

Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão

Fabiana Villela Mamede*, Ana Maria de Almeida e Maria José Clapis

*Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Autor para correspondência. e-mail: famamede@eerp.usp.br*

RESUMO. O parto não é totalmente natural, pois há um conjunto de atitudes e de comportamentos socialmente controlados e culturalmente definidos que refletem valores sociais nas diversas sociedades. Sabe-se que fisiologicamente é muito melhor para a mãe e para o filho quando a mulher se mantém em movimento durante o processo de parturição. Frente a essas observações, pretendemos realizar uma revisão da literatura sobre o tema buscando verificar o que os trabalhos falam sobre os efeitos da deambulação/liberdade de posição e da movimentação durante o trabalho de parto. A revisão nos permitiu concluir que a posição vertical foi usada e preferida desde a antiguidade, para possibilitar menos dor durante o trabalho de parto e parto, diminui o tempo do trabalho de parto e do parto, melhora a contratilidade uterina e oferece mais conforto às parturientes e assegura os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal.

Palavras-chave: deambulação, parto.

ABSTRACT. Movement/ deambulation on birthwork: a review. The birth is not completely natural. This is because there are some attitudes and behavior controlled and culturally defined by society. It is physiologically better for the mother and for the baby if the mother keeps on movement during parturition. Based on these considerations, the aim of this work is to make a review about this subject in order to verify what theoretical articles consider about the effects of deambulation/liberty position and movement during the birthwork. The literature review showed that the vertical position has been the most used and preferred since the antiquity. It is because it causes less pain during birthwork and birth, decreases the birthwork and birth time limit. It improves the uterine contractility and offers more comfort to parturients. Also, it keeps the maternal-fetus-placental exchange for longer, decreasing the risk of fetal suffering.

Key words: deambulation, birth.

Introdução

A humanização da assistência ao parto é um conjunto de condutas, procedimentos e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal, oferecendo, portanto, bem-estar e segurança à parturiente. Um pré-natal humanizado prepara as condições para que isso ocorra e um puerpério humanizado garante a sua continuidade. (Ministério da Saúde, 2000).

Segundo documento do Ministério da Saúde (2000), o conceito de humanização de assistência ao parto baseia-se essencialmente em um profundo respeito à dignidade e liberdade da mulher, reconhecendo-a como condutora de seu próprio processo de parto, cabendo a ela escolher onde, como e com quem parir. Ressalta a importância de sua história, de seu meio afetivo, social e econômico;

considera, ainda, que o companheiro é parte essencial desse processo; focaliza a importância de nascer sem violência, reconhecendo que o ambiente em que o parto se dá tem profunda influência sobre a forma como ele ocorre ou se desenvolve.

O trabalho de parto em si não é apenas um ato biológico, mas também é um processo social, pois afeta a relação não só entre marido e mulher, mas também entre os membros do clã e os grupos de descendência em que ambos se inserem. Também é social porque define a identidade da mulher de uma nova forma, agora ela é mãe (Kitzinger, 1978).

É evidente que uma parte do que acontece durante o parto é puramente instintiva e fisiológica. Uma mulher não precisa ler livros sobre o assunto ou assistir a aulas para saber aproximadamente o que fazer para que o filho nasça.

Embora a mulher possa ter o filho completamente só e sem ajuda, a sociedade expressa, por meio de seus membros os seus valores sobre a gravidez e

sobre o parto, além da importância, dos riscos e do significado deste último.

O parto, à semelhança de muitos outros processos fisiológicos, não é totalmente natural, pois há um conjunto de atitudes e de comportamentos socialmente controlados e culturalmente definidos que refletem valores sociais nas diversas sociedades.

O conceito de humanização da assistência ao parto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), vem ao encontro da perspectiva de o controle centralizar-se na mulher, pois pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde devem estabelecer com as mulheres durante o processo de parturição (Ministério da Saúde, 2000).

O resgate desses valores da humanização e da naturalização do parto toma força no Projeto Maternidade Segura quando a OMS, em conjunto com várias organizações internacionais, estabeleceu estratégias no sentido de assegurar gestações e partos seguros. Nesse sentido, priorizou o planejamento familiar, a atenção pré-natal, o parto limpo e seguro, bem como os cuidados obstétricos essenciais.

A Federação Brasileira de Ginecologia-Febrasgo, em conjunto com outros organismos de saúde, visando à proteção, à promoção e ao apoio ao parto normal, estabeleceu oito passos para a maternidade segura. A partir de 1996, com vistas ao alcance da maternidade segura, a OMS começa a publicar uma série de guias práticos de assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal.

Na publicação destinada à *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*, a OMS fez uma cuidadosa revisão das práticas correntemente adotadas no parto, classificando-as em quatro categorias:

- práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apurar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas esclareçam a questão;
- práticas freqüentes utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

A Conferência sobre Tecnologia Apropriada, que aconteceu em Fortaleza – Ceará, em 1985, foi um importante marco na revisão das tecnologias adotadas no nascimento e no parto, resgatando-os como eventos fisiológicos, nos quais não se recomenda colocar as parturientes em posição de litotomia dorsal durante o trabalho de parto e parto, devendo-se encorajar a mulher a andar nesse momento. Cada mulher deve ter liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parindo.

Estudos revelaram que fisiologicamente é muito melhor para a mãe e para o filho quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, nesse caso a dor é menor, o fluxo sanguíneo que chega ao filho através da placenta é mais abundante e o trabalho de parto é mais curto (Kitzinger, 1978; Osava, 1997; Bloom *et al.*, 1998; Manual, 2000; Robertson, 2000a).

Dentre as vantagens potenciais da deambulação no trabalho de parto, já evidenciadas por vários autores, entre eles Piotrowski (2000), incluem-se as seguintes: aumenta-se a atividade uterina; distrai-se a parturiente do desconforto do trabalho de parto; reforça-se o controle materno sobre o próprio trabalho de parto e oportuniza-se uma interação mais próxima com o parceiro da parturiente e com os provedores de cuidado, quando esses a ajudam a caminhar.

Outros autores também mostram que a liberdade de movimentação e de deambulação da parturiente e que a escolha de posição em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado que provavelmente são benéficas à parturiente e que deveriam ser encorajadas (Piotrowski, 2000; Sabatino, 1996).

Robertson (2000a,b) recomenda que se deve encorajar a parturiente a se movimentar até que ela encontre um espaço físico e uma posição que melhor lhe convenha e lhe conforte. A autora esclarece que não se deve insistir em prescrições de determinadas posições confortáveis às parturientes, isso porque, uma vez que suas endorfinas estejam fluindo bem, elas se encontrarão mais receptivas a responder às mensagens interiores de seu corpo. Segundo a autora, ao se oferecer conselhos repetitivos e constantes, pode haver interrupção desse processo de autodescoberta. Quando a parturiente descobre o que funciona para ela, encontra seu próprio ritmo e seus próprios mecanismos de enfrentamento. A autora completa que, quando isso acontece, a equipe de suporte pode também relaxar e estar atenta para manter esse estado de conforto.

A par de todas essas recomendações quanto às vantagens de se manter a parturiente fora do leito, observamos que essa prática não é valorizada e, muitas vezes, é desacreditada pelos profissionais de saúde.

Objetivos

Realizar uma revisão da literatura científica nacional e internacional indexada, indicada pela OMS(1996) referente às “Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas” durante o trabalho de parto e parto. Dentre essas literaturas, elegemos

para análise aquela que trata da “Liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto”.

Verificar o que os trabalhos científicos identificados trazem sobre os efeitos da deambulação/liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto.

Material e métodos

Este trabalho é uma pesquisa documental que implica a escolha dos tipos de documentos e temas a serem estudados.

Os artigos que compuseram a amostra foram publicados em periódicos nacionais e internacionais escritos em inglês, espanhol e português, encontrados na Biblioteca da Universidade de São Paulo – USP e na Biblioteca Centro Latino-Americana e do Caribe de informação em ciência da saúde – Bireme. Esses artigos que tiveram como elementos-chave a deambulação e/ou liberdade de posição durante o trabalho de parto, considerados no todo ou somente em parte dos artigos.

Para a seleção dos artigos, foi utilizado o banco de dados Base de Dados Comprehensive Medline (Medline). Essa fonte de publicação periódica representa uma das mais importantes bases de dados internacionais na área das Ciências Médicas, reunindo as três maiores fontes bibliográficas nessa área: *Index Medicus*, *Index to Dental Literature* e *International Nursing Index*, (disponível a partir de 1966).

A consulta a esse índice foi feita considerando-se palavras-chave que pudessem contemplar o maior número de artigos sobre o tema. Foram encontrados 84 artigos com as seguintes palavras-chave: *vertical position during labour*, *mother position in delivery*, *humanization in birth*, *ambulation x birth*.

Dando continuidade ao processo, passamos à análise dos resumos e/ou dos títulos desses 84 artigos; muitos não respondiam aos nossos questionamentos e muitos se repetiam.

Selecionamos, na íntegra, os artigos que contemplavam os critérios pré-estabelecidos e que atendiam aos objetivos propostos, totalizando 20 artigos. Desses, 15 eram em língua inglesa, quatro eram em língua portuguesa e um era em língua espanhola.

A amostra foi catalogada em fichas; em seguida, os artigos foram numerados de um a vinte, em ordem cronológica.

Resultados

Após a catalogação dos artigos, verificamos que os vinte estavam distribuídos em 16 periódicos, sendo o periódico *Bristh J. Hosp. Medicine* o de maior repetição (20%).

Analisando os periódicos que compuseram a amostra, observamos que, em sua maioria, os artigos selecionados provinham da medicina, sendo apenas um periódico específico de enfermagem. Quanto ao ano de publicação, observamos uma maior porcentagem na década de 80 (45%).

Os artigos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, para identificação de unidades temáticas (Bardin, 1977).

Após leitura e releitura dos textos, a análise dos seus conteúdos nos permitiu identificar cinco temas relevantes que merecem discussão, são eles: perspectiva histórica e cultural, dor, duração do trabalho de parto e parto, efeitos sobre a contração uterinas, bem-estar materno e fetal/neonatal.

Perspectiva histórica e cultural

Dos vinte artigos que descorrem sobre o tema, seis (30%) tratam da deambulação/liberdade de posição numa perspectiva histórico-cultural. Assim, Allahbadia e Vaidya (1992) relatam que as mulheres em trabalho de parto e parto de sociedades primitivas evitavam a posição de decúbito dorsal por ser mais desconfortável que as posições de confinamento. Howard e Calif (1959) comentaram que um professor de antropologia, por meio de suas descrições de posições durante o trabalho de parto e parto, percebeu que as posições das mulheres das sociedades primitivas eram sentada, ajoelhada ou de cócoras, sendo que Molina *et al.* (1997) relataram que as mulheres permaneciam nesta posição para facilitar o processo de parturição e para sentirem menos dor.

Sabatino (1997) relatou que existem evidências antropológicas de que, na Antiguidade, na grande maioria das civilizações, os partos eram realizados com as mulheres em posição vertical. Concordando com essa afirmação, Lupe e Gross (1986) relataram que várias posições maternas têm sido usadas durante o processo de parturição. As posições litotômica e lateral usadas atualmente têm sua origem muito recente, embora a posição supina, usada tanto no trabalho de parto quanto no parto, fosse uma prática comumente usada na Antiguidade, permanecendo até hoje em algumas sociedades.

Howard e Calif (1959), Mendez-Bauer *et al.* (1975), Diaz *et al.* (1980) e Lupe e Gross (1986) relataram que foi Mauriceau, um obstetra francês, quem introduziu a posição litotômica na prática da obstetrícia, para facilitar a locação dos fórceps. Contudo esses autores afirmaram que Mauriceau não pretendia dar a essa posição a popularidade que tem hoje.

Segundo Sabatino (1997), o abandono da posição vertical se deu no século XVI, obedecendo a muitas causas, porém uma das que mais influência teve foi a comodidade do médico ou do pessoal responsável pelo atendimento. Sabatino diz também que, nos

hospitais modernos, a posição reclinada foi adotada para facilitar a antisepsia, ou até mesmo para facilitar o trabalho dos profissionais que assistem as mulheres nesse processo, em detrimento do respeito aos mecanismos fisiológicos do parto. Isso repercute negativamente na qualidade de entendimento do parto normal de baixo risco. Esse autor relatou também que a posição horizontal como forma de atenção ao trabalho e do parto e parto não é baseada em pesquisa científica. Em 1950, Howard publicou nos Estados Unidos o primeiro trabalho chamando atenção aos prejuízos maternos e fetais que a posição horizontal durante o parto pode provocar, ao não se respeitar a força da gravidade, aumentando, com isso, o esforço materno durante o período expulsivo. No entanto, essa recomendação não teve aceitação no meio científico, ficando esquecida durante muitos anos.

Sabatino (1997) relata também que essa preocupação iniciou-se na década de 60/70 por meio de dois pesquisadores dessa área, Caldeyro-Barcia, do Uruguai e Dunn, da Inglaterra. Eles defenderam princípios da verticalidade e enumerando as principais consequências negativas perinatais e maternas de sua não utilização. Posteriormente, começa a surgir uma série de pesquisas que defendem a liberdade de posição durante o trabalho de parto.

De acordo com a literatura examinada, a posição materna no trabalho de parto e parto, sob a perspectiva histórica e cultural, foi usada desde a Antiguidade e a horizontalidade foi adotada conforme a comodidade médica, não levando em conta a naturalidade do processo de parturição.

Dor

Oito artigos da nossa amostra (40,0%) descrevem como a dor é sentida pela mulher no processo de parturição. Oliveira (1984) e Baker e Kenner (1993) relatam que o trabalho de parto é um processo de mudança, e que a dor associada a esse processo muda conforme o estágio em que a parturiente se encontra. Concordando com essa afirmativa, Crawford (1983) e Sabatino *et al.* (1996) relatam que as manifestações dolorosas diferem durante o trabalho de parto e do parto, sendo que, no primeiro estágio, a parturiente, independente da liberdade de posição, sente com maior intensidade dores nas regiões superiores, ou seja, na região abdominal e lombar. Enquanto que, durante o parto, a sensação das contrações uterinas tem um caráter migratório das regiões superiores para as inferiores (lombar, abdominal e perineal) nas mulheres em posição de cócoras e sem analgesia/anestesia, enquanto que nas mulheres que fizeram uso de analgésico e/ou anestésico, a sensação dolorosa mantém-se nas regiões superiores. Crawford (1983) relata que a dor e o aumento de fadiga tendem a diminuir o efeito da atividade uterina, prolongando o tempo do trabalho de parto.

Mendez-Bauer *et al.* (1975) observaram que a maioria das pacientes sentiram menos dor quando permanecia na posição “em pé”, quando comparada com aquelas que estavam na posição supina.

Albers *et al.* (1997) identificaram que a deambulação está associada a um índice reduzido de partos operatórios (cesárea, fórceps e extração a vacuum) e ao uso menos freqüente de analgesia narcótica.

Contrapondo essas afirmações, Molina *et al.* (1997) relataram que a maioria de suas pacientes preferiram a posição horizontal à posição vertical durante o primeiro estágio do trabalho de parto, sendo tal preferência mais marcante após 5 cm de dilatação cervical.

Segundo Helman (1994) a dor é uma experiência subjetiva sobre qual se pode identificar comportamentos diferentes, que variam segundo a cultura e a época. Com base nessa concepção de dor podemos compreender porque os resultados das pesquisas nem sempre são uniformes.

Duração do trabalho de parto

Nove dos artigos (45%) analisados trouxeram conteúdos sobre este a duração do trabalho de parto. Desses, seis artigos, dizem que a posição em pé, de cócoras e/ou sentada diminui o tempo do trabalho de parto e parto.

Diaz *et al.* (1980), em sua pesquisa que teve como objetivo estudar a posição vertical durante o primeiro estágio do trabalho de parto, identificaram uma diferença na redução do tempo, neste primeiro período, em 25% das parturientes do grupo que permanecia em pé, sentada ou andando, comparado ao grupo de mulheres que permanecia deitado durante todo esse estágio.

Em pesquisa que teve como objetivo examinar a eficiência da parturição de acordo com a posição assumida no trabalho de parto, Allahbadia e Vaidya (1992) mostraram que a duração do primeiro e segundo estágio do parto era menor no grupo de mulheres que permanecia deambulando durante o primeiro estágio e era encorajada a dar a luz de cócoras, comparado ao grupo de mulheres que se manteve em posição supina nos dois estágios do parto. Os autores relataram que houve uma diferença de 3 horas nas primigestas e 2 horas nas multíparas durante o primeiro estágio e uma diferença de vinte minutos nas primigestas e 13,5 minutos nas multíparas durante o segundo estágio do parto.

Mendez-Bauer *et al.* (1975), estudando o efeito da posição em pé nas contrações uterinas espontâneas, concordaram com os estudos anteriores, concluindo que a posição em pé pode ser um fator que contribuiu para encurtar a duração do trabalho de parto, já que, em sua pesquisa, as nulíparas tiveram uma redução de

três horas e cinquenta minutos durante o período de dilatação.

Sabatino (1997) comenta as vantagens do trabalho de parto e parto na posição vertical e conclui que a mulher que opta por essa posição, especialmente a de cócoras, tem muitas vantagens, uma delas é a menor duração do período de dilatação e expulsão. Oliveira (1984), em sua pesquisa de revisão da literatura sobre o período de dilatação do parto, diz que o parto na vertical, além de outras vantagens, promove o encurtamento nessa fase estudada.

Lupe e Gross (1986), em revisão da literatura sobre os efeitos da postura materna durante o primeiro estágio do parto, relataram que dentre os trabalhos analisados, quatro reportaram que a deambulação como fator que encurta o tempo do trabalho de parto e dois trabalhos não mostram efeitos na posição em pé quanto à duração do trabalho de parto. Portanto os autores afirmaram que não houve conclusões quanto à questão do tempo *versus* trabalho de parto e parto.

Conclusão semelhante foi de Bloom *et al.* (1998) e Spurgeon *et al.* (2001), os quais evidenciaram que não houve estatisticamente, diferenças significantes quanto ao tempo durante o trabalho de parto e parto, quando comparadas mulheres deambulando e mulheres na posição horizontal.

Robertson (2000a,b) chama a atenção para o papel extremamente importante que a pélvis tem em todo o transcorrer do processo de parturição. Assim, reforça que os ossos da pélvis são destinados a proteger e guiar o filho no momento em que ele estiver nascendo. A bacia óssea é mantida por um sistema de ligamentos que, durante a gravidez, afrouxam-se devido à influência do hormônio relaxina. Por conta desse relaxamento, há uma maior flexibilidade das articulações pélvicas, o que aumenta significativamente o espaço no interior da bacia pélvica, especialmente quando a parturiente se movimenta e muda de posição corporal.

Ainda para Robertson (2000a), a mulher, permanecendo na posição vertical, faz que suas pernas funcionem como uma alavanca para a pélvis, o que facilita a abertura da passagem/estrito inferior da pélvis, facilitando a passagem para o bebê. Dessa maneira, Robertson (2000a) esclarece que se consegue favorecer um aumento de 28% do espaço interior do estremo inferior da bacia pélvica. Autora explica, ainda que, concomitantemente, um outro mecanismo favorece a descida fetal. Trata-se daquele mecanismo em que os ossos da cabeça fetal são capazes de se moldarem em resposta a um ajuste rígido com que a apresentação se depara. A autora relembra que esses dois mecanismos trabalham para tornar o nascimento do bebê tão seguro quanto possível, também adverte que a preferência das mulheres por uma postura vertical demonstra suas

capacidades instintivas para buscar maneiras fáceis e efetivas de parir.

Efeitos sobre a contração uterina

Quanto ao efeito da postura materna durante as contrações uterinas oito dos artigos estudados (40%) relacionaram a deambulação/liberdade de posição com a eficiência das contrações uterinas. Todos os artigos são unânimes em associar positividade à deambulação e liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto à eficiência uterina. Esclarecem que o peso da gravidade coopera com as contrações uterinas e com os esforços expulsivos, estando o corpo gravídico em harmonia com o sentido da força gravitacional e com o ângulo de incidência do útero. O ângulo entre o eixo longitudinal da coluna vertebral do feto e da coluna vertebral da mãe é menor em posição vertical, requerendo, assim, menor esforço do útero; o pólo de apresentação na pelve materna assim como o apoio direto da cabeça sobre o colo do útero são facilitados, produzindo um ângulo conveniente de descida (Howard Calif, 1959; Diaz *et al.*, 1980; Roberts *et al.*, 1984; Lupe e Gross, 1986; Allahbadia e Vaidya, 1992; Sabatino, 1997; Bonfim-Hipólito, 1998).

Bloom *et al.* (1998) revelaram alguns estudos que verificaram que a menor duração do trabalho de parto em grupos de mulheres que deambulavam durante o trabalho de parto foi atribuída à melhora na contratilidade uterina, na posição vertical, à necessidade diminuída de uso de ocitocina e de analgesia, além de menor frequência de parto vaginal instrumental.

Quanto à ação da gravidade, esses autores esclarecem que, quando uma mulher grávida adota a posição vertical, o plano de direção seguido pelo canal do parto fica numa posição mais favorável para que possam atuar as forças da gravidade sobre o móvel fetal, segundo o estipulado pelas leis da física. Lembam, ainda, que a mãe ganha entre 30 e 40 mmHg de pressão intra-uterina na posição vertical, e a maior eficiência da contração uterina o que, provavelmente ocorra devido à melhor circulação uterina, impedida a oclusão da artéria aorta ou da veia cava, o que permite que as fibras musculares uterinas cumpram, de forma mais eficiente, sua função contrátil.

Bem estar materno, fetal/neonatal

Quanto ao bem estar materno, 11 dos artigos estudados 50,0% tratam desta temática. Esses artigos mostram que as parturientes preferem a posição vertical por sentirem-se mais confortáveis sobre o bem estar fetal/neonatal, os autores revelam ausência de correlação entre as posições vertical e horizontal (Méndez-Bauer *et al.*, 1975; Diaz *et al.*,

1980; Roberts *et al.*, 1984; Lupe e Gross, 1986; Johnstone *et al.*, 1987; Gardosi *et al.*, 1989; Stewart e Spiby, 1989; Ferraz *et al.*, 1993; Sabatino, 1997; Bomfim-Hyppólito, 1998.

Bloom *et al.* (1998) reforçaram, em suas discussões, que, mesmo não tendo diferenças estatísticas entre os dois grupos (vertical e horizontal), os benefícios da deambulação foram inconclusivas. Os profissionais de saúde deveriam estimular a deambulação/liberdade de posição, já que ela não prejudica o feto/filho e a mãe.

No que se refere à compressão dos grandes vasos maternos, Sabatino (1997) diz que, quando a mulher se mantém na posição vertical, é possível prevenir a oclusão da aorta ou da veia cava, ambas localizadas entre o útero e a coluna vertebral. Além disso, na posição vertical, são assegurados os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo assim o risco de sofrimento fetal, mesmo quando o período expulsivo estiver aumentado. Esclarece, ainda, que todos os pesquisadores que avaliaram a ventilação pulmonar e o equilíbrio ácido-básico em relação à posição materna são unânimes em demonstrar que, na posição vertical, obtêm-se os melhores resultados, tanto durante o período de dilatação como durante o período no expulsivo.

Discussão

É de suma importância que a mulher experimente todas as posições para o momento do parto nas semanas que o precedem ou até mesmo no momento de seu acontecimento. Para tanto, é necessário que ela seja orientada por profissionais qualificados nessa área. Cabe ao profissional orientar e ensinar as posições mais eficazes e confortáveis no decorrer do trabalho de parto e parto, para que a paciente não seja influenciada uma lógica que privilegia o conforto dos profissionais e não o da cliente.

A revisão da literatura sobre o tema em estudo, reforça-nos a necessidade de resgatar a mulher como protagonista do seu parto, o que significa permitir que ela faça uso da liberdade de movimentos, expressões verbais e corporais, que ela escolha a melhor posição para parir e que seja incentivada a adotar a posição vertical, pois o parto normal, numa posição verticalizada, favorece naturalmente a saída do filho, porque tem a força da gravidade trabalhando a seu favor.

Foi possível ainda apreender que durante o trabalho de parto, a mulher passa por diversos momentos que precisam ser compreendidos, compensados e supridos, de forma a preservar o seu bem-estar e do seu filho. Esses momentos, difíceis para a parturiente, demandam uma adaptação para que, na evolução do trabalho de parto, ocorra a superação e a aceitação dessa condição, objetivando

um nascimento feliz. Para tanto, os profissionais que a assistem devem estar atentos às orientações e aos incentivos para que ela assuma posturas que a ajudem na evolução e na finalização desse momento.

Assim, os resultados obtidos nesta revisão revelam a possibilidade de identificar que, por meio da posição vertical, o trabalho de parto pode ser vivenciado de forma menos dolorosa, com menos desconforto e menos dificuldade durante os “puxos”, com maior intensidade e com maior eficiência das contrações, por conseguinte, com melhor capacidade de dilatação da cérvix.

Entretanto, observa-se também que as parturientes adotam, de certa forma, a posição litotômica pela influência cultural. Esse aspecto é sobremaneira justificado pelo fato de essas mulheres não serem orientadas e estimuladas durante o acompanhamento pré-natal a adotarem a posição verticalizada e não serem informados quanto aos benefícios que a tal aspecto pode oferecer.

Diante dos achados trazidos pela literatura acreditamos que, tanto para o primeiro quanto para o segundo estágio do trabalho de parto, a mulher pode adotar qualquer posição que lhe agrade, de preferência evitando longos períodos na posição horizontal. O importante, é que a parturiente tenha a liberdade de escolha da posição que melhor lhe convém, melhorando, em todos os aspectos, a evolução do parto.

Conclusão

A revisão da literatura sobre “Liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto” permitiu-nos concluir que:

- a posição vertical foi usada e preferida desde a Antiguidade;
- a posição supina possibilita menos dor durante o trabalho de parto e parto;
- a posição vertical diminui o tempo do trabalho de parto e do parto, melhora a contratilidade uterina e oferece mais conforto às parturientes;
- a posição vertical assegura os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo quando o período expulsivo estiver aumentado.

É necessário, portanto, que os profissionais de saúde, ao atenderem a mulher desde o pré-natal até o nascimento, sejam treinados como realizar partos em outras posições além da supina, para que isso não se torne um fator inibidor para a parturiente quanto à escolha da posição. Esperamos também que os resultados desta revisão possam, de certa forma, contribuir para o despertar quanto à possibilidade de orientar e estimular a mulher a adotar uma variedade de posições na hora do parto.

Referências:

- ALBERS, L. *et al.* The relationship of ambulation in labor to operative. *J. Nurse Midwifery*. New York, v. 42, n. 1, p. 4-8, 1997.
- ALLAHBADIA, G.N.; VAIDYA, P.R. Why deliver in the supine position? *Aust. NZ. J. Obstet. Gynaecol.* v. 32 n. 2, 104-6, 1992.
- BAKER, N.Z.; KENNER, A.N. Communication of pain: vocalization as an indicator of the stage of labour. *Aust. NZ. J. Obstet. Gynaecol.*, v. 33, n.4, p. 384-5, 1993.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BLOOM, S.L. *et al.* Lack of effect of walking and labor to operative delivery. *New England Journal of Medicine*. Waltham, v. 339, n. 2, p. 76-79, 1998.
- BONFIM-HIPÓLITO, S. Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, Limenek, v. 63, suppl 1, p. 67-73, 1998.
- CRAWFORD, J.S. The stages phases of labour: an outworn nomenclature that invites Hazard. *The Lancet., London*, v. 30, p. 271-2, 1983.
- DIAZ, A.G. Vertical position during the first stage of the course of labour, and neonatal outcome. *Europ. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol.*, Amsterdam, v. 11, p. 17, 1980.
- FERRAZ, E.M. *et al.* Estudos multicêntrico para construção de curvas de dilatação cervical em função do tempo, em gestação brasileiras. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, v. 6, p. 298-303, 1993.
- GARDOSI, J. *et al.* Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, London, v. 96, p. 1290-1296, 1989.
- HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HOWARD, F.H.; CALIF, A. The physiologic position for delivery. *Am. J. Obstet. Gynec.*, Saint Louis, v. 78, n. 5, p. 1141-1143, 1959.
- JOHNSTONE, F.D. *et al.* Maternal posture in second stage and fetal acid base status. *Br. J. Obstet. Gynaec.*, London, v. 94, p. 753-757, 1987.
- KITZINGER, S. *Mães um estudo antropológico da maternidade*. São Paulo: Fonseca, Brasil, 1978.
- LUPE, P.J.; GROSS, T.L. Maternal upright posture and mobility in labor – a review. *Obstetrics and Gynecology*. New York, v. 67, n. 5, p. 727-734, 1986.
- MANUAL DO PARTO HUMANIZADO. Projeto Luz da JICA, agência de Cooperação Internacional do Japão/ Governo Estado Ceará, gráfica Tipogresso. Fortaleza: Tipogresso, 2000.
- MENDEZ -BAUER, C. *et al.* Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J. Perinat. Med.* Berlin, v. 3, p. 89-100, 1975.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Pré-natal – Manual Técnico*, equipe de elaboração: Janine Schirmer *et al.* 3ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SSP/Ministério da Saúde, 2000.
- MOLINA, F.J. *et al.* Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. *J. Pain Symptom Manag.* New York, v. 13, n. 2, p.98-103, 1997.
- OLIVEIRA, F.C. Período de dilatação: sua importância na assistência ao parto. *Ceará Médico, Fortaleza*, v. 6, n. 3, p. 39-41, 1984.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Série Maternidade Segura. Genebra: OMS, 1996.
- OSAVA, R.H. *Assistência ao Parto no Brasil: o lugar do não médico*. 1997. Tese (Doutorado)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- PIOTROWISKI, K.A. – Nursing care during labor. In: LOWDERMILK, D.L. *et al. Maternity & Women's health care*. 17. ed. Mosby, USA, 2000, cap 22, p. 510-580.
- ROBERTS, J.E. *et al.* – Effects of lateral recumbency and sitting on the first stage of labor. *Reprod. Med.* Saint Louis, v. 29, n. 7, p. 477-482, 1984.
- ROBERTSON, A. a – *The midwife companion*. The art of support during birth. Austrália: ACE graphics, 2000a.
- ROBERTSON, A. *Preparing for birth: mothers*. Background notes for pre-natal classes. 3. ed. Austrália: ACE graphics, 2000.
- SABATINO, H. *et al.* Sensação da contração uterina referida durante o trabalho de parto e parto. *J. Bras. Ginecol.*, Rio de Janeiro, v. 106, n. 11/12, p. 429-434, 1996.
- SABATINO, H. – Parto na vertical. *RBM-GO, Goiânia*, v. 8, n.2, p. 51-64, 1997.
- STEWART, P.; SPIBY, H. A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* London, v. 96, p. 327-333, 1998.

Received on June 08, 2004.

Accepted on October 02, 2004.