. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção da assistência para mim ou para a menor em questão.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



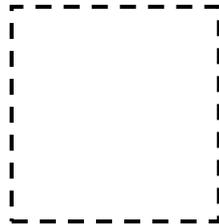
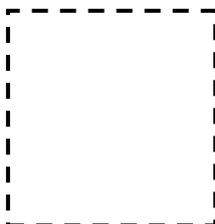
\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão digital do[a] responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite da voluntária em participar.

**Nome completo das testemunhas**

**Assinaturas**

<b>T1</b>		
<b>T2</b>		



**Espaço para impressão digital das testemunhas,  
se necessário.**

**APÊNDICE 4 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**  
**FONE: (81) 2126.8492**

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(PARA MENORES DE 7 A 18 ANOS)**

Convidamos você \_\_\_\_\_, após autorização dos seus pais ou do responsável legal para participar como voluntária da pesquisa: “Eficácia da assistência fisioterapêutica no trabalho de parto induzido de NULÍPARAS de alto risco: um ensaio clínico randomizado”. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora principal Caroline Wanderley Souto Ferreira, endereço Av. Professor Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, 50670-90; telefone \_\_\_\_\_; e das pesquisadoras vinculadas: Suênia Simone de Queiroz, fisioterapeuta, e-mail: \_\_\_\_\_; Cicília Fraga Rocha Pontes Fernandez, médica radiologista, e-mail: \_\_\_\_\_; Amanda Paula Carneiro Silva, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: \_\_\_\_\_; Beatriz Coutinho Miranda Cavalcanti, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: \_\_\_\_\_; e Izabel Cristina Ferreira da Silva, estudante de graduação em Fisioterapia, e-mail: \_\_\_\_\_. Todos estes números de contato estão disponíveis inclusive para receber ligações a cobrar.

Você será esclarecida sobre qualquer dúvida com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias: uma via deste termo lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, um responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**OBJETIVO** – O objetivo da pesquisa é avaliar a eficácia e a influência da assistência fisioterapêutica sobre o trabalho de parto induzido de pacientes NULÍPARAS (primeiro parto) em uso de misoprostol (comprimido via vaginal).

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO** – Se concordar em participar deste estudo, a participante será entrevistada pela pesquisadora, ao decorrer do acompanhamento, para responder a uma Ficha de Avaliação, contendo dados pessoais e clínicos (13 questões), bem como três questionários relativos ao medo, à experiência e à fadiga materna com o trabalho de parto e com o parto, contendo 33, 26 e 15

perguntas, respectivamente. Caso seja sorteada para o grupo experimental, a fisioterapeuta fornecerá orientações específicas quanto à respiração, movimentos e posturas, com o objetivo de auxiliar a progressão do seu trabalho de parto. E, caso seja sorteada para o grupo controle, a participante receberá tais orientações através da equipe do serviço, com a mesma finalidade.

**RISCOS, DESCONFORTOS, INCONVENIÊNCIA E INCÔMODOS** – Durante o acompanhamento, há o risco de constrangimento da participante em relação a algumas posturas recomendadas nesta pesquisa ou ao responder as questões da ficha de avaliação. No entanto, para evitar ou reduzir tal desconforto, a entrevista e as orientações poderão ocorrer em um espaço privativo, com uso de biombo hospitalar, permitindo apenas a presença da pesquisadora e/ou profissional da equipe de saúde do serviço, da participante e de seu(sua) acompanhante, caso ela assim permitir. Caso ainda seja necessária continuidade da assistência fisioterapêutica, após a alta hospitalar, por desfecho inerente à pesquisa, a participante poderá ser avaliada e/ou atendida pela pesquisadora na Clínica-Escola do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco.

**BENEFÍCIOS DIRETOS AO PESQUISADO** – A participante receberá, após o parto e ainda internada, uma visita da pesquisadora para entrega e explanação de uma cartilha educativa com orientações fisioterapêuticas sobre cuidados pós-parto e dicas para amamentação do bebê, com o objetivo de promover uma boa recuperação e melhor qualidade de vida após a alta hospitalar. Além disso, 6 meses após o parto, a participante será convidada, por contato telefônico e grupo virtual gerado por aplicativo gratuito para smartphone (celular), a comparecer à Clínica MEDERE, localizada no bairro de Boa Viagem em Recife-PE, para uma avaliação ultrassonográfica vaginal gratuita, a fim de investigar se há risco ou queixa de incontinência urinária ou outros problemas após o parto, sendo encaminhada para tratamento, se necessário.

**RELEVÂNCIA DA PESQUISA** – Esta pesquisa é importante, pois contribuirá para a melhoria da assistência em saúde às mulheres durante o trabalho de parto, parto e após o parto.

**DOS REGISTROS E USO DOS DADOS** – A identidade e dados pessoais da participante, em tudo que depender da pesquisadora, respeitando a lei e a ética, serão mantidos em absoluto sigilo. A participante não será identificada quando suas informações forem utilizadas, seja para estudo e/ou publicação científica/educativa; afinal estas são as finalidades exclusivas para o uso desse material. Algumas informações sobre as participantes desta pesquisa também podem vir a ser solicitadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que aprovou o projeto deste trabalho. Mas este Comitê, por norma, deve manter sigilo sobre seus dados. Todos as fichas de avaliação e questionários respondidos ficarão sob a guarda pessoal da pesquisadora, no endereço informado, sob sigilo, pelo período máximo de 5 anos, sendo destruídos até 30/12/2027.

Nem você e nem seu (sua) responsável legal pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. No entanto, fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cephumanos.ufpe@ufpe.br](mailto:cephumanos.ufpe@ufpe.br)) e em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá entrar em contato com essa instância.

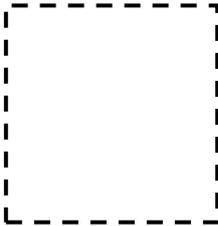
---

**Assinatura da pesquisadora**

**ASSENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO  
VOLUNTÁRIO(A)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Eficácia da assistência fisioterapêutica no trabalho de parto induzido de NULÍPARAS de alto risco: um ensaio clínico randomizado”, como voluntária. Fui informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu, meus pais ou responsável legal precise pagar nada.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



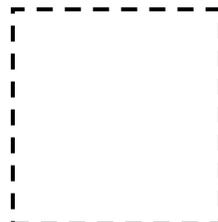
\_\_\_\_\_  
**Assinatura ou impressão digital da menor de idade**

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite da voluntária em participar.

**Nome completo das testemunhas**

**Assinaturas**

	<b>Nome completo das testemunhas</b>	<b>Assinaturas</b>
<b>T1</b>		
<b>T2</b>		



**Espaço para impressão digital das testemunhas,  
se necessário.**

## APÊNDICE 5 – CARTILHA EDUCATIVA

<p><b>INGURGITAMENTO MAMÁRIO</b></p> <p><b>SABE O QUE É ISSO?</b> É o acúmulo de leite nas mamas, que leva ao inchaço, dor e desconforto à mulher.</p> <p><b>MELHOR SOLUÇÃO?</b> Um bebê faminto!! Tente esvaziar os seios ao máximo e com frequência, para ajudar o fluxo do leite.</p> <p><b>AMAMENTE, POR LIVRE DEMANDA, ENTRE 8 e 12 VEZES A CADA 24h.</b></p> <p><b>NÃO ADIANTOU?</b> Então, siga as dicas a seguir:</p> <p><b>AUTO-MASSAGEM DAS MAMAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>PREPARAÇÃO:</b> LAVAR AS MÃOS e secar em toalhas limpas + recipiente de coleta limpo;</li> <li><b>LIMPE A SAÍDA DO DUCTO:</b> esticar o mamilo com uma mão e limpar com uma toalha seca para remover gromos de leite;</li> <li><b>MANIPULAÇÃO DO MAMILO:</b> segure, empurre e puxe-o levemente;</li> <li><b>PRESSIONAR A AURÉOLA:</b> massagem distal-proximal (em direção ao mamilo);</li> <li><b>MASSAGEM DA MAMA</b> (para saída do leite);</li> <li><b>VERIFICAR ESTASE RESIDUAL (Funcionou?):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Use a mão direita para verificar a mama esquerda e vice-versa;</li> <li>☉ Use os 3 dedos do meio (indicador, médio e anelar) para verificar cada polegada da mama;</li> <li>☉ Verifique se há diminuição/desaparecimento dos nódulos.</li> </ul> </li> </ol> 	<p><b>PUERPÉRIO TARDIO/REMOTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ Retorno à prática de atividade física</li> <li>☑ <b>Atividade sexual:</b> 45 dias após o parto ou quando o médico liberar;</li> <li>☑ <b>Exercitar-se após amamentar ou após esvaziar a mama;</b></li> <li>☑ <b>Amamentar, preferencialmente, 30 a 60 minutos, após exercícios;</b></li> <li>☑ <b>Garantir hidratação</b> (beber água) antes, durante e depois do exercício;</li> <li>☑ <b>Exercícios físicos ou caminhadas após 45 dias pós-parto</b> (10 a 15 min na 1ª semana e depois, 30 a 45 min 3x por semana).</li> </ul> <p><b>OBSERVAÇÕES:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <p><b>Obrigada por participar!</b></p> <p>Se cuide direitinho e <b>NÃO ESQUEÇA</b>, sempre estaremos aqui por você!</p> 	<div style="text-align: center;">  <p><b>CARTILHA DE ORIENTAÇÕES PÓS-PARTO</b></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p><b>EU SEI REALMENTE ME CUIDAR?</b></p>  <p><b>FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER</b></p> </div> <p><b>Puerpério Imediato:</b> 1º ao 10º dia pós-parto  <b>Puerpério Tardio:</b> 11º ao 42º dia pós-parto  <b>Puerpério Remoto:</b> 43º dia pós-parto em diante</p>
--	--	--

<p><b>ORIENTAÇÕES GERAIS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>RESPIRE FUNDO!</b> A cicatriz vai ficar bem       <ul style="list-style-type: none"> <li>☑ <b>Inspiração profunda</b> (puxar o ar pelo nariz e soltar/soprar pela boca)</li> <li>☑ <b>Alongamento de cabeça e pescoço</b></li> </ul>  </li> <li><b>INTESTINO PRESO?</b> Siga a dica abaixo!       <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Auto-massagem para prisão de ventre</b> <p>10-20 Min.</p>  </li> <li>❖ <b>Use o banheiro da forma correta!</b></li> </ul>  </li> <li>❖ <b>Caminhada de 5 a 10 min (3x ao dia)</b></li> </ol> <p><b>EVITAR CAMINHAR EM CASOS DE:</b> cansaço moderado/grave; tontura; pressão alta; jejum.</p>	<p><b>CUIDADOS PÓS-PARTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>LIMPEZA DA CICATRIZ</b> (com água e sabão)</li> </ul> <p><b>SENTE DOR LOMBAR OU NA REGIÃO DA CIRURGIA?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Cuidado com a posição ao deitar-se ou ao levantar-se da cama/cadeira;</li> <li>➢ Quando caminhar, mantenha a postura ereta (costas retas);</li> <li>➢ Para tossir, rir, bocejar, espirrar ou soluçar, pressione levemente um travesseiro ou almofada na região da cirurgia.</li> </ul> <p><b>EXERCÍCIOS PÓS-PARTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>EXERCÍCIO 1 (em pé ou deitado)</b></li> </ul>  <p>Mover os pés para frente e para trás (se for, deitado)</p> <p>Apoiar as mãos na cadeira, se for em pé; Reduz inchaço nas pernas; Contar 3 séries de 10 repetições; <b>3x ao dia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>EXERCÍCIO 2 (contrair os músculos = imitar o "prender o xixi") apenas para o exercício</b></li> </ul>	<p><b>AMAMENTAÇÃO</b></p> <p><b>Posição confortável para a mãe e para o bebê</b></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>☉ O corpo do bebê deve estar colado ao da mãe</li> <li>☉ Pegar a mama (sem apertar) em forma de "C";</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>☉ <b>BOA PEGA</b> = não há ruído de sucção e a mãe não sente dor na mama ou mamilo;</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Em caso de dor à pega, refazer o processo.</li> <li>☉ <b>TERMINOU DE MAMAR?</b> Puxar o cantinho da boca do bebê com o dedo mínimo, levemente;</li> <li>☉ Alternar/mudar o seio usado a cada mamada;</li> <li>☉ <b>Em caso de ferida no seio:</b> NÃO utilizar sabão ou pomada, mas SIM usar o próprio leite na ferida, para cicatrização, é mais eficaz; <b>IMPORTANTÉ</b></li> <li>☉ Contato visual e conversa da mãe com o bebê durante amamentação; Amamentar, no mínimo, até os 6 meses de vida do bebê.</li> </ul>
---	---	---

## APÊNDICE 6 – FICHA DE AVALIAÇÃO SEMIESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Data da admissão:	Nº do questionário:	Instituição: <b>HMR</b>
Hora da admissão:	Nome:	Acompanhante:
Prontuário:	Contato:	Contato:
1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1. Data de nascimento:		2. Procedência:
3. Idade: a. < 20 anos ( ) b. 21 - 25 anos ( ) c. 26 – 30 anos ( ) d. 31 – 35 anos ( ) e. ( ) > 36		
4. Estado civil: a. Casada/ União estável ( ) b. Solteira ( ) c. Viúva ( ) d. Divorciada ( )		
5. Anos de estudo	_____	
2 – HISTÓRICO OBSTÉTRICO ATUAL		
6. Assistência pré-natal: ( ) Sim ( ) Não		Nº. de consultas: _____ Local: _____
7. Aulas de preparação para o parto: ( ) Sim ( ) Não		Quant.: _____ Local: _____
8. Idade Gestacional: _____		9. Diagnóstico de alto risco obstétrico: _____
3 – CONHECIMENTO PRÉVIO ACERCA DA TEMÁTICA DA PESQUISA		
10. Você tem conhecimento sobre a indução terapêutica (métodos farmacológicos, duração, riscos e benefícios)?		
( ) Sim, eu obtive as informações necessárias no pré-natal;		
( ) Sim, eu fui devidamente informada pela equipe do serviço;		
( ) Sim, porém ainda restam dúvidas importantes sobre a temática em questão;		
( ) Não, eu desconheço sobre o protocolo de indução terapêutica.		
11. Você tem conhecimento sobre o processo de parturição (fases e progressão do trabalho de parto)?		
( ) Sim, eu obtive as informações necessárias no pré-natal;		
( ) Sim, eu fui devidamente informada pela equipe do serviço;		
( ) Sim, porém ainda restam dúvidas importantes sobre a temática em questão;		
( ) Não, eu desconheço sobre o processo de parturição.		
12. Você tem conhecimento sobre as diretrizes do parto humanizado (posição de parto, direitos maternos)?		
( ) Sim, obtive as informações necessárias no pré-natal;		
( ) Sim, eu fui devidamente informada pela equipe do serviço;		
( ) Sim, porém ainda restam dúvidas importantes sobre a temática em questão;		
( ) Não, eu desconheço sobre as diretrizes do parto humanizado.		
13. Você tem conhecimento sobre a atuação da fisioterapia no trabalho de parto e/ou parto?		
( ) Sim, eu obtive as informações necessárias no pré-natal;		
( ) Sim, eu pesquisei através da internet ou soube por terceiros;		
( ) Sim, porém ainda restam dúvidas importantes sobre a temática em questão;		
( ) Não, eu desconheço sobre a atuação da fisioterapia no trabalho de parto e/ou parto .		
4 – CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE PARTO (TP)		
14. Indução do trabalho de parto: ( ) Misoprostol 25mcg ( ) Ocitocina Quant.: nº // mL		
15. Se houve uso de ocitocina: Tempo de uso = _____ Fase do parto = _____		
16. Complicações ao decorrer do acompanhamento: ( ) Sim ( ) Não		
Se sim, qual? _____		
( ) Indicação à cesariana ( ) Indução interrompida à pedido da paciente		
( ) Assistência fisioterapêutica interrompida à pedido da paciente		
17. Profissional que prestou assistência à parturiente no pré-parto:		
( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) Doula ( ) Terapeuta Ocupacional		
18. Cuidados usuais no trabalho de parto:		
Foram ofertadas orientações na assistência ao trabalho de parto da participante: ( ) Sim ( ) Não		

<p>Todas as orientações foram adequadas ao período funcional do trabalho de parto da paciente. Itens a seguir:</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>Padrão respiratório: ( ) Sim ( ) Não OBS. _____</p> <p>Técnica de analgesia não-farmacológica: ( ) Sim ( ) Não OBS. _____</p> <p>Mobilização pélvica (ex. bola suíça): ( ) Sim ( ) Não OBS. _____</p> <p>Posturas verticais: ( ) Sim ( ) Não OBS. _____</p> <p>Período expulsivo (posição de parto; puxo dirigido): ( ) Sim ( ) Não OBS. _____</p> <p>Suporte contínuo durante trabalho de parto e/ou parto: ( ) SIM ( ) NÃO</p>	
<p><b>19. Técnicas fisioterapêuticas utilizadas:</b></p> <p><b>a. Educação em Saúde:</b> Explicação de álbum seriado ( ) SIM ( ) NÃO</p> <p><b>b. Analgesia:</b></p> <p>( ) Banho de aspersão (Temperatura da água = _____ C°; Tempo de uso: _____ minutos)</p> <p>( ) Massoterapia lombossacra</p> <p><b>c. Padrão respiratório:</b> ( ) Respiração livre/habitual ( ) Inspiração lenta e profunda</p> <p><b>d. Posturas adotadas:</b></p> <p>( ) Posição “borboleta”</p> <p>( ) Assimetria de membros inferiores</p> <p>( ) Posição sentada</p> <p>( ) Ortostatismo, inclinação anterior de tronco com mobilização pélvica</p> <p>( ) Mobilização das articulações sacroilíacas e coxofemorais (uso da bola suíça)</p> <p>( ) Deambulação livre</p> <p>( ) Posição de cócoras</p> <p>( ) Posição ajoelhada/genupeitoral</p> <p>( ) Posição de quatro apoios</p> <p>Posição em decúbito lateral: ( ) Direito ( ) Esquerdo</p> <p><b>e. Suporte contínuo ao trabalho de parto e parto:</b> ( ) SIM ( ) NÃO</p>	
<p><b>20. Apoio contínuo do acompanhante ao trabalho de parto e parto:</b></p> <p>a. Acompanhante ativo ( )</p> <p>b. Acompanhante passivo ( )</p> <p>c. Acompanhante negativo ( )</p> <p>d. Sem acompanhante ( ) * Grau de parentesco: _____</p>	
<p><b>5 – CARACTERÍSTICAS DO PARTO (P)</b></p>	
<p><b>21. Tipo de parto:</b> ( ) Cesáreo ( ) Vaginal ( ) Instrumental</p>	
<p><b>22. Presença de trauma perineal:</b> ( ) Grau I ( ) Grau II ( ) Grau III ( ) Grau IV ( ) NÃO</p>	
<p><b>23. Posição adotada no período expulsivo:</b> ( ) Cócoras ( ) DL ( ) Litotômica ( ) Quatro apoios ( ) Banqueta ( ) Outra: _____</p>	
<p><b>24. Duração da fase ativa do TP e do período expulsivo do parto:</b></p>	
<p><b>25. Peso do RN ao nascer:</b></p>	<p><b>26. Apgar do RN no 5ºmin:</b> ( ) 0-3 ( ) 4-6 ( ) 7-10</p>
<p><b>27. Perímetro cefálico:</b></p>	<p><b>28. Perímetro torácico:</b></p>
<p><b>29. Internação do RN:</b> ( ) UCIN ( ) UTIN</p>	
<p><b>30. Reabilitação cardiorrespiratória do RN</b> ( ) Sim ( ) Não</p>	
<p><b>6 – PERCEPÇÃO DA DOR</b></p>	
<p><b>31. EVA:</b></p> <p>✚ Início da fase ativa do TP (5 cm de dilatação cervical uterina): _____</p> <p>✚ Início da fase de transição do TP (8 cm de dilatação cervical uterina): _____</p> <p>✚ Pós-parto imediato: _____</p>	

## APÊNDICE 7 – ARTIGO ORIGINAL ACEITO E PUBLICADO



**Medo do parto de primíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido: estudo transversal**

**Fear of childbirth among primiparous women with high obstetric risk in induced labor: cross-sectional study**

**Miedo al parto en mujeres primíparas con alto riesgo obstétrico en el parto inducido: estudio transversal**

DOI: 10.55905/revcom.18n.1-183

Originals received: 12/06/2024

Acceptance for publication: 12/31/2024

**Suênia Simone de Queiroz**

Mestranda em Fisioterapia em Saúde da Mulher

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: [suenia.simone@ufpe.br](mailto:suenia.simone@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5614-8766>

**Claudia Regina Oliveira de Paiva Lima**

Doutora em Estatística

Instituição: Universidade de São Paulo

Endereço: São Paulo – São Paulo, Brasil

E-mail: [claudia@de.ufpe.br](mailto:claudia@de.ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8984-5453>

**Caroline Wanderley Souto Ferreira**

Doutora em Nutrição

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Endereço: Recife – Pernambuco, Brasil

E-mail: [caroline.wanderley@ufpe.br](mailto:caroline.wanderley@ufpe.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2736-5918>

### RESUMO

O medo do parto corresponde ao medo patológico relacionado à gestação, ao processo do trabalho de parto e possíveis intervenções e/ou desfechos relacionados ao parto propriamente dito. Este estudo teve como objetivo avaliar o medo do parto em primíparas, de alto risco obstétrico, submetidas ao trabalho de parto induzido. Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir do recorte de um ensaio clínico, com 70 primíparas de alto risco obstétrico, em trabalho de parto induzido, no Hospital da Mulher do Recife, no período de outubro/2023 a agosto/2024. O Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP) foi aplicado, de forma presencial, na fase latente, para quantificar os níveis de medo, classificado como: reduzido, moderado, elevado, intenso ou tocofobia. O QMPP indicou que todas as participantes apresentaram o sentimento de medo em relação ao trabalho de parto e parto, com escore total em média de  $82 \pm 12,5$  pontos,



## REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES

sendo a maioria das participantes classificada com medo elevado do trabalho de parto e parto (61,4%). Com isso, concluímos que a maioria das primíparas de alto risco obstétrico submetidos ao trabalho de parto induzido apresentou medo elevado do trabalho de parto e parto.

**Palavras-chave:** medo, primiparidade, gestação de alto risco, trabalho de parto induzido.

### ABSTRACT

Fear of childbirth is a pathological fear related to pregnancy, the labour process and possible interventions and/or outcomes related to childbirth itself. The aim of this study was to assess the fear of childbirth in primiparous women at high obstetric risk undergoing induced labour. This is a cross-sectional study, based on a clinical trial, with 70 primiparous women at high obstetric risk, undergoing induced labour, at the Recife Women's Hospital, from October 2023 to August 2024. The Brazilian validated version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B (WDEQ-B) was used in face-to-face interviews during the latent phase to quantify levels of fear, which were classified as: low, moderate, high, intense or tocophobia. The WDEQ-B indicated that all participants felt afraid of labour and childbirth, with an average total score of  $82 \pm 12.5$  points, with most participants classified as having a high fear of labour and childbirth (61.4%). We therefore conclude that most primiparous women at high obstetric risk who underwent induced labour had a high fear of labour and childbirth.

**Keywords:** fear, primiparity, high-risk pregnancy, induced labor.

### RESUMEN

El miedo al parto corresponde al miedo patológico relacionado con el embarazo, el proceso de parto y las posibles intervenciones y/o resultados relacionados con el parto mismo. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el miedo al parto en mujeres primíparas, con alto riesgo obstétrico, sometidas a parto inducido. Se trata de un estudio transversal, realizado a partir de un ensayo clínico, con 70 mujeres primíparas de alto riesgo obstétrico, en parto inducido, en el Hospital de la Mujer de Recife, en el período de octubre/2023 a agosto/2024. Se aplicó de forma presencial, en fase latente, el Cuestionario de Miedo Percibido al Parto (QMPP), para cuantificar los niveles de miedo, clasificados en: reducido, moderado, alto, intenso o tocofobia. El QMPP indicó que todos los participantes presentaron sentimientos de miedo con respecto al trabajo de parto y al parto, con una puntuación total promedio de  $82 \pm 12,5$  puntos, siendo la mayoría de los participantes clasificados con un alto miedo al trabajo de parto y al parto (61,4%). Por lo tanto, concluimos que la mayoría de las mujeres primíparas con alto riesgo obstétrico que se sometieron a parto inducido presentaron alto miedo al parto y al nacimiento.

**Palabras clave:** miedo, primiparidad, embarazo de alto riesgo, parto inducido.

## 1 INTRODUÇÃO

O medo do parto corresponde ao medo patológico relacionada à gestação, ao processo do trabalho de parto e possíveis intervenções e/ou desfechos relacionados ao parto propriamente



## REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES

dito. Tal condição é comum às gestantes, principalmente no último trimestre gestacional, embora sua intensidade possa variar quanto à gravidade e duração, a depender do contexto clínico, sociocultural e assistencial ao qual a mulher foi exposta. A condição mais severa de medo do parto é cientificamente classificada como tocofobia, a qual possui prevalência global em torno de 14%, sendo mais predominante em primíparas do que multiparas (Hofberg; Ward, 2004); (Kanellopoulos; Gourounti, 2022); (Nilsson *et al.*, 2018).

Baixa autoestima, predisposição à transtornos psicológicos, como ansiedade e/ou depressão; experiências adversas prévias com o parto ou perdas gestacionais; rede de apoio precária; histórico de violência sexual e, também a desinformação, de forma geral, desde a atenção pré-natal ao processo de parturição em si, são considerados fatores de risco agravantes do medo do parto (Mello *et al.*, 2021)

No contexto assistencial, os principais indicadores de medo do parto, são: o medo de dor intensa e/ou prolongada; de intervenções médicas (falta de informação quanto ao procedimento a ser realizado); da perda de controle durante o parto; da falta de apoio e/ou suporte contínuo, seja por acompanhante ou pela equipe de saúde; não poder tomar decisões durante o parto; medo intenso de morrer ou da morte do bebê; perceber a assistência da equipe de saúde como inadequada. Logo, a identificação e o reconhecimento precoce de tais indicadores são essenciais à prevenção e/ou redução da gravidade desta condição (Mello *et al.*, 2021)

Afinal, o medo do parto, principalmente em caso de tocofobia, pode desencadear alterações fisiológicas no organismo materno, acarretando maior risco de desfechos obstétricos adversos, como: aumento da pressão arterial e do estresse materno, pré-eclâmpsia, parto prematuro, prolongamento do trabalho de parto, cesariana de emergência ou maior incidência de solicitação materna de cesariana, parto vaginal operatório e maior admissão de recém-nascidos em unidades de terapia intensiva. Além disso, no puerpério, a tocofobia está relacionada a baixos índices de amamentação, podendo também exacerbar transtornos psicológicos, culminando em depressão pós-parto e/ou transtorno de estresse pós-traumático (Imakawa *et al.*, 2022); (Kanellopoulos; Gourounti, 2022).

Diante deste contexto, sabe-se que a gestação de alto risco obstétrico e a indução terapêutica do parto tendem a apresentar fatores de risco agravantes para os desfechos obstétricos adversos, mencionados anteriormente. No entanto, apesar de se tratar de uma problemática relevante no cenário atual, frente às políticas públicas de humanização do parto, são escassas as



## REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES

evidências científicas que abordam o medo do parto e a tocofobia no Brasil ou relacionadas a este público específico e suas implicações à saúde. Por essa razão, o objetivo desta pesquisa é avaliar o medo do parto de primíparas de alto risco obstétrico submetidas ao trabalho de parto induzido.

### 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo o Ministério da Saúde, a gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde materno-fetal tem maiores chances de serem afetadas por complicações, em decorrência da presença ou associação de fatores de risco obstétrico, decorrentes de condições clínicas de origem ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2022). Diante deste contexto, quando a continuação da gravidez significa maior risco materno-fetal quando comparado a sua interrupção, a indução do parto é indicada como estratégia protetora, conveniente e insubstituível, podendo ser recomendada para gestantes a partir da 22ª semana, com o intuito de promover o parto via vaginal. Ela consiste em estimular, de forma artificial, as contrações uterinas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto, a fim de favorecer o nascimento do bebê em tempo apropriado (Montenegro; Rezende Filho, 2017).

No entanto, comparada ao trabalho de parto de início espontâneo, a indução aumenta a incidência de corioamnionite e de cesariana, pois o útero está menos preparado para o parto (colo desfavorável e/ou miométrio menos sensível). E, não existe, na atualidade, consenso quanto a duração da tentativa de indução antes de indicar a cesárea por “falha de indução” (Brasil, 2022), o que favorece maior tempo de internação hospitalar, maior risco de ansiedade e estresse emocional maternos exacerbados no processo de parturição, somando-se a duração da indução do parto à duração do trabalho de parto propriamente dito, para gestantes de alto risco obstétrico.

De maneira geral, a primeira fase do trabalho de parto caracteriza importante estresse emocional para a mulher, não apenas devido à perspectiva do parto, como também por causa das contrações uterinas. Afinal, o parto encontra-se associado a emoções intensas para aquelas que dão à luz, especialmente quando primíparas, que tendem a refletir seus medos, inseguranças e uma sensação de ansiedade em relação às consequências físicas e mentais desta experiência, quando comparadas àquelas que já apresentam histórico de parturição prévia (Mendelson *et al.*, 2011).



## REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES

Quando essa ansiedade específica, ou medo da morte durante o parto, ou o medo do parto em si que precede a gravidez, são tão intensos ao ponto de desencadear o sentimento de evitação do parto, este é um estado fóbico, daí o uso do termo *tocofobia* (Hofberg; Ward, 2004); (Nilsson *et al.*, 2018).

Na primiparidade, o medo do parto pode ser tão latente, ao ponto de induzir uma mulher a expressar seu desejo por cesariana, motivada pela gravidade desta condição. O medo do parto pode ser classificado em três tipos distintos: (1) Medo primário, quando antecede a primeira gravidez, em nulíparas; (2) Medo secundário, quando decorre de experiência prévia de um parto traumático ou angustiante, como partos instrumentais ou operatórios, devido a sofrimento fetal, dor intensa, lesão perineal ou violência obstétrica; (3) Medo secundário a depressão na gestação, ou depressão pré-natal, sendo este menos comum em relação aos anteriores (Hofberg; Ward, 2004); (Nilsson *et al.*, 2018).

Como principais consequências maternas, citadas na literatura atual, o medo do parto pode favorecer a hiperêmese gravídica e/ou o abortamento; prolongar a gestação e o trabalho de parto; aumentar o risco de cesarianas, sejam estas de emergência ou à pedido da parturiente; causar um atraso no vínculo estabelecido entre a mãe e a criança; aumentar o risco de depressão pós-parto e estresse pós-traumático, sendo todos estes desfechos geradores de impacto direto à sua saúde mental e à qualidade de vida da mulher. Além disso, para a mulher, a longo prazo, o medo do parto também está associado à experiência de parto negativa e/ou traumática, baixa satisfação com a atenção e o cuidado assistencial e motivação da opção por contracepção definitiva (Mello *et al.*, 2021); (Imakawa *et al.*, 2022); (Kanellopoulos; Gourounti, 2022).

No que tange aos impactos fetais do medo do parto, há indícios de sua relação com restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, parto prematuro, malformações congênitas e hipóxia fetal, tendo sido identificado efeito negativo sobre os parâmetros da vascularização uteroplacentária ou fetoplacentária. Além disso, a longo prazo, têm sido relatadas dificuldades cognitivas na infância (Mendelson *et al.*, 2011).

Diante desse cenário, é possível que a identificação de gestantes com medo do parto possa auxiliar no esclarecimento dos fatores associados à seu grau de severidade, contribuindo para melhores estratégias de prevenção, redução e/ou controle desta condição, e também à conscientização dos profissionais assistentes de que tal problema existe, evitando confrontos



## REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES

desnecessários e favorecendo uma assistência ao parto de forma qualificada e humanizada, assim como precede os princípios do Sistema Único de Saúde (Mello *et al.*, 2021).

Com isso, a fim de mensurar a severidade de medo do parto, Wijma e Zar (1998) desenvolveram o Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ), dividido em versão A e B, correspondente às expectativas pré-parto e experiências pós-parto. Esta ferramenta já está traduzida e validada em outros idiomas, inclusive o português, sendo nomeado Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP), possui alta confiabilidade na predição de medo do parto, com um alfa de Cronbach igual a 0,93 (Bergamini *et al.*, 2024). No entanto, há escassez de evidências acerca desta temática no Brasil e não há publicações voltadas ao contexto de alto risco obstétrico, o que reflete uma lacuna científica no que concerne a este público específico e suas implicações para a saúde.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo, de corte transversal, realizado a partir do recorte de um ensaio clínico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (parecer: 6.108.643).

#### 3.1 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de outubro/2023 a agosto/2024, no Centro de Parto Normal do Hospital da Mulher do Recife, Pernambuco, Brasil.

#### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

O público-alvo desse estudo foram primíparas de alto risco obstétrico, com indicação de interrupção gestacional por indução terapêutica, respeitando os critérios de elegibilidade. Desta forma, o tamanho da amostra para esta pesquisa foi de 70 participantes no total, conforme cálculo amostral realizado para o ensaio clínico randomizado de maior porte, do qual foi feito um recorte para este estudo.



### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Primíparas com indicação de indução do parto com misoprostol 25mcg, via vaginal; Idade gestacional entre 37 e 42 semanas, confirmadas pela data da última menstruação e/ou pela ultrassonografia obstétrica mais recente; Presença de feto único, vivo, com apresentação cefálica.

### 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Mulheres com dificuldade em compreender comandos verbais; Identificação de fatores obstétricos ao decorrer da internação que sugeriram falha de indução ou indicação à cesariana; cardiocografia fetal não-tranquilizante/sofrimento fetal agudo, pré-eclâmpsia grave com picos pressóricos.

### 3.5 COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS

Com base na demanda espontânea de admissões, foi aplicada uma lista de checagem para cada gestante, contendo os critérios de elegibilidade, levando em consideração a análise dos prontuários e a articulação com a equipe médica do serviço. Dessa forma, aquelas que atenderam à elegibilidade receberam uma explanação quanto à proposta do estudo (incluindo riscos e benefícios), sendo posteriormente convidadas a participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos emancipados ou pais/responsáveis pelos menores de idade e/ou do Termo de Assentimento para adolescentes menores de 18 anos de idade.

As participantes elegíveis que aceitaram participar deste estudo foram submetidas a entrevistas presenciais, na fase latente do trabalho de parto, para aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação: uma ficha semiestruturada, elaborada exclusivamente para esta pesquisa, composta por questões referentes às características sociodemográficas, obstétricas e clínicas das participantes, com a veracidade das informações comparadas em prontuários.

E, o questionário WED-Q (versão A), traduzido para o português e intitulado Questionário sobre o Medo Percebido do Parto (QMPP). Trata-se de um questionário de autoquestionário composto por 33 perguntas objetivas, avaliando receios e expectativas



## REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES

relativamente ao parto vaginal e classificando-os em uma escala de Likert de seis pontos, de "nem um pouco" (0) a "extremamente" (5). O somatório das pontuações variava de 0 a 165; quanto maior o escore, maior a intensidade do medo do parto. Dessa forma, a classificação de medo do parto foi: pontuações de 0 a 37 indicavam medo reduzido, de 38 a 65, medo moderado, de 66 a 84, medo elevado, de 85 a 99, medo intenso e acima de 100, tocofobia (Zar; Wijma; Wijma, 2001), sendo tal interpretação utilizada como base para este estudo.

Todas as participantes tinham o direito de continuar até o final da entrevista ou desistir de sua participação a qualquer momento, sem que a recusa trouxesse prejuízos para a pesquisa, para as pesquisadoras ou para si mesmas em atendimento.

O presente estudo apresentou, para as voluntárias, riscos relativos principalmente ao constrangimento ou ao sentimento de invasão de privacidade durante a entrevista. Para atenuar ou evitar isso, a entrevista poderia ser realizada em espaço privativo ou adaptado com uso de biombo hospitalar, sem possibilidade de observação por quem esteja fora dele, de modo a possibilitar algum conforto e toda a segurança aos indivíduos.

A identidade das voluntárias não foi revelada publicamente em hipótese alguma. Somente as pesquisadoras envolvidas nesse projeto tiveram acesso às informações, que foram utilizadas apenas para fins científicos. Os formulários de avaliação e os termos assinados foram armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da pesquisadora principal pelo período máximo de cinco anos.

Como benefício, no puerpério imediato, ainda no período de internação hospitalar, cada participante recebeu uma cartilha educativa, com enfoque em orientações fisioterapêuticas de exercícios e cuidados puerperais, incluindo aleitamento materno, que foram explanadas pelas pesquisadoras, visando uma reabilitação eficaz e melhor qualidade de vida às voluntárias desta pesquisa.

### 3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

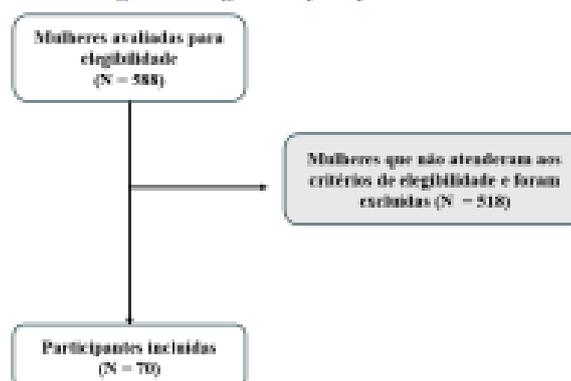
A análise estatística foi realizada através do SPSS, versão 20.0, para uma análise descritiva das variáveis estudadas. Os dados foram expressos em médias e seus desvios-padrão, quando variáveis quantitativas; e frequências absolutas e relativas, quando variáveis categóricas.



#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Das 588 mulheres avaliadas para elegibilidade, foram incluídas 70 participantes, atingindo a amostra estimada (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma das participantes do estudo.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Todas as participantes eram primíparas, de alto risco obstétrico, submetidas ao trabalho de parto induzido com média  $\pm$  desvio padrão de 25,7 $\pm$ 5,4 anos de idade, 38,6 $\pm$ 1,2 semanas de gestação. Todas estavam recebendo assistência pré-natal, com média de 9,71 $\pm$ 3,7 consultas de pré-natal. A grande maioria (n=65; 92,9%) não realizou aulas de preparação para o parto, durante a gestação.

Quanto ao medo do parto, a média  $\pm$  desvio do escore do QMPP foi de 82,5 $\pm$ 12,2 pontos, sendo a maioria das participantes classificadas com medo elevado do parto (n = 43; 61,4%), ver tabela 1.



Tabela 1. Medo do parto de primíparas de alto risco obstétrico submetidas ao trabalho de parto induzido.

MEDO PERCEBIDO DO PARTO (QMPP)	N (%)
Medo reduzido	0 (0)
Medo moderado	3 (4,3)
Medo Elevado	43 (61,4)
Medo intenso	17 (24,3)
Tocofobia	7 (10)

Fonte: Elaborada pelo autoras.

Os resultados do presente estudo, quanto a caracterização amostral de primíparas jovens em trabalho de parto induzido e o medo elevado do parto, corroboram com os resultados de Ternström *et al.* (2015), que mostram que mulheres com idade igual ou inferior a 25 anos tiveram maior medo do parto do que mulheres acima de 35 anos de idade. Por sua vez, Imakawa *et al.* (2022) relatam que, nullíparas/primíparas tendem a maior percepção de medo do parto quando comparadas às mulheres multiparas, seja no início ou no final da gestação. Além disso, idades gestacionais avançadas estão associadas a um nível mais alto de medo do parto (Imakawa *et al.*, 2022), em vista da proximidade do evento em si.

Em nosso estudo, apesar de todas as participantes afirmarem número adequado de consultas de pré-natal (em média 9 consultas), conforme recomendação mínima de 8 consultas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (2018), a maioria das participantes negou ter realizado aulas de preparação para o parto no período gestacional, o que pode ter influenciado para que todas as gestantes tivessem medo do parto, na nossa amostra.

Afinal, na literatura atual, dentre as estratégias propostas para manejo do medo do parto, destacam-se a psicoeducação e a preparação para o parto, a fim de aumentar a confiança e autonomia da mulher em sua capacidade de parir, incluindo o conhecimento sobre o processo de nascimento, a resolução de problemas e tomada de decisão durante a gravidez e enfrentamento do parto, e autoconsciência quanto a capacidade assistencial de controle dos eventos negativos que possam advir do processo de parturição (O'Connell *et al.*, 2017); (O'Connell *et al.*, 2021).

Ricchi *et al.* (2020) relata que, as aulas de preparação para o parto (também chamadas de educação pré-natal) consistem em atividades educacionais e promocionais em saúde pré-natal e perinatal, ministradas por profissionais de saúde, que abrangem tanto gestantes quanto seus parceiros e acompanhantes. Essa estratégia tem o intuito de ofertar o conhecimento sobre gestação, trabalho de parto e parto, aleitamento materno, paternidade, manejo eficaz do medo e da dor durante o trabalho de parto e cuidados com o recém-nascido (Ricchi *et al.*, 2020).



## REVISTA CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES

Vale ressaltar que, pode ser comum e razoável durante o período gravídico, que as mulheres apresentem sinais de estresse e medo quanto à dor do parto, medo do desconhecido, riscos de segurança e saúde materno-fetal relativos ao processo de parturição, principalmente para as mães de primeira viagem (Imakawa *et al.*, 2022). Além disso, em geral, o uso de intervenções médicas, como indução do parto, pode reduzir a confiança da mulher em sua capacidade de parir e lidar com a dor do parto (O'Connell *et al.*, 2021). E em alguns casos, o medo pode progredir à tocofobia.

Diante desse contexto, uma revisão sistemática com meta-análise, avaliando artigos publicados entre 1946 e 2016, revelou um aumento na prevalência de tocofobia nos últimos 30 anos (O'Connell *et al.*, 2017). Segundo Imakawa *et al.* (2022) e O'Connell *et al.* (2017), a tocofobia, principalmente em casos graves, se não tratada em tempo hábil, pode aumentar o risco de desfechos obstétricos adversos, como parto prematuro, trabalho de parto prolongado, cesariana eletiva, cesarianas de urgência, depressão pós-parto e estresse pós-traumático, desencadeados por experiência negativa e/ou traumática do parto.

Em nosso estudo, observamos que apenas 10% da população estudada foi classificada com tocofobia, o que pode ser justificado pela assistência em saúde prestada no local do estudo – uma maternidade pública referência no manejo humanizado de gestantes e parturientes de alto risco obstétrico, o que corrobora com O'Connell *et al.* (2021) que, em sua revisão sistemática, relata evidências de que as informações fornecidas às mulheres na prática clínica podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o medo do parto (O'Connell *et al.*, 2021).

Ademais, segundo Mylonas e Friese (2015), a maioria das mulheres é capaz de lidar com o sentimento de medo, quando bem-informadas sobre o processo de parto, compartilhando suas preocupações com outras mulheres que possuem experiências prévias e/ou buscando orientações com profissionais de saúde.

Por isso, faz-se de extrema importância discutir sobre o medo do parto, tanto no período pré-natal quanto intraparto, destacando-se um alerta à implementação de estratégias para identificação precoce e manejo adequado do medo do parto, evitando sua exacerbação à tocofobia (Imakawa *et al.*, 2022); (O'Connell *et al.*, 2017).

Como limitações do nosso estudo, destacamos a carência de variáveis aplicáveis em testes de associação para verificar fatores de risco a exacerbação e/ou redução de medo do parto, como por exemplo: dor do parto, planejamento da gestação, conhecimento da gestante sobre



intervenções e processo de parto no período pré-natal, via de parto preferencial; entre outras. Para pesquisa futuras, recomendamos a inclusão das variáveis mencionadas anteriormente; bem como uma pesquisa comparativa do medo do parto em gestantes de risco habitual e gestantes de alto risco obstétrico.

## **5 CONCLUSÃO**

Observamos que a maioria das primíparas de alto risco obstétrico, submetidas a indução terapêutica do parto, foram classificadas com medo elevado do parto; e no período gestacional, não realizaram aulas de preparação para o parto. Tais achados contribuem para ressaltar a importância da identificação precoce e manejo preventivo do medo do parto, através da educação pré-natal, principalmente sob o contexto gestacional de alto risco obstétrico, que tende a envolver maior número de intervenções assistenciais em saúde.



## REFERÊNCIAS

- BERGAMINI, L. L. *et al.* Fear of Childbirth: cross-cultural adaptation of the Wijma Delivery Experience Questionnaire version B in Brazilian Portuguese and cross-sectional study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 24, 2024.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção Primária À Saúde. Departamento De Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- HOFBERG, K.; WARD, M. R. Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric-Psychiatric Interface. **Clinical Obstetrics And Gynecology**, v. 47, n. 3, p. 527–534, 2004.
- IMAKAWA, C. S. O. *et al.* Is it Necessary to Evaluate Fear of Childbirth in Pregnant Women? A Scoping Review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, v. 44, n. 7, p. 692–700, 1 jul. 2022.
- KANELLOPOULOS, D.; GOUROUNTI, K. Tocophobia and Women's Desire for a Caesarean Section: a Systematic Review. **Maedica - A Journal of Clinical Medicine**, v. 17, n. 1, 15 mar. 2022.
- MELLO, R. S. F. *et al.* Medo do parto em gestantes Fear of childbirth among pregnant women. **FEMINA**, v. 49, n. 2, p. 121–128, 2021.
- MENDELSON, T. *et al.* Associations of maternal psychological factors with umbilical and uterine blood flow. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, v. 32, n. 1, p. 3–9, mar. 2011.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetria**. 13ª ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- MYLONAS, I.; FRIESE, K. The indications for and risks of elective cesarean section. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 112, n. 29–30, p. 489–495, 20 jul. 2015.
- NILSSON, C. *et al.* Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, 12 jan. 2018.
- O'CONNELL, M. A. *et al.* Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 96, n. 8, p. 907–920, 1 ago. 2017.
- O'CONNELL, M. A. *et al.* Interventions for fear of childbirth including tocophobia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2021.
- OMS (Organização Mundial De Saúde). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva. **Maternal and Child Survival Program**, 30 jan. 2018.



RICCHI, A. *et al.* Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. **Clinica Terapeutica**, v. 171, n. 1, p. E78–E86, 1 jan. 2020.

TERNSTRÖM, E. *et al.* Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women - Findings from a community sample in Sweden. **Midwifery**, v. 31, n. 4, p. 445–450, 1 abr. 2015.

WIJMA, K.; ZAR, M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. **J Obstet Gynecol**, v. 19, p. 84–97, 1998.

ZAR, M.; WIJMA, K.; WIJMA, B. Pre-and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women Fear of childbirth. **Scandinavian Journal Of Behaviour Therapy**, v. 30, n. 2, p. 75–84, 2001.



## MANUSCRITO ORIGINAL

**TÍTULO:** Eficácia da fisioterapia no trabalho de parto induzido de nulíparas – ensaio clínico randomizado

### RESUMO

**OBJETIVO:** Avaliar a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais, sobre intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco no trabalho de parto induzido. **MÉTODOS:** Ensaio clínico randomizado, realizado em sala de parto, no período de outubro/2023 a agosto/2024. Foram incluídas 70 participantes, distribuídas igualmente entre grupo controle (n = 35), que recebeu cuidados intraparto usuais da equipe do serviço; e grupo experimental (n = 35), submetido a assistência fisioterapêutica no trabalho de parto. Para coleta de dados, foram utilizados: ficha de avaliação com variáveis sociodemográficas e obstétricas das participantes, Escala Visual Analógica para quantificar intensidade de dor e Questionário de Percepção materna de Fadiga no Parto, ambos aplicados na fase ativa do trabalho de parto. Para análise estatística, foram utilizados testes com nível de significância quando  $p < 0,05$ . **RESULTADOS:** Não houve diferença quanto a via de parto, intensidade de dor e fadiga materna das participantes. Em ambos os grupos, observou-se maior prevalência de alta fadiga materna na fase ativa do trabalho de parto; percepção materna de dor moderada entre 5 e 7 centímetros de dilatação cervical e dor intensa quando dilatação cervical acima de 8 centímetros; e via de parto vaginal espontâneo, em sua maioria. **CONCLUSÃO:** Observamos que o grupo controle foi assistido, pela equipe do setor, seguindo as melhores práticas intraparto preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. Por essa razão, acredita-se que não foi possível concluir a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais intraparto do serviço, sobre a intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco, no trabalho de parto induzido.

**PALAVRAS-CHAVE:** gestação de alto risco; nuliparidade; assistência fisioterapêutica; parto humanizado.

### INTRODUÇÃO

Atualmente, considera-se que devido ao aumento da idade materna, obesidade e condições médicas específicas de alto risco obstétrico, as taxas de indução do parto estão aumentando em todo o mundo, com quase 1 em cada 3 partos sendo induzidos (1). A indução do parto, principalmente quando nulíparas que não tiveram preparação para o parto, é considerada fator de risco para uma experiência materna negativa de parto, envolvendo maior percepção de dor, trabalho de parto prolongado, cesariana não-planejada e falta de apoio assistencial (2).

Portanto, para prevenir tais resultados obstétricos desfavoráveis, o principal objetivo do cuidado intraparto é o controle da dor do parto, a fim de melhorar a experiência de parto das mulheres, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde (3).

Compondo a equipe multidisciplinar para assistência intraparto, fisioterapeutas especializados em Saúde da Mulher, com maior expertise biomecânica e funcional, desempenham um papel de extrema importância na condução do trabalho de parto, através da prescrição e aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor, de forma segura e eficaz; facilitação da progressão do trabalho de parto; e promoção de autocapacidade e autodesempenho das mulheres durante o trabalho de parto (4).

No Brasil, vários estados já implementaram uma legislação que torna obrigatória a presença de fisioterapeutas 24 horas em maternidades públicas e privadas (4). No entanto, infelizmente, ainda se observa um número mínimo de instituições de saúde, em especial as públicas, que incluem a fisioterapeuta no quadro de profissionais envolvidos na assistência ao trabalho de parto, o que reflete a necessidade de produção científica que correlacionem a assistência à parturiente à atuação do profissional fisioterapeuta, em especial à população de alto risco obstétrico, visto que as evidências encontradas envolvem, em sua maioria, gestantes de risco habitual.

São escassas evidências científicas sobre a atuação fisioterapêutica na condução do trabalho de parto induzido, principalmente no contexto de alto risco obstétrico. Por essa razão, o objetivo desta pesquisa é avaliar a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados intraparto usuais, sobre a intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um ensaio clínico randomizado, prospectivo, realizado no período de outubro/2023 a agosto/2024, em sala de parto de um hospital público de referência em Saúde da Mulher. Este estudo foi conduzido de acordo com os termos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12) e os princípios estabelecidos na Declaração de Helsinque, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e pelo Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos.

Foi realizado o cálculo amostral, através de [estudo piloto prévio](#) com 16 participantes no total (CAAE: 42609821.2.0000.8807), no qual houve 7 partos vaginais e 9 cesarianas, decorrentes de complicações maternas intraparto; e houve predominante relato de dor moderada na fase ativa inicial (4 a 7 cm de dilatação cervical), e dor intensa na fase ativa tardia (8 a 10cm de dilatação cervical) do trabalho de parto.

Levando em consideração  $\alpha = 0,05$  e Power de 80% e utilizando as variáveis primárias: via de nascimento (vaginal ou cesariana) e intensidade de dor (EVA), o maior número encontrado, dentre tais variáveis primárias, foi considerado como o N amostral, sendo este acrescido de 20%, para compensar possíveis perdas de seguimento.

Desta forma, o tamanho da amostra para esta pesquisa foi de 70 participantes no total, sendo estas igualmente distribuídas entre um grupo controle e um grupo experimental.

Os critérios de inclusão foram: Nulíparas em trabalho de parto induzido com preparo de colo uterino por misoprostol 25mcg, via vaginal; Idade gestacional entre 37 e 42 semanas; Presença de feto único, vivo, com apresentação cefálica.

Foram excluídas: Mulheres com dificuldade em compreender comandos verbais (barreiras linguísticas como libras e/ou idiomas estrangeiros); identificação de fatores obstétricos ao decorrer da internação indicativos de falha de indução ou indicação à cesariana, em fase latente do trabalho de parto.

Conforme demanda espontânea de admissões hospitalares, todas as mulheres foram submetidas a um checklist, elaborado exclusivamente e contendo os critérios de elegibilidade desta pesquisa. O checklist de elegibilidade foi preenchido através de informações obtidas em prontuários. Em seguida, as parturientes que cumpriram os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo, no início da fase ativa do trabalho de parto, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos emancipados ou pais/responsáveis pelos menores de idade e/ou do Termo de Assentimento para adolescentes menores de 18 anos de idade.

Após aceite em participar da pesquisa, as participantes foram alocadas aleatoriamente em 7 blocos com 10 parturientes cada, por meio de atribuição aleatória computadorizada, para um grupo experimental (GE) ou para um grupo de controle (GC). A alocação foi oculta por meio de envelopes pretos opacos, numerados, lacrados com grampeador, preparados por uma pesquisadora externa não envolvida no estudo. A fisioterapeuta, responsável pela coleta de dados, foi informada sobre a atribuição dos grupos após alocação. No entanto, para evitar/reduzir o risco de viés de seleção, os envelopes pretos foram retirados exclusivamente por profissional do setor não envolvido(a) no estudo, em ordem cronológica de admissão hospitalar das participantes elegíveis.

O GC recebeu os cuidados intraparto usuais propostos pela equipe fixa e habitual do serviço (médicos e enfermeiras) quanto à assistência ao trabalho de parto e ao parto: orientações referentes às posturas, respiração, posição de parto e puxo, as quais foram registradas na ficha de avaliação de cada participante, por meio de observação intraparto e entrevista no puerpério imediato (24 a 72 horas pós-parto), no período de internação hospitalar, realizadas pela fisioterapeuta e/ou por estudantes de graduação em Fisioterapia, vinculadas à pesquisa.

Por sua vez, o GE foi submetido a um protocolo de intervenção fisioterapêutico pré-estabelecido para esse estudo, com suporte fisioterapêutico contínuo. A assistência fisioterapêutica foi exercida a partir da fase ativa do trabalho de parto, utilizando as seguintes técnicas e orientações:

- (I) Educação em saúde: informações sobre a progressão do trabalho de parto e protocolo fisioterapêutico a ser aplicado, sendo utilizada linguagem simples, de fácil compreensão, com o intuito de melhor orientar o uso coordenado da musculatura exigida à biomecânica da assistência ao parto, bem como integrar a mulher à ação voluntária, simbólica e consciente deste processo, favorecendo maior vínculo entre paciente e profissional, bem como prevenção/redução de ansiedade durante a parturição;
- (II) Analgesia não-farmacológica durante o trabalho de parto (terapia manual, incluindo massagem lombossacra, compressão pélvica e sacral, durante as contrações uterinas e conforme tolerância da paciente; banho de aspersão com água quente, no mínimo, 20 a 30 minutos; recomendação de inspiração profunda com expiração lenta). Vale ressaltar que o tempo das condutas não foi pré-definido, sendo ofertada por livre demanda a cada parturiente.
- (III) Exercícios facilitadores do trabalho de parto (mobilidade pélvica livre e/ou na bola suíça; associadas ou não a posturas verticais, como sentada, ortostática, quatro apoios, ajoelhada e/ou cócoras; posturas de repouso, como por exemplo, o decúbito lateral). As posturas sugeridas no protocolo de intervenção poderiam ser adaptadas, intervaladas e/ou intercaladas entre si para fornecer maior conforto à parturiente, respeitando a ação biomecânica objetivada à progressão individual do trabalho de parto. Foram utilizados como recursos aos exercícios de mobilidade pélvica e para adoção de posturas e suas adaptações: bola suíça, escada (2 degraus), cabeceira móvel do leito hospitalar, entre outros;
- (IV) Orientações no período expulsivo do trabalho de parto: posição de parto (sendo recomendadas as posições de quatro apoios, decúbito lateral e/ou cócoras) e sugestões ao puxo (se necessário), como por exemplo: incentivo à respiração entre os puxos; realização de esforço com glote aberta, incluindo incentivo à vocalização; força de puxo direcionada ao abdômen, não ao tórax ou pescoço; e promoção de frases de suporte e apoio motivacional.

A proposta da abordagem fisioterapêutica respeitou os protocolos assistenciais da instituição de saúde pública, atuando de forma integrada e multiprofissional com a equipe de saúde do serviço, para acompanhamento da evolução clínica de ambos os grupos do estudo.

Para coleta de dados, foi aplicada uma ficha de avaliação ao decorrer do trabalho de parto e parto, por meio de entrevista com as participantes, com veracidade das informações comparadas em prontuários. Essa ficha

foi desenvolvida pelas pesquisadoras, para investigar questões referentes às características sociodemográficas, obstétricas e assistenciais prestadas às participantes.

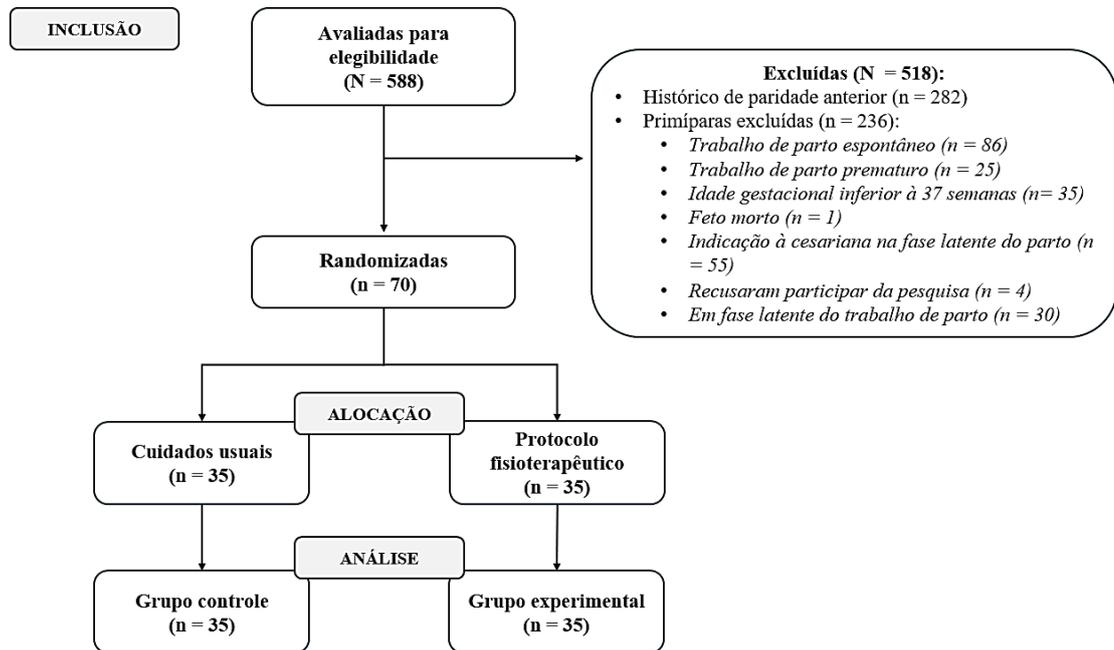
A avaliação da intensidade de dor foi realizada através da aplicação de Escala Visual Analógica, para cada participante, em dois momentos distintos: fase ativa inicial do trabalho de parto (5 a 7 centímetros de dilatação cervical uterina) e fase ativa tardia do trabalho de parto (a partir de 8 centímetros de dilatação cervical uterina). Essa escala é pontuada de 0 a 10, sendo 0 a ausência total de dor e 10 o nível máximo de dor, sendo classificada: ausência de dor (zero pontos); dor leve (1 a 4 pontos); dor moderada (5 a 7 pontos) e dor intensa (8 a 10 pontos) (6).

Além disso, foi aplicado o Questionário de Percepção Materna de Fadiga no Parto (QMFP), o qual apresenta escore total de 15 a 75 pontos, sendo interpretado como: baixa fadiga materna (15-50 pontos) ou alta fadiga materna (51-75 pontos) (7).

A análise estatística foi realizada por meio dos softwares SPSS 30.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows e o Excel 2016. Para análise de distribuição dos dados foi realizado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov e para análise de homogeneidade foi utilizado o Teste de Levene. As variáveis contínuas foram expressas em média e desvio padrão. Enquanto as variáveis categóricas foram expressas em frequências absoluta e relativa. Para comparação das variáveis contínuas entre os grupos, foi utilizado o teste t de Student, quando distribuição normal; e o teste Mann-Whitney, quando distribuição não-normal. Para comparação das variáveis categóricas foi aplicado o teste Exato de Fisher ou Qui-quadrado. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, sendo considerado o nível de significância quando  $p < 0,05$ . Não houve perdas de seguimento.

## **RESULTADOS**

Das 588 mulheres avaliadas para elegibilidade, foram incluídas 70 participantes, sendo 35 parturientes alocadas para o grupo controle e 35 para o grupo experimental, conforme a amostra estimada (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma CONSORT

Nosso estudo foi composto por uma amostra homogênea de nulíparas jovens, em sua maioria, com média de 20 a 30 anos de idade, solteiras, com 10 a 12 anos de estudo. Quanto ao perfil gestacional, a maioria das participantes foi submetida a indução do parto com, em média, 38 semanas de gestação, devido ao diagnóstico de Síndromes hipertensivas gestacionais. Todas realizaram atenção pré-natal, em média 9 consultas no total, predominantemente em rede de saúde pública. E, em sua maioria, negaram ter realizado aulas de preparação para o parto no período gestacional (Tabela 1).

**Tabela 1. Perfil sociodemográfico e gestacional das nulíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido (N = 70)**

VARIÁVEIS	GRUPO		GRUPO	
	CONTROLE		EXPERIMENTAL	
	N(%)	Média±DP	N(%)	Média±DP
<b>Idade materna (anos)</b>	--	25.4±5.0	--	26.0±5.5
<b>Estado civil</b>				
Solteira	24(68.6)	--	24(68.6)	--
Casada/união estável	11(31.4)	--	11(31.4)	--
<b>Escolaridade materna</b>				
≤ 9 anos de estudo	3(8.5)	--	1(2.8)	--
10 a 12 anos de estudo	22(62.9)	--	23(65.8)	--

≥ 13 anos de estudo	10(28.6)	--	11(31.4)	--
<b>Idade Gestacional (semanas)</b>	--	38.6±1.1	--	38.6±1.3
<b>Diagnóstico de Alto Risco Gestacional</b>				
Diabetes Mellitus (DM)	4(11.4)	--	7(20.0)	--
Síndromes Hipertensivas (SH)	28(80.0)	--	18(51.4)	--
DM combinada a SH	3(8.6)	--	8(22.9)	--
Outros Riscos Gestacionais &	0(0)	--	2(5.7)	--
<b>Pré-Natal</b>				
Sim	35(100.0)	--	35(100.0)	--
Não	0(0)	--	0(0)	--
<b>Nº de consultas pré-natal</b>	--	9.3±3.1	--	10.1±4.4
<b>Rede de atenção pré-natal</b>				
Rede de saúde pública	29(82.9)	--	27(77.1)	--
Rede de saúde privada	6(17.1)	--	8(22.9)	--
<b>Aulas de preparação para o parto</b>				
Sim	0(0)	--	5(14.3)	--
Não	35(100.0)	--	30(85.7)	--

Dados expressos em média ± desvio padrão ou número de casos (%).

& Outros riscos gestacionais: Crescimento intrauterino restrito; asma.

Quanto às características do trabalho de parto e parto, observamos que, para indução do parto foram administrados em média 4 comprimidos de misoprostol no total, sendo administrados 1 a 2 comprimidos, a cada 4 horas, conforme protocolo do hospital. E, para progressão do parto, houve uso de ocitocina sintética na fase ativa do trabalho de parto, em ambos os grupos, sendo mais prevalente no grupo experimental (57.1%). A ocitocina sintética foi administrada durante 8 a 10 horas no total, e a fase ativa do trabalho de parto das participantes durou em média 10 a 12 horas, sendo ligeiramente maior no grupo experimental. Em ambos os grupos, foi observada maior prevalência de parto via vaginal espontâneo (Tabela 2). Não houve diferença entre grupos. No entanto, as participantes do grupo controle apresentaram aproximadamente 1,2 vezes mais chances de parto via vaginal, quando comparadas às participantes do grupo experimental.

**Tabela 2. Variáveis relacionadas ao trabalho de parto e ao parto das nulíparas induzidas por misoprostol do grupo experimental e do grupo controle**

VARIÁVEIS	GRUPO		GRUPO			
	CONTROLE		EXPERIMENTAL			
	N(%)	Média±DP	N(%)	Média±DP	IC95% <sup>§</sup>	p-valor
<b>Qtd. Misoprostol <sup>#</sup></b>	--	4.3±3.1	--	4,5±3,4	--	--
<b>Uso de ocitocina<sup>μ</sup></b>						.632
Não	18(51.4)	--	15(42.9)	--	--	
Sim	17(48.6)	--	20(57.1)	--	--	
<b>Dilatação uterina ao iniciar ocitocina (cm)<sup>#</sup></b>	--	6.4±1.5	--	6,6±1,7	(-1,25 – 0,93)	.763
<b>Tempo de uso de ocitocina (h)<sup>#</sup></b>	--	8.5±6.3	--	9,5±5,9	(-5,12 – 3,03)	.604
<b>Duração da fase ativa do trabalho de parto (h)<sup>#</sup></b>	--	10.2±5.6	--	12,4±6,7	(-5,20 – 0,78)	.145
<b>Via de parto <sup>μ</sup></b>						.603
Vaginal espontâneo	26(74.3)	--	23(65.7)	--	--	
Vaginal instrumental	0(0)	--	0(0)	--	--	
Cesariana	9(25.7)	--	12(34.3)	--	--	
<b>Motivo de indicação à cesariana</b>						--
Picos pressóricos	1(11.1)	--	1(8.3)	--	--	
Distócia de progressão do parto (parada secundária da dilatação)	4(44.5)	--	9(75.1)	--	--	
Anormalidades da frequência cardíaca fetal	3(33.3)	--	1(8.3)	--	--	
Restrição de crescimento intrauterino	1(11.1)	--	1(8.3)	--	--	

<sup>#</sup> Teste t Student (quantitativas com distribuição normal); <sup>§</sup> Teste Mann-Whitney (quantitativas com distribuição não-normal); <sup>μ</sup> Teste Exato de Fisher (categóricas com distribuição normal); <sup>λ</sup> Teste Qui-quadrado (categóricas com distribuição não-normal); <sup>§</sup> Intervalo de confiança entre diferença de médias (para variáveis quantitativas).

Na tabela 3, observamos que as participantes relataram dor moderada na fase ativa inicial (5-7cm) e dor intensa na fase ativa tardia (8-10cm). Além disso, em ambos os grupos, o nível de fadiga materna na fase ativa do trabalho de parto foi, em média, 55 pontos, o que caracteriza as participantes com alta fadiga materna no parto. Não houve diferença quanto a intensidade de dor e fadiga materna de nulíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido.

**Tabela 3. Percepção dor e fadiga materna no trabalho de parto induzido de nulíparas de alto risco obstétrico (N = 70)**

VARIÁVEIS	GRUPO CONTROLE		GRUPO EXPERIMENTAL		IC95% <sup>§</sup>	p- valor
	N(%)	Média±DP	N(%)	Média±DP		
<b>Dor na fase ativa inicial do parto (5-7 cm) <sup>#</sup></b>	--	5.6±2.2	--	5.5±2.6	(-1.05 – 1.23)	.846
<b>Classificação da dor na fase ativa inicial do parto <sup>λ</sup></b>						.726
Ausência de dor	1(2.9)	--	3(8.6)	--	--	
Dor leve	4(11.4)	--	4(11.4)	--	--	
Dor moderada	18(51.4)	--	15(42.9)	--	--	
Dor intensa	12(34.3)	--	13(37.1)	--	--	
<b>Dor na fase ativa tardia do parto (8-10 cm) <sup>§</sup></b>	--	9.6±1.1	--	9.5±1.1	--	.342
<b>Classificação da dor na fase ativa tardia do parto <sup>μ</sup></b>						1.00
Ausência de dor	0(0)	--	0(0)	--	--	
Dor leve	0(0)	--	0(0)	--	--	
Dor moderada	1(3.0)	--	1(2.9)	--	--	
Dor intensa	32(97.0)	--	34(97.1)	--	--	
<b>Nível de fadiga materna na fase ativa do parto <sup>#</sup></b>	--	55.1±13.8	--	54.1±11.8	(-5.05 – 7.22)	.725

**Classificação de fadiga** .792

**materna na fase ativa do**

**parto**

Baixa fadiga materna	9(25.7)	--	11(31.4)	--	--
Alta fadiga materna	26(74.3)	--	24(68.6)	--	--

# Teste t Student (quantitativas com distribuição normal); § Teste Mann-Whitney (quantitativas com distribuição não-normal); º Teste Exato de Fisher (categóricas com distribuição normal); <sup>λ</sup> Teste Qui-quadrado (categóricas com distribuição não-normal); § Intervalo de confiança entre diferença de médias (para variáveis quantitativas).

Na tabela 4, podemos observar que a maioria das participantes do grupo controle recebeu orientações intraparto sob manejo humanizado do trabalho de parto, incluindo orientações relativas à respiração, analgesia não-farmacológica, mobilidade pélvica, posturas verticais e posição materna no período expulsivo, ofertados pela equipe habitual do serviço. No entanto, não foi ofertado suporte de forma contínua, em sua maioria (64.7%).

**Tabela 4. Perfil de cuidados intraparto usuais prestados pela equipe do serviço no trabalho de parto induzido de nulíparas de alto risco obstétrico (N = 35)**

<b>CUIDADOS USUAIS</b>	
<b>NO TRABALHO DE PARTO (TP)</b>	<b>N(%)</b>
<b>A paciente recebeu orientações no TP?</b>	
Sim	31(88.6)
Não	4(11.4)
<b>Orientadas técnicas de respiração no TP?</b>	
Sim	20(57.1)
Não	15(42.9)
<b>Orientados métodos não-farmacológicos para alívio da dor no TP?</b>	
Sim	21(60.0)
Não	14(40.0)
<b>Orientada mobilidade pélvica no TP?</b>	
Sim	21(60.0)
Não	14(40.0)
<b>Orientadas posturas verticais no TP?</b>	
Sim	26(74.3)

Não	9(25.7)
-----	---------

**Orientada posição de parto no período expulsivo? #**

Sim	24(92.3)
-----	----------

Não	2(7.7)
-----	--------

**Todas as orientações foram adequadas ao período funcional do trabalho de parto? &**

Sim	28(90.3)
-----	----------

Não	3(9.7)
-----	--------

**Apoio contínuo da equipe no trabalho de parto?**

Sim	12(35.3)
-----	----------

Não	23(64.7)
-----	----------

---

# Essa variável corresponde apenas às participantes que atingiram a fase expulsiva do trabalho de parto (n = 26); & Essa variável corresponde apenas às participantes que receberam orientações no trabalho de parto (n=31), sendo consideradas orientações inadequadas quando recomendados exercícios na fase latente do trabalho de parto.

## DISCUSSÃO

Segundo os resultados obtidos, não houve diferença quanto a intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco submetidas ao trabalho de parto induzido por misoprostol, quando comparado aos cuidados intraparto usuais do serviço.

Quanto a via de parto, observamos que houve maior incidência de partos vaginais espontâneos em ambos os grupos, o que pode ser justificado pelo uso adequado de orientações intraparto, prestados pela fisioterapeuta ao grupo de intervenção e pela equipe habitual do serviço ao grupo controle, corroborando com Abebaw et al. (8), em estudo transversal com 865 mulheres que pariram em um serviço público de saúde na Etiópia, ao relatar que os partos em hospitais de referência foram significativamente associados, de forma positiva, a uma maior qualidade assistencial quando comparados aos partos em unidades de atenção primária.

Isso porque os hospitais de referência tendem a abrigar profissionais de saúde experientes e capacitados à área de atuação, muitos dos quais podem estar conectados a instituições acadêmicas, assim como o local de estudo da nossa pesquisa e seus vínculos com Programas de Residência em Medicina e Enfermagem Obstétrica, elencando a oportunidade de atualizar seus conhecimentos, através de programas regulares de mentoria, planejados como parte dos procedimentos da instituição, favorecendo a prestação de serviços de elevada qualidade (8).

Além disso, uma revisão sistemática de estudos quantitativos realizada por Kearney et al. (9), a fim de identificar fatores associados ao parto vaginal espontâneo a termo em mulheres nulíparas com gestação única, destaca que, a continuidade dos cuidados intraparto, seja por uma parteira ou por uma equipe de saúde, aumentou as taxas de parto vaginal espontâneo, na maioria dos estudos incluídos (9).

Vale ressaltar que, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (10), baseadas em evidências sobre práticas de cuidados intraparto, para reduzir as taxas de cesarianas e promover uma experiência positiva de parto, enfatizam um cuidado materno respeitoso, incluindo suporte contínuo, comunicação eficaz, alívio da dor e encorajamento das mulheres a se mobilizarem e adotarem uma posição de parto de escolha durante o trabalho de parto, tendo em vista que tais práticas são frequentemente negligenciadas ou possuem baixa prioridade em serviços assistenciais intraparto (10,11).

Quanto à percepção de dor durante o trabalho de parto, em nosso estudo, observamos que houve predominante relato de dor moderada na fase ativa inicial (5 a 7 cm de dilatação uterina) e dor intensa na fase ativa tardia (a partir dos 8cm de dilatação uterina) do trabalho de parto das participantes, observando-se o dobro da pontuação EVA relatada entre as fases, o que pode estar relacionado à progressão fisiológica do trabalho de parto (dor e fadiga materna cumulativas), corroborando com os achados de Borrelli et al. (6), que identificou a tendência de aumento da intensidade de dor com a progressão do trabalho de parto ao estratificar as pontuações médias de dor por fase de dilatação cervical. Os autores relatam que o enfrentamento da dor foi melhor entre 4 e 7 cm (fase ativa inicial), sendo essa uma resposta multifatorial e modificável por fatores como métodos de alívio da dor, capacidade da mulher de lidar com a dor, expectativas pessoais, relacionamento com profissionais de saúde, apoio dos acompanhantes, envolvimento no processo de tomada de decisão e cuidados obstétricos pré-natais/intraparto (6).

Vale salientar que além da progressão do trabalho de parto, outros fatores individuais podem influenciar a percepção materna de dor no parto. Em nosso estudo, as participantes não realizaram aulas de preparação para o parto no período gestacional, o que pode influenciar a intensidade de dor percebida no parto. Segundo Deng et al. (12) e Hawker et al. (13), a primiparidade foi associada à medo do parto no período gestacional em vários estudos, e mulheres com medo do parto são proporcionalmente mais sensíveis à dor, destacando-se como fatores de risco: a falta de entendimento sobre o processo de indução e do parto e a duração do trabalho de parto.

Em nosso estudo, a duração da fase ativa do trabalho de parto foi de 10 a 12 horas, o que corrobora com evidências atuais sobre a indução reduzir a duração do trabalho de parto ativo, o qual tende a ocorrer 6 a 12 horas após início da indução. Sabe-se que a duração da fase ativa do trabalho de parto induzido é maior compara ao

trabalho de parto espontâneo (14). No entanto, Strandberg et al. (15) relata que o tempo percebido pela parturiente pode ser maior, especialmente quando se considera o tempo necessário para o amadurecimento cervical. Diante do exposto, em nosso estudo, a duração percebida do trabalho de parto, levando em consideração o tempo de indução, foi em média 26 a 28 horas, o que pode justificar a percepção de alta fadiga materna no trabalho de parto, corroborando com Hawker et al. (13), no que condiz a quanto maior a duração percebida do trabalho de parto, maior a percepção de dor e fadiga materna.

Vale salientar que, um estudo transversal iraniano de Khalife-Ghaderi et al.(16) afirma que cerca de 60% das mulheres relataram que a dor do parto foi uma das dores mais intensas sentidas na vida. Por sua vez, Junge et al.(17), em um estudo de coorte prospectivo com 1.135 puérperas, concluiu que, mulheres que recordaram seu parto como doloroso (dor de parto intensa ou distocia de progressão do trabalho de parto) apresentaram duas vezes mais chances de cesariana eletiva, como via de preferência em gestações futuras.

Em nosso estudo, observamos que a prevalência de cesariana em ambos os grupos foi menor quando comparada ao parto vaginal espontâneo. No entanto, o principal fator de indicação à cesariana foi a distocia de progressão do trabalho de parto, o que corrobora com o estudo de Nahae et al.(18), o qual relata que parada da dilatação e/ou parada da descida, correspondem a maior necessidade de aumento de ocitocina sintética e 50% das indicações à cesariana intraparto, quando nulíparas em trabalho de parto induzido, principalmente devido a anormalidades da frequência cardíaca fetal.

Diante desse contexto, levando em consideração que, ao contrário da dor patológica, a dor do parto faz parte do processo de progressão deste, Borrelli et al.(6) relata que gerenciar essa dor de acordo com os desejos da própria parturiente é indispensável ao atendimento obstétrico de boa qualidade. Para isso, o Instituto Nacional de Cuidados e Excelência recomenda questionar às parturientes sobre sua experiência de dor como parte da avaliação intraparto, de forma contínua, para que a parteira possa avaliar o efeito do cuidado prestado e possa fornecer estratégias de enfrentamento da dor, se isso for solicitado pela mulher (6).

Segundo Sotudeh et al. (19), o enfrentamento da dor do parto, sob o contexto não-farmacológico, inclui: técnicas de respiração, relaxamento, mudanças posturais e movimentação durante o trabalho de parto; suporte social, aumento da autoeficácia e aumento da autoconfiança; e estratégias de distração, ilustração e foco, sendo tais medidas consideradas como enfrentamento fisiológico, psicológico e cognitivo, respectivamente. Além disso, a OMS ressalta a importância da preparação para o parto como um componente essencial dos cuidados pré-natais, visto que a educação pré-natal sobre o parto reduz o medo, a ansiedade, a depressão e a dor percebida no parto, aumentando a autoeficácia materna no processo de parturição (20).

Como limitações do nosso estudo, destacamos a carência de variáveis de associação relevantes aos desfechos avaliados, como medo pós-parto, planejamento da gestação, medidas antropométricas maternas e avaliação de experiência do parto. Por essa razão, para pesquisas futuras, sugerimos a avaliação da experiência de parto das parturientes, como variável-desfecho principal, utilizando um instrumento validado e largamente utilizado no contexto obstétrico internacional: o Questionário de Experiência de Parto (CEQ-2).

Através desse estudo, não foi possível concluir a eficácia da assistência fisioterapêutica, comparada aos cuidados usuais do serviço, sobre a intensidade de dor, fadiga materna e via de parto de nulíparas de alto risco, no trabalho de parto induzido. E, acreditamos que o grupo controle foi beneficiado pelo manejo assistencial em hospital de referência que segue as recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde, promovendo a autonomia da mulher, a segurança, o acesso à informação e a condução bem-sucedida do parto, enquanto preceitos básicos da humanização preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Adler K, Rahkonen L, Kruit H. Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; A two-year cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jul 21;20(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03106-4>. Acessado em: Janeiro/2025
2. Place K, Rahkonen L, Adler K, Kruit H. Women's subjective perceptions and background factors associated with poor maternal childbirth experience among induced and spontaneous onset of labour: a two-year tertiary hospital cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Dec 1;23(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05665-8>. Acessado em: Janeiro/2025
3. Barut S, Baransel ES, Çelik OT, Uçar T. The trends and hotspots of research on non-pharmacological interventions for labor pain management: a bibliometric analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 45:1, 2322614, 2024. Acessado em: Janeiro/2025
4. Delgado A, Lemos A, Marinho G, Melo R, Pinheiro F, Amorim M. Physical therapy assistance in labor: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 29, 101169, 2025. Acessado em: Janeiro/2025
5. McCarthy CM, et al. Induction of labor: reviewing the past to improve the future. *AJOG Global Reports*, v. 2, n. 4, 1 nov. 2022. Acessado em: Janeiro/2025

6. 12. Borrelli SE, Lecis A, Antolini L, Miglietta M, Zanini AA, Nespoli A, et al. Pain Intensity, coping and maternal satisfaction in Low-Risk labouring Women: A prospective descriptive correlational study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2023 Jun 1;36. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100848>. Acessado em: Janeiro/2025
7. Delgado A, Lemos A, Góes PSA de. Assessment of responsiveness and minimum important difference of the Maternal perception of Childbirth Fatigue Questionnaire (MCFQ). *ABCS Health Sciences*. 2022 Nov 21. . Doi: <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020181.1627>. Acessado em: Janeiro/2025
8. Abebaw WA, Wolde HF, Tilahun WM, Gebreegziabher ZA, Teshome DF. Quality of childbirth care and its determinants along the continuum of care among pregnant women who gave birth vaginally in Gondar town public health facility, Northwest Ethiopia, 2022: generalised structural equation modelling. *BMJ Open*. 2024 Apr 5;14(4). Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073199>. Acessado em: Janeiro/2025
9. Kearney L, Nugent R, Maher J, Shipstone R, Thompson JM, Boulton R, et al. Factors associated with spontaneous vaginal birth in nulliparous women: A descriptive systematic review. *Women and Birth*. 2024 Feb 1;37(1):63–78. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.08.009>. Acessado em: Janeiro/2025 80
10. OMS (Organização Mundial de Saúde). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva. *Maternal and Child Survival Program*. 2018 Jan 30. Disponível:<https://www.mcsprogram.org/wpcontent/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf>. Acessado em: Janeiro/2025
11. Cantor AG, Jungbauer RM, Skelly AC, Hart EL, Jorda C, Davis-O'Reilly C, et al. Respectful Maternity Care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2024 Jan; 177(1):50-64. Doi: <https://doi.org/10.7326/m23-2676>. Acessado em: Janeiro/2025
12. Deng Y, Lin Y, Yang L, Liang Q, Fu B, Li H, et al. A comparison of maternal fear of childbirth, labor pain intensity and intrapartum analgesic consumption between primiparas and multiparas: A cross-sectional study. *Int J Nurs Sci*. 2021 Oct 10;8(4):380–7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.09.003>. Acessado em: Janeiro/2025
13. Hawker LA, Mundle S, Tripathy JP, Deshmukh P, Winikoff B, Weeks AD, et al. Preferences for induction of labor methods in India: a qualitative study of views and experiences of women, clinicians, and researchers. *AJOG Global Reports*. 2024 Nov 1;4(4). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2024.100389>. Acessado em: Janeiro/2025

14. Østborg TB, Romundstad PR, Eggebø TM. Duration of the active phase of labor in spontaneous and induced labors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017 Jan 1;96(1):120–7. Doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.13039>. Acessado em: Janeiro/2025
15. Strandberg M, Wallstrom T, Wiberg-Itzel E. Women’s expectations and experiences of labor induction – a questionnaire-based analysis of a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Dec 1;21(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03786-6>. Acessado em: Janeiro/2025
16. Khalife-Ghaderi F, Amiri-Farahani L, Haghani S, Hasanpoor-Azghady SB. Examining the experience of childbirth and its predictors among women who have recently given birth. *Nurs Open.* 2021 Jan 1;8(1):63–71. Doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.603>. Acessado em: Janeiro/2025 81
17. Junge C, von Soest T, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Severe recalled labor pain and elective cesarean section in a subsequent delivery: a cohort study of Norwegian parous women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2021 Sep 1;100(9):1678–87. Doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.14212>. Acessado em: Janeiro/2025
18. Nahae J, Abbas-Alizadeh F, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. Pre-and during-labour predictors of dystocia in active phase of labour: A case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Jul 28;20(1) Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03113-5>. Acessado em: Janeiro/2025
19. Sotudeh T, Hasanpoor-Azghady SB, Amiri-Farahani L. Relationship between Religious Coping, Pain Severity, and Childbirth Self-Efficacy in Iranian Primipara Women. *Obstet Gynecol Int.* 2022;2022. Doi: <https://doi.org/10.1155/2022/2338683>. Acessado em: Janeiro/2025
20. Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M. The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and metaanalysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023 Dec 1;23(1). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05867-0>. Acessado em: Janeiro/2025.

**ANEXO 1 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA PARA DOR**

## ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO DE MEDO PERCEBIDO DO PARTO (WEDQ-A)

QUESTIONÁRIO DE MEDO PERCEBIDO DO PARTO (QMPP)							
PACIENTE: _____							
Nº DO QUESTIONÁRIO: _____			DATA: _____				
<b>Instruções:</b>							
Este questionário é sobre sentimentos e pensamentos que as mulheres possam ter perante a perspectiva do trabalho de parto e do parto. As respostas a cada questão aparecem como uma escala de 0 a 5. As respostas extremas (0 e 5 respetivamente) correspondem aos extremos opostos de um certo sentimento ou pensamento.							
Por favor preencha cada questão desenhando um círculo à volta do número que representa a resposta que melhor corresponde a como imagina que o seu trabalho de parto e parto serão.							
Por favor responda como imagina que o seu trabalho de parto e parto serão – não da forma como espera que sejam.							
<b>a) De uma forma geral, como pensa que irá ser o seu trabalho de parto e parto?</b>							
1 Extremamente fantástico	0	1	2	3	4	5	Nada fantástico
2 Extremamente assustador	0	1	2	3	4	5	Nada assustador
<b>b) De uma forma geral, como acha que se vai sentir durante o trabalho de parto e parto?</b>							
3 Extremamente só	0	1	2	3	4	5	Nada só
4 Extremamente forte	0	1	2	3	4	5	Nada forte
5 Extremamente confiante	0	1	2	3	4	5	Nada confiante
6 Extremamente amedrontada	0	1	2	3	4	5	Nada amedrontada
7 Extremamente isolada	0	1	2	3	4	5	Nada isolada
8 Extremamente fraca	0	1	2	3	4	5	Nada fraca
9 Extremamente segura	0	1	2	3	4	5	Nada segura
10 Independente	0	1	2	3	4	5	Dependente
11 Extremamente desolada	0	1	2	3	4	5	Nada desolada
12 Extremamente tensa	0	1	2	3	4	5	Nada tensa
13 Extremamente contente	0	1	2	3	4	5	Nada contente
14 Extremamente orgulhosa	0	1	2	3	4	5	Nada orgulhosa
15 Extremamente abandonada	0	1	2	3	4	5	Nada abandonada
16 Extremamente calma e serena	0	1	2	3	4	5	Nada calma e serena
17 Extremamente relaxada	0	1	2	3	4	5	Nada relaxada
18 Extremamente feliz	0	1	2	3	4	5	Nada feliz
<b>c) O que pensa que vai sentir durante o trabalho de parto e parto?</b>							
19 Extremo pânico	0	1	2	3	4	5	Nenhum pânico
20 Extrema falta de esperança	0	1	2	3	4	5	Nenhuma falta de esperança
21 Extremo desejo de ter	0	1	2	3	4	5	Nenhum desejo de ter

a criança							a criança
22 Extrema autoconfiança	0	1	2	3	4	5	Nenhuma autoconfiança
23 Muita confiança nos outros	0	1	2	3	4	5	Nenhuma confiança nos outros
24 Extrema dor	0	1	2	3	4	5	Nenhuma dor
<b>d) O que pensa que vai acontecer quando o trabalho de parto for mais intenso?</b>							
25 Me comportarei extremamente mal	0	1	2	3	4	5	Não me comportarei nada mal
26 Permitirei que meu corpo assumo o controle total	0	1	2	3	4	5	Não permitirei que meu corpo meu corpo assumo o controle
27 Perderei completamente o controle de mim mesma	0	1	2	3	4	5	Não perderei completamente o controle de mim mesma
<b>e) Como imagina que vai sentir o momento exato do parto?</b>							
28 Extremamente agradável	0	1	2	3	4	5	Nada agradável
29 Extremamente natural	0	1	2	3	4	5	Nada natural
30 Exatamente como deveria ser	0	1	2	3	4	5	Nada como deveria ser
31 Extremamente perigoso	0	1	2	3	4	5	Nada perigoso
<b>f) Durante o último mês, imaginou sobre o trabalho de parto e parto, como por exemplo...</b>							
32 ... imaginou que o seu bebê vai morrer durante o trabalho de parto ou parto?							
Nunca	0	1	2	3	4	5	Muito frequentemente
33 ... imaginou que o seu bebê vai ficar ferido durante o trabalho de parto ou parto?							
Nunca	0	1	2	3	4	5	Muito frequentemente

### ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO MATERNA DE FADIGA NO TRABALHO DE PARTO

#### QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO MATERNA DE FADIGA NO TRABALHO DE PARTO (QMFP)

**Instruções:**

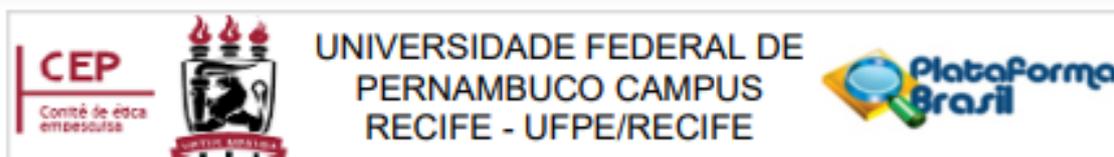
Esse questionário tem o objetivo de identificar sintomas de fadiga (cansaço) nesse momento tão especial que é o nascimento do seu filho (a). Para que a equipe de saúde possa lhe dar a assistência mais adequada, de acordo com as suas necessidades, é importante que você responda todas as perguntas e seja a mais sincera possível. Você terá o tempo que precisar para responder.

Eu vou ler cada pergunta e você deverá responder numa escala de 1 (um) a 5 (cinco) o quanto você está se sentindo em relação a cada estado que lhe for perguntado. Não existe resposta certa ou errada, apenas iremos graduar o quanto você percebe-se fadigada no seu trabalho de parto.

Escute atentamente cada pergunta e escolha o número que melhor se aproxima do modo como você está se sentindo nesse momento.

01	<b>Você está se sentindo cansada?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
02	<b>A dor está te impedindo de ajudar no trabalho de parto?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
03	<b>Você está com sono, com os olhos pesados?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
04	<b>Você está conseguindo descansar entre as contrações?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
05	<b>Você consegue realizar atividades como mudar de posição, caminhar, ficar de cócoras ou tomar banho?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
06	<b>Você está sentindo o corpo ou as pernas tremendo?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
07	<b>Você está com medo?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
08	<b>Você consegue prestar atenção no que as pessoas falam a sua volta?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
09	<b>Está difícil entender e seguir as orientações que você está recebendo?</b>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente

		1	2	3	4	5
10	Você está se sentindo sem energia?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
11	Você está sentindo necessidade de descansar?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
12	Você está se sentindo fraca?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
13	Você acha que precisa de ajuda para parir?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
14	Você está se sentindo angustiada?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5
15	Você está se sentindo desanimada, impaciente ou irritada?	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente
		1	2	3	4	5

**ANEXO 4 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** EFICÁCIA DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NO TRABALHO DE PARTO INDUZIDO DE PRIMÍPARAS DE ALTO RISCO: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

**Pesquisador:** Caroline Wanderley Souto Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 68788123.5.0000.5208

**Instituição Proponente:** Departamento de Fisioterapia - DEFISIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

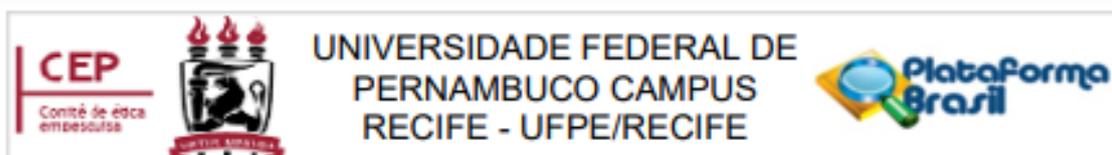
**Número do Parecer:** 6.340.440

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção de grau de mestre, orientado pela Profa. Dra. Caroline Wanderley Souto Ferreira, onde será realizado um ensaio clínico randomizado comparativo entre o grupo controle e o grupo experimental, sendo apenas este último submetido à assistência fisioterapêutica no trabalho de parto. A pesquisa será realizada no Centro de Parto Normal e Alojamento Conjunto do Hospital da Mulher do Recife (assistência ao trabalho de parto/parto e entrevista pós-parto imediato) e na Clínica MEDERE (follow-up). Serão utilizados para coleta de dados: prontuários; ficha de avaliação; Escala Visual Analógica da Dor; Questionário sobre o Medo Percebido do Parto; Questionário de Fadiga Materna com o Parto e Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto, incluindo follow-up (6 meses após o parto), através de avaliação ultrassonográfica do assoalho pélvico. Para análise de dados, será utilizado o teste t de Student, para variáveis contínuas; e para as variáveis categóricas, o teste Exato de Fisher. Todos com nível de significância de 5%. Com maior número de partos vaginais e redução do índice de intensidade de dor materna.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar a eficácia da assistência fisioterapêutica sobre a incidência de parto via vaginal e a intensidade de dor de primíparas de alto risco obstétrico em trabalho de parto induzido



Continuação do Parecer: 6.340.440

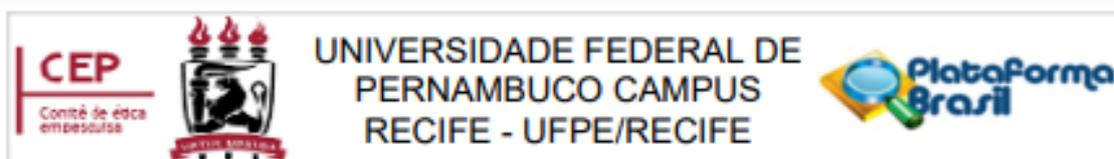
por misoprostol.

**Objetivo Secundário:** Com primíparas em trabalho de parto induzido por misoprostol, sob acompanhamento fisioterapêutico ou não, comparar: Desfechos primários: via de nascimento (vaginal ou cesariana); intensidade de dor; Desfechos secundários: o Tempo de indução do trabalho de parto; a duração da fase ativa e do período expulsivo do trabalho de parto; o Presença de laceração perineal e grau de laceração 3 ou 4; o Percepção de fadiga materna durante o trabalho de parto; o Experiência e satisfação materna com o parto; o Desfechos neonatais (Apgar no 5º minuto; necessidade de reanimação cardiopulmonar; internação do recém-nascido em unidade neonatal de cuidados intermediários ou intensivos); Incidência e/ou gravidade de traumas mecânicos ao assoalho pélvico decorrentes do parto: achados ultrassonográficos do assoalho pélvico no puerpério (follow-up 6 meses após o parto), sendo estes, espessura do detrusor; volume residual de urina; mobilidade do colo vesical; ângulo retrovesical; ângulo de rotação da uretra; descida da bexiga; descida do reto; afunilamento do meato uretral interno; dobra da uretra; área do hiato do músculo levantador do ânus; avulsão do músculo levantador do ânus; e defeito residual do esfíncter anal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** O presente estudo apresenta, para as voluntárias, riscos relativos principalmente ao constrangimento ou ao sentimento de invasão de privacidade durante a entrevista e/ou as intervenções fisioterapêuticas propostas. Para atenuar ou evitar isso, a entrevista e as intervenções poderão ser realizadas em espaço privativo ou adaptado com uso de biombo hospitalar, sem possibilidade de observação por quem esteja fora dele, de modo a possibilitar algum conforto e toda a segurança aos indivíduos. Além disso, a pesquisadora vai alertar a voluntária, desde o início, sobre a sua liberdade e autonomia para aceitar, optar ou negar a execução das intervenções propostas a qualquer momento.

**Benefícios:** Ao final do acompanhamento de cada participante, a pesquisadora irá fornecer uma cartilha educativa, com enfoque e explanação de orientações fisioterapêuticas quanto à exercícios e instruções direcionadas aos cuidados puerperais e aleitamento materno, visando uma reabilitação eficaz e melhor qualidade de vida. Outro benefício será fornecer informações que ajudem a modificar a rotina de assistência ao trabalho de parto do Centro Obstétrico das instituições, mediante articulação e orientação qualificada à equipe de saúde, o que poderá



Continuação do Parecer: 6.340.440

auxiliar outras mulheres que necessitem deste atendimento, favorecendo o aumento da incidência de partos vaginais, com conseqüente redução dos gastos em saúde e dos riscos obstétricos decorridos da cesariana.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa relata a baixa qualidade de evidências científicas associada a realidade carential e fragmentada da assistência à parturiente nos serviços de saúde quanto a oferta de orientações especializadas, suporte contínuo e/ou atenção humanizada, denotando uma lacuna científica importante quanto à temática e ao público-alvo escolhidos e validando a relevância e o perfil de inovação do estudo. Vale ressaltar que, a coleta de dados será realizada em centro obstétrico de instituição pública de saúde, de referência à gestação de alto risco obstétrico, o que facilitará o acesso em larga escala à população amostral. Além disso, a maioria dos materiais e equipamentos a serem utilizados (bola suíça, cavalinho, entre outros) pertencem ao próprio serviço de saúde, o que isenta os custos à pesquisa. Desta forma, mantendo a integridade ética das participantes, esta pesquisa contribuirá para o aprimoramento das condutas obstétricas, de modo a beneficiar o binômio materno-fetal, ressaltando também a importância da atuação fisioterapêutica em centros obstétricos, na assistência ao parto humanizado, pleiteando a readequação da rotina assistencial e/ou das políticas clínicas das instituições públicas de saúde, visando uma atenção qualificada e multiprofissional à mulher.

Sendo assim, a pesquisadora solicitou a adequação de 10 emendas no projeto original, todas bem fundamentadas e destacadas no projeto principal e atendem os requisitos deste Comitê.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatórios estão na totalidade adequados e atendem os requisitos deste Comitê.

**Recomendações:**

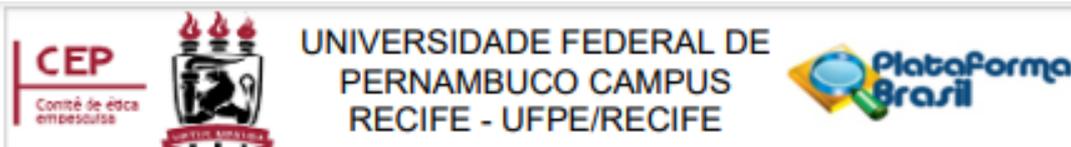
Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

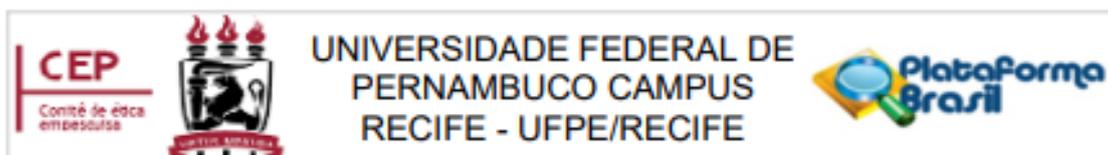
A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.



Continuação do Parecer: 6.340.440

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2214498_É1.pdf	17/09/2023 22:39:56		Aceito
Outros	Justificativa_de_emenda.pdf	17/09/2023 22:29:43	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	declaracao_vinculo_Beatriz_Miranda.pdf	17/09/2023 22:26:57	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	declaracao_vinculo_Izabel_Ferreira.pdf	17/09/2023 22:17:23	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	declaracao_vinculo_Amanda_Carneiro.pdf	17/09/2023 22:15:49	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	curriculo_Izabel_Ferreira.pdf	17/09/2023 22:10:01	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	curriculo_Cicilia_Pontes.pdf	17/09/2023 22:09:36	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	curriculo_Beatriz_Miranda.pdf	17/09/2023 22:08:53	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	curriculo_Amanda_Carneiro.pdf	17/09/2023 22:08:08	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_MEDERE.pdf	17/09/2023 22:04:34	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_HMR.pdf	17/09/2023 22:01:46	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	17/09/2023 22:00:50	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	17/09/2023 21:58:55	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/09/2023 21:58:04	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	17/09/2023 21:57:32	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel_legal.pdf	17/09/2023 21:57:18	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/09/2023 21:56:58	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Caroline_Ferreira.pdf	17/04/2023 00:39:56	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito



Continuação do Parecer: 6.340.440

Outros	declaracao_vinculo.pdf	13/04/2023 17:41:01	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	13/04/2023 17:39:05	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Outros	curriculo_lattes_Suenia_Queiroz.pdf	13/04/2023 17:37:53	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/04/2023 16:59:14	SUENIA SIMONE DE QUEIROZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 03 de Outubro de 2023

---

**Assinado por:**  
**GISELE CRISTINA SENA DA SILVA**  
 (Coordenador(a))