

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

Danielle Simões Dias

**A VERTICALIZAÇÃO E MOBILIDADE DA PARTURIENTE
DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO: Revisão de
Literatura**

**Belo Horizonte
2011**

Danielle Simões Dias

**A VERTICALIZAÇÃO E MOBILIDADE DA PARTURIENTE
DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO: Revisão de
Literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Elysângela Dittz Duarte

**Belo Horizonte
2011**

D541 Dias, Danielle Simões

A verticalização e mobilidade da parturiente durante o trabalho de parto e parto: revisão de literatura / Danielle Simões Dias – Belo Horizonte : [s.n.], 2011.

31 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Elizângela Dittz Duarte

Bibliografia: f. 27-29.

1. Trabalho de parto. 2. Posição. 3. Deambulação. I. Duarte, Elizângela Dittz. II. Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: WQ 300

RESUMO

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a temática da assistência ao trabalho de parto e parto, na perspectiva de discutir a mobilidade e verticalização da parturiente durante este período. Foi realizada a busca bibliográfica na base de dados da LILACS e Medline, no período de 2006 a 2011, nos idiomas português, espanhol ou inglês. Foram criados três eixos temáticos como resultado do processo de análise dos estudos incluídos nesta revisão de literatura: a institucionalização do nascimento e a limitação da mulher ao leito; implicações da posição ereta durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto; a prática profissional e a liberdade da mulher para a mobilidade durante o trabalho de parto, parto e nascimento. Registros históricos comprovam que a mulher sempre preferiu a verticalização no trabalho de parto e parto, mas com o advento da obstetrícia moderna, ela foi institucionalizada e mantida no leito. A deambulação e as variedades de posições assumidas pela mulher no trabalho de parto e parto propiciam vantagens e benefícios para a mãe e filho, tais como aumento da contratilidade uterina, aumento do diâmetro pélvico, menor necessidade de ocitócitos e analgesia, além da redução considerável do tempo da fase ativa do trabalho de parto. A liberdade de posição e a deambulação em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado benéficas e que devem ser encorajadas. Além disso, o profissional deve estar apto a prestar assistência nas diferentes posições que podem ser de escolha da mulher. A escolha da posição deve ser da mulher, mas é preciso que ela seja orientada por um profissional para que se torne confiante para a tomada da decisão que lhe forneça maior conforto e segurança.

Descritores: Parto normal; Mobilidade; Verticalização; Deambulação.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma da metodologia empregada.....	10
Quadro 1	Seleção de artigos para composição do referencial teórico.....	10
Quadro 2	Relação dos Estudos Inseridos na Revisão.....	31
Quadro 3	Vantagens e desvantagens da verticalização da 1ª e 2ª fase do trabalho de parto.....	22

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCF	Batimentos cardíofetais
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CTG	Cardiotocografia
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds ratio
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 METODOLOGIA.....	09
3 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS DA REVISÃO.....	12
4 A MOBILIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	13
4.1 A institucionalização do nascimento e a limitação da mulher ao leito.....	14
4.2 Implicações da posição ereta durante o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto.....	16
4.3 A prática profissional e a liberdade da mulher para a mobilidade durante o trabalho de parto, parto e nascimento.....	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A obstetrícia, enquanto conjunto de práticas de assistência ao parto, tem sua origem no conhecimento empírico acumulado pelas parteiras e a parturição era considerada pela sociedade um processo natural, familiar e domiciliar, feminino e não intervencionista (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

Nos meados dos séculos XIX e XX, a evolução da prática obstétrica foi marcada pela modificação do modelo de assistência a partir da difusão da idéia de que o parto vai além de um fenômeno da natureza. O aumento da medicalização e intervenções excessivas, desde o surgimento do modelo tecnocrático, fez com que o parto deixasse de ser considerado como evento fisiológico, passando a ser visto como patológico. Tais modificações acarretaram uma série de transformações no processo de parturição, incluindo a saída das parturientes do domicílio na procura da institucionalização (MAMEDE *et al.*, 2007b; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

A transferência do parto do ambiente doméstico para o contexto hospitalar retira o protagonismo da mulher neste processo, deixando-os em posição submissa e passiva, enquanto os profissionais se tornam superiores e dominadores, passando a controlar o processo do nascimento (MAMEDE *et al.*, 2007b).

De acordo com Brüggemann *et al.* (2009), analisando a história do parto, conforme o momento da evolução humana e do modelo assistencial prestado, percebe-se variações no empoderamento da mulher e na posição de parto no período expulsivo. Com a medicalização do parto, bem como com a evolução científica, a posição litotômica¹ passou a ser considerada a recomendada, devido às limitações impostas pelas próprias intervenções hospitalares e à hegemonia profissional.

Registros da antiguidade, tais como pinturas rupestres, demonstram que a mulher sempre buscou instintivamente uma postura verticalizada no momento de parir. Confirma-se a existência de vantagens nas posturas verticais durante o parto tanto

¹ POSIÇÃO LITOTÔMICA: o corpo em decúbito dorsal, com a face voltada para cima, com flexão de 90° de quadril e joelho, expondo o períneo (KOCH, 2005)

do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos quando comparado à litotomia, devendo portanto, serem estimuladas como posições preferenciais na assistência ao parto (SILVA *et al.*, 2007).

As variedades de posições durante o período expulsivo têm as suas particularidades, benefícios, recomendações e contra-indicações. A deambulação e posições assumidas pela mulher no trabalho de parto e parto propiciam vantagens e benefícios para mãe e filho, tais como aumento da contratilidade uterina, menor necessidade de ocitócitos e analgesia e menos frequência de parto vaginal instrumental. Levantadas tais evidências, acredita-se que a liberdade de posição e a deambulação da parturiente em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado benéficas e que devem ser encorajadas (MAMEDE *et al.*, 2007a, b).

Na prática, percebe-se que as mulheres ainda estão limitadas ao leito, sem liberdade de movimentação, muitas vezes por falta de orientação profissional ou mesmo por receio de alguma censura por parte do profissional de saúde. A mulher pode se comportar ativamente no seu trabalho de parto e parto seguindo seus próprios instintos e a fisiologia do seu corpo, impedindo que se torne um objeto de condução pela equipe obstétrica. Portanto, a parturiente deve ser estimulada a experimentar a posição desejada durante a primeira e segunda fase do parto.

Conforme Bio, Bittar e Zugaib (2006), o acompanhamento de um profissional atualizado e orientado, com fundamentação nas práticas baseadas em evidências, influencia positivamente na fase ativa do trabalho de parto. A mulher se sente capaz de escolher a posição na qual se sente mais segura e confortável para o nascimento do seu filho.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) têm preconizado ações que visam a assistência a mulher e familiares de maneira humanizada e fundamentada cientificamente, resgatando a protagonização dos mesmos no processo do trabalho de parto e parto. Dentre diversos instrumentos que preconizam a mudança da realidade obstétrica, foi criado em 1996, o Projeto Maternidade Segura, pela OMS, que visa reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal (OMS, 1996), e editada a Portaria/GM n.º 569, de 01 de junho de 2000,

sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do MS, o qual tem o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002).

Pensando nas evidências científicas e na realidade do cenário obstétrico das maternidades brasileiras, percebemos que há divergências quanto ao que é preconizado como correto e a realidade. A atuação obstétrica ainda é focada no profissional e em intervenções desnecessárias. As mulheres precisam ser conscientizadas do potencial do seu corpo, da fisiologia do nascimento, para que possam retomar, física e emocionalmente, o foco do processo de parir. Tal prática propiciaria uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência voltada para as necessidades das mulheres e de suas famílias.

O presente estudo tem como objetivo discutir as implicações da verticalização e mobilização durante o trabalho de parto e parto. Desta maneira, poderá fortalecer e subsidiar a prática do enfermeiro e dos demais profissionais assistenciais para orientar e estimular a mulher a se reconhecer como protagonista do processo da parturição e a decidir de forma consciente e espontânea pela melhor posição durante o processo da parturição.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica sobre a temática da assistência ao trabalho de parto e parto, na perspectiva de discutir as implicações da mobilidade e verticalização durante o processo de trabalho de parto e parto.

Foi realizada uma busca na base de dados do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (www.bireme.br), especificamente na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), utilizando-se publicações do período de 2006 a 2011, nos idiomas português, espanhol ou inglês. Além disso, também foram utilizadas outras fontes relacionadas ao tema do estudo disponibilizadas pela OMS e pelo MS para enriquecerem o referencial bibliográfico.

Na pesquisa na base de dados LILACS utilizou-se as palavras-chave: "postura", "modalidades de posição", "posição do paciente", "cócoras", "gaskin" "deambulação" e "mobilidade", combinadas com a palavra-chave do título "parto". A pesquisa não foi realizada com descritores, pois não existe consenso entre eles e as publicações mais recentes não estão indexadas, dificultando a identificação de artigos no momento da busca, assim, foram encontrados 39 trabalhos.

No Medline utilizou-se os descritores "*Labor, Obstetric*", "*Labor*", "*Natural Childbirth*", "*Labor Stage, First*", "*Labor Stage, Second*" combinados com os descritores: "*Posture*", "*Modalities, Position*" e "*Patient Positioning*". O resultado desta busca apresentou 30 artigos. É importante ressaltar que não houve repetição de artigos nas duas bases de dados pesquisadas.

A primeira seleção do referencial teórico foi realizada levando-se em consideração os títulos e resumos relacionados com o tema proposto. Na etapa sucessiva verificou-se obras que estavam disponíveis para o acesso *on line*, e daquelas que não foram encontradas, foram descartadas.

Dos artigos recuperados, foi realizada a leitura para confirmação da sua inclusão. Destes, três não preenchiam os critérios na pesquisa da LILACS e seis no Medline, portanto foram excluídos. Quatorze foi o número final de artigos para a revisão bibliográfica (Fig. 1 e Quadro 1).

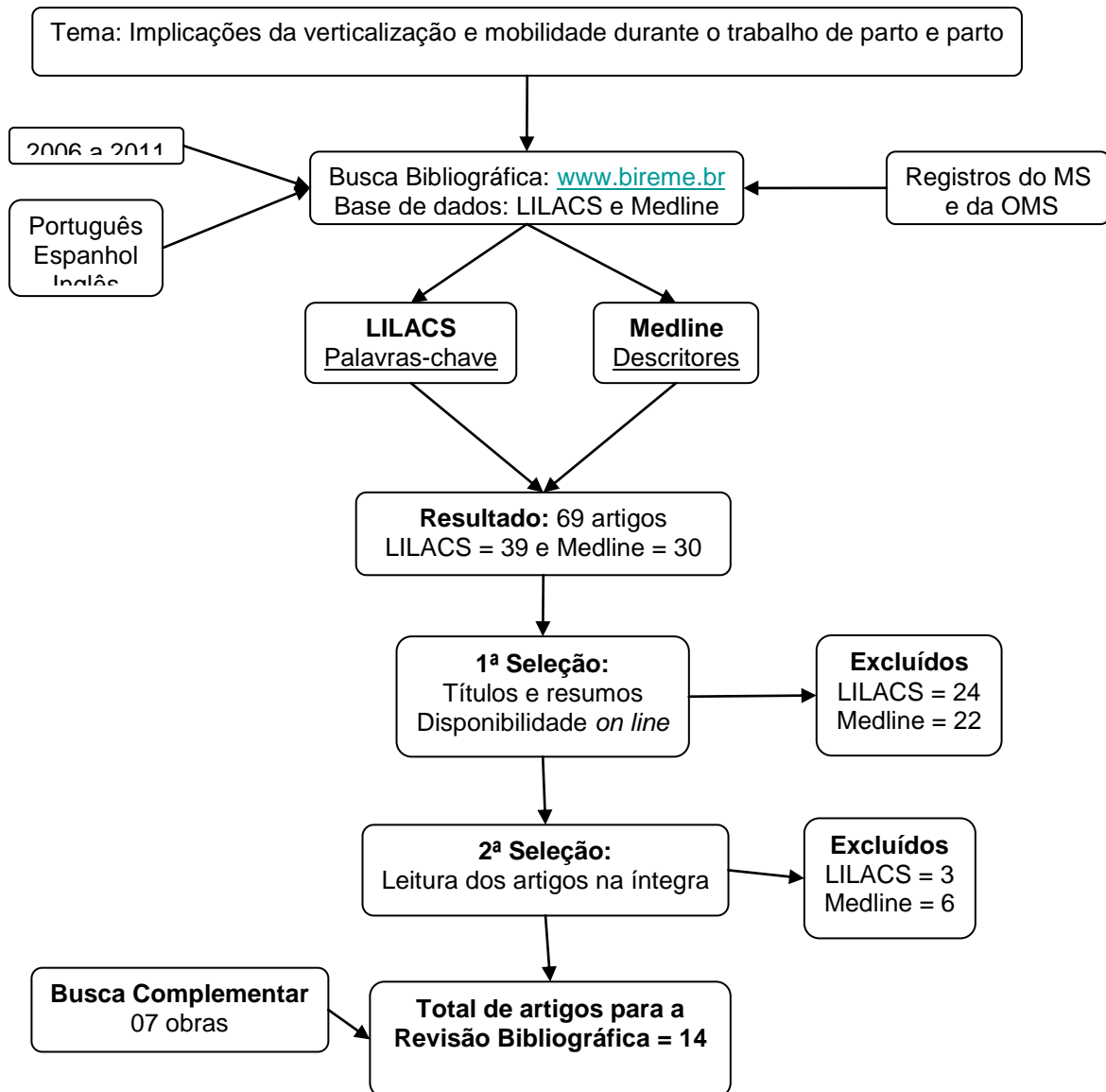


FIGURA 1: Fluxograma da metodologia empregada

QUADRO 1

Seleção de artigos para composição do referencial teórico

Artigos	LILACS	MEDLINE	TOTAL
Encontrados	39	30	69
Excluídos	27	28	55
Total para o Estudo	12	2	14

A leitura dos artigos selecionados foi realizada buscando-se identificar os temas, os quais foram posteriormente agrupados em três eixos temáticos: A institucionalização do nascimento e a limitação da mulher ao leito; Implicações da posição ereta durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto; A prática profissional e a liberdade da mulher para a mobilidade durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

Os resultados obtidos na revisão foram analisados utilizando-se da experiência das autoras e de outros referenciais disponíveis relacionados à temática.

3 CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS DA REVISÃO

Foram analisados quatorze artigos, publicados entre os anos de 2006 e 2011, agrupados pelo nome dos autores, formação acadêmica, título da obra, ano de publicação, país de realização, perfil da amostra utilizada, metodologia empregada e objetivo, conforme representados no Quadro 2 (ANEXO A).

Dentre as formações profissionais dos autores, seis artigos foram redigidos por enfermeiras (42,9%), quatro por médicos (28,6%), um por fisioterapeuta (7,1%) e três artigos por grupos de autores com formação multidisciplinar (21,4%). A maioria dos estudos foi realizada no Brasil: doze artigos (85,7%) e, apenas dois no exterior (14,3%).

Em meio às amostras utilizadas nos trabalhos, verificou-se que em três dos artigos (21,4%), foram sujeitos as gestantes em trabalho de parto ativo. As outras amostras foram constituídas por mulheres no pós-parto, em três artigos (21,4%); análise de documentos no pós-parto, em duas obras (14,3%); entrevista com parteiras, em apenas um estudo (7,2%). Nos outros cinco artigos foram realizadas revisão bibliográfica, portanto sem amostra (35,7%).

4 A MOBILIDADE DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Segundo Silva *et al.* (2007), registros da antiguidade demonstram que as mulheres sempre escolheram instintivamente uma postura verticalizada na hora de parir. No entanto, a prática vivenciada de posições de trabalho de parto e parto das maternidades não é condizente com tais fatos históricos: as mulheres têm sido mantidas restritas ao leito e sem liberdade de escolha de posições.

Manter a parturiente na posição horizontal, tanto no trabalho de parto quanto no parto, é a realidade da obstetrícia, porém tem sido questionada em relação aos seus benefícios para mãe e filho. A OMS, na busca da humanização do parto, com base na melhor evidência científica, classifica a liberdade de posição e de movimento e o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto como práticas úteis e que devem ser estimuladas, além do uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2009; MAMEDE *et al.*, 2007b; SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

O MS preconiza que a mulher deve conduzir seu próprio processo de parto, respaldada por orientações fundamentadas em informações válidas e confiáveis acerca dos possíveis benefícios, relativos ao bem-estar materno e fetal, das diferentes posições maternas adotadas durante a fase expulsiva do trabalho de parto vaginal (OMS, 1996). Contudo, conforme estudo de Mouta *et al.* (2008), fatores culturais, falta de orientações e ausência de práticas baseadas em evidências fazem com que as gestantes permaneçam, na maior parte do trabalho de parto, em posição horizontal.

As discussões relacionadas às vantagens da mobilidade e verticalização materna durante o trabalho de parto, bem como as desvantagens da posição dorsal durante este período, surgiram nos últimos 30 anos. Essas discussões, de acordo com Mamede *et al.* (2007a), foram lideradas pelo obstetra uruguaio Caldeyro-Barcia e seu grupo em Montevideu, que demonstram a interferência da posição materna nas duas primeiras fases do parto. A partir da década de 90, talvez pela necessidade de humanizar o nascimento, começaram a surgir trabalhos com enfoque na percepção

da mulher quanto às diferentes posições, principalmente em relação à dor (MOUTA *et al.*, 2008).

4.1 A institucionalização do nascimento e a limitação da mulher ao leito

Segundo Brüggman *et al.* (2009), Silva *et al.* (2007) e Mamede *et al.* (2007a, b), o processo de horizontalização no processo do nascimento foi acentuado com a adesão ao parto hospitalar, onde as mulheres eram admitidas em trabalho de parto e colocadas em posição litotômica, permanecendo deitadas durante todo o processo. Tal postura passou a ser considerada mais apropriada pelas restrições impostas pelos próprios procedimentos hospitalares, como por exemplo, a terapia endovenosa, a monitorização fetal contínua e a analgesia. Também por facilitar a atuação por parte do profissional, no acompanhamento da progressão fetal e na realização de um parto operatório, em caso de necessidade (BRÜGGMAN *et al.*, 2009; LAWRENCE *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2007; MAMEDE *et al.*, 2007a, b).

Gupta e Nikodem (2000) ²*apud* Silva *et al.* (2007) são condizentes com o estudo de Mamede *et al.* (2007b), afirmando que a posição supina foi iniciada na assistência ao trabalho de parto e parto sob a influência da escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau no século XVII. Segundo estes autores, ao descobrir o segredo do fórcepe, Mauriceau instituiu a posição horizontal, já que facilitava as intervenções médicas e o estudo físico do mecanismo de parto.

Com a entrada do médico no quarto da parturiente, o “respeito” pelo saber empírico das parteiras sofreu declínio e houve a marginalização da sua prática no século XVIII. Vale ressaltar que, com a modificação dessa assistência ocorreram várias mudanças no processo de assistir e uma delas diz respeito às liberdades de escolhas das mulheres, principalmente relacionado à posição adotada por elas durante o período de dilatação, expulsão ou mesmo dequitação. Portanto, a posição horizontal no período expulsivo foi adotada de maneira indiscriminada e sem a devida avaliação da sua efetividade ou segurança (BRÜGGEMANN *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2007; MAMEDE *et al.*, 2007b).

² GUPTA, J. K.; NIKODEM, V. C. Woman's position during second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, England, n. 2, p. CD002006, 2000

No decorrer da progressiva medicalização do parto, a posição horizontal se estabeleceu por facilitar o trabalho do profissional de observar atentamente a situação do períneo, de realizar a episiotomia e também para extrair a criança. Assim, o parto na posição supina é mantido pela comodidade assistencial, prejudicando a participação mais ativa da mulher (MAMEDE *et al.*, 2007b).

Por outro lado, permanecer na posição horizontal por longo tempo favorece a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero, dificultando a saturação do oxigênio fetal por prejuízo das trocas gasosas entre mãe e feto, e diminuindo a efetividade e ritmo das contrações uterinas (CANESIN; AMARAL, 2010; MOUTA *et al.*, 2008).

A constância da mulher na posição supina, imposta pelo modelo assistencial implantado nos hospitais, constitui uma limitação importante da liberdade corporal, considerada essencial para o bom desenvolvimento do parto. Portanto, o uso rotineiro desta prática durante o período expulsivo foi classificado como uma das ações claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas. Pode ter efeitos fisiológicos adversos tanto para a mãe como para o seu feto e para a progressão do trabalho de parto, havendo a recomendação praticamente consensual entre os autores de evitá-la (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; BRÜGGEMANN, 2009; MOUTA *et al.*, 2008).

A transferência da mulher do seu domicílio para o ambiente hospitalar se deu com a entrada do profissional, geralmente do sexo masculino, no processo de assistência ao trabalho de parto e parto, retirando a autonomia feminina e da parturiente e impondo a supremacia médica, acarretando, assim a restrição da mulher ao leito e a medicalização do parto. A manutenção da mulher na posição supina além de fisiologicamente prejudicial para a boa evolução do trabalho de parto, é também prejudicial emocionalmente por não respeitar as vontades e direitos da gestante.

Para Santos (2006), a imposição da posição horizontal na assistência ao segundo período do trabalho de parto nunca foi baseada em evidências científicas e, por isso, faz-se necessário buscar dados científicos que possam subsidiar a escolha da mulher pela melhor posição a ser adotada com a intenção de se obter os melhores

resultados. Debater, deste modo, as implicações da posição ereta durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto e analisar a importância da prática profissional são necessárias para se alcançar a adesão da liberdade corporal e emocional da mulher durante o trabalho de parto, parto e nascimento.

4.2 Implicações da posição ereta durante o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto

Para Silva *et al.* (2007), a história e a antropologia revelam que as mulheres sem influência da cultura da obstetrícia ocidental adotam, preferencialmente, posturas eretas durante o trabalho de parto e o parto, ficando agachadas, sentadas, ajoelhadas, de cócoras ou andando. Reforçando a afirmação acima, Bio, Bittar e Zugaib (2006) relatam que o hábito da mulher de se manter em movimento durante o trabalho de parto em posição vertical era uma prática comum de quase todas as culturas.

Desde o final do século XVII, diversos obstetras já reforçavam a importância da posição vertical durante o trabalho de parto. Nesta época, Mauriceau volta a defender esta ideia, talvez por ter percebido que a introdução da posição horizontal prejudicava a evolução do trabalho de parto (SILVA *et al.*, 2007).

A implementação de posições não supinas no período expulsivo tem sido uma das práticas baseadas em evidências científicas, que fazem parte da transição do modelo de assistência ao parto centrado na tecnologia para um modelo centrado na fisiologia (MIQUELUTTI *et al.*, 2009; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006). Dentre as inúmeras práticas benéficas baseadas em evidências direcionadas ao trabalho de parto e parto, a verticalização tem merecido destaque por ser simples, de fácil aplicabilidade e sem altos custos (MIQUELUTTI *et al.*, 2009). De acordo com Miquelutti *et al.* (2009) e Brüggemann *et al.* (2009), aderir a posição vertical no nascimento proporciona além do conforto, uma experiência de parto mais satisfatória para mulher e ainda contribui para a redução da morbimortalidade materna. Considera-se como as posições verticais no segundo estágio aquelas de cócoras, de joelhos, de quatro apoios – Gaskin (LAWRENCE *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2007).

A posição vertical é uma prática segura, pois não acarreta riscos maternos e fetais. A ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto e parto, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acido-básico, além de proporcionar maior eficiência das contrações uterinas. Reduzindo, com isso, a duração do período expulsivo, a queixa de dor severa durante o mesmo, o número de parto operatório e a necessidade de episiotomia (CANESIN; AMARAL, 2010; BARACHO *et al.*, 2009; GAYESKI, BRÜGGEMANN, 2009; BRÜGGEMANN *et al.*, 2009; LAWRENCE *et al.*, 2009; MAMEDE *et al.*, 2007a; SILVA *et al.*, 2007; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

A posição e a deambulação que a parturiente assume durante o processo do nascimento estão relacionadas com a duração do trabalho de parto e parto. Fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero assume uma melhor contratilidade, o fluxo sanguíneo que chega ao concepto através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é menos intensa (CANESIN; AMARAL, 2010; MAMEDE *et al.*, 2007a,b; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Ao se pensar na liberdade de posições e na deambulação existem evidências que confirmam os benefícios destas práticas durante o trabalho de parto e parto, no entanto, é necessário entender de que maneira a deambulação é capaz de produzir tais benefícios.

No que se refere à sensação algica e a deambulação, em uma revisão de literatura realizada por Mamede *et al.* (2007b), verificou-se que aquelas parturientes que conseguiram deambular um maior trajeto aos 5 cm de dilatação pontuaram um valor mais alto no escore de dor. Já em estudo de Miquelutti *et al.*, 2009 os autores identificaram que as mulheres com a dilatação cervical em 4 cm com pontuação de escore de dor menor que 5 permaneciam em posição vertical por mais que 50 % do tempo do trabalho de parto; comparado com aquelas que pontuaram a dor maior que 7, as quais permaneciam nesta posição apenas 21% do tempo da parturição.

Miquelutti *et al.* (2009) evidenciam que a redução da dor registrada durante o trabalho de parto quando adotada a posição vertical está relacionada ao fato das parturientes encontrarem alívio nesta posição.

Outro fato estudado referente ao trabalho de parto é a relação entre a deambulação da parturiente e a duração deste período. Para Mamede *et al.* (2007b), bem como para Mamede *et al.* (2007a), há uma diferença significativa na redução da fase ativa do trabalho de parto nas três primeiras horas quando as gestantes mantêm-se em movimento. Na primeira hora, a cada 100 metros percorridos ocorre uma redução de vinte e dois minutos, na segunda hora, a cada 100 metros percorridos há diminuição de dez minutos e já na terceira hora, a cada 100 metros percorridos minimizou-se seis minutos (MAMEDE *et al.*, 2007b).

Condizentes com os estudos relatados anteriormente, Canesin e Amaral (2010) citam na sua revisão de literatura um estudo experimental que comparou um Grupo Controle (n=100) em que as mulheres foram mantidas na posição supina durante todo o trabalho de parto e o Grupo Experimental (n=100), cujas pacientes realizaram agachamento durante a segunda fase do trabalho de parto, resultando em diminuição do tempo de trabalho de parto no Grupo Experimental.

Acrescentando informações aos dados apresentados acima, Lawrence *et al.* (2009) apresentam uma análise do resultado de 21 ensaios clínicos randomizados com um total de 3706 mulheres em trabalho de parto, das quais aquelas em posições verticais apresentaram o encurtamento de aproximadamente uma hora do primeiro estágio, quando comparadas com aquelas que se encontravam em posição de repouso ou supinada.

Resultados diferentes são encontrados mediante o uso de analgesia, conforme evidenciado pela revisão de literatura de Porto, Amorim e Souza (2010), na qual os autores descrevem um ensaio clínico randomizado comparando parturientes sob analgesia peridural com ou sem livre deambulação, que não encontra impacto na duração do trabalho de parto, mas foi associada com redução na necessidade de

uso de analgesia epidural (FRENEA *et al.*, 2004 *apud* PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

A deambulação pode aumentar na parturiente a sensação de controle de seu trabalho de parto, como também prover distração autorregulada e facilitar o suporte contínuo intraparto por um acompanhante, medidas estas que reduzem a ansiedade e a necessidade de analgesia, bem como partos operatórios (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; MIQUELUTTI *et al.*, 2009). É sugerido, também, que a deambulação aumenta o conforto materno durante o trabalho de parto, devendo, portanto, ser estimulada (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Para Brüggemann *et al.* (2009) e Lawrence *et al.* (2009), ensaios clínicos e revisões sistemáticas enfatizam a segurança da posição vertical no segundo estágio para o feto e recém-nascido. As posturas verticais durante o trabalho de parto e parto apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos, o que ainda são intensificados quando associados com movimentos rítmicos durante o trabalho de parto (MIQUELUTTI *et al.*, 2009).

A mulher permanecendo ereta facilita a abertura do estreito inferior da pelve, tornando-a uma passagem mais fácil para o feto, devido a retificação do canal de parto e alinhamento do feto na pelve materna, ocorrendo um aumento significativo dos diâmetros interespinhoso, intertuberoso e cocci-subpúbico em relação ao decúbito, sugerindo uma facilitação do processo do nascimento (MIQUELUTTI *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2007).

Dessa maneira, favorece um aumento de 28% no espaço interior do estreito inferior da bacia pélvica, devido retropulsão do promontório sacral, e concomitantemente a isso os ossos da cabeça fetal são capazes de se moldarem em resposta a um ajuste rígido com que a apresentação se depara (BARACHO *et al.*, 2009; GAYESKI, BRÜGGEMANN, 2009; MAMEDE *et al.*, 2007a; BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006). Além do mais, a preferência das mulheres por uma postura vertical demonstra suas capacidades instintivas para buscar maneiras fáceis e efetivas de dar à luz (MAMEDE *et al.*, 2007a).

Segundo estudo de Bio, Bittar e Zugaib (2006), foram feitas imagens por ressonância magnética da pelve e medidas dos seus diâmetros, em posição horizontal e em posição vertical. Os achados mostraram que, nas posições verticais usadas, as dimensões pélvicas se expandiram significativamente, sugerindo vantagens para o trabalho de parto e parto. Ampliando os diâmetros da pelve, em posições verticais, aliadas a pequenos movimentos das articulações pélvicas entre si e uso da musculatura estriada em coordenação, tiveram efeito facilitador, diminuindo a fase ativa. Estes autores afirmam que as posturas verticais e o movimento coordenado da pelve, além de melhorarem a evolução da dilatação e da descida da apresentação, tiveram ação na analgesia.

Andrade *et al.* (2011) concordam com tais benefícios da verticalização descritos acima e ainda acrescentam que o efeito da gravidade favorece o ciclo das contrações e a descida fetal, pois o peso do feto exerce uma pressão crescente sobre a cérvix, ocasionando que a cérvix seja puxada para cima, facilitando o apagamento e a dilatação e ainda aumentam os impulsos da cérvix para a hipófise, causando maior secreção de ocitocina.

Andrade *et al.* (2011) ainda enfatizam que a expulsão do feto em todos os seus tempos (rotação, descida e desprendimento) é prejudicada quando em posição supina, já que é mais demorada e mais sujeita a complicações. Isto se justifica pelo fato da gravidade estar jogando todo o peso do feto e massa placentar em direção errada, contra a parede uterina posterior, em vez de fazê-lo contra o espaço dilatado do canal vaginal, aberto pela passagem do feto.

Além dos benefícios fisiológicos da posição não supina, Miquelutti *et al.* (2009) e Gayeski e Brüggemann (2009) referem que o parto vertical favorece a participação da parturiente, facilita a observação das condutas realizadas e a visualização do nascimento, fatores emocionalmente importantes para uma vivência positiva do parto. Assim, a percepção da parturiente sobre o gradiente crescente da contração uterina e o aumento da pressão no períneo contribui para a realização da força, descida e expulsão do feto, decorrente da gravidade.

De acordo com Baracho *et al.* (2009) e Mouta *et al.* (2008), a posição vertical da mulher em relação à horizontal durante o parto vaginal parece constituir um dos fatores para abreviar o período expulsivo, maximizando os puxos expulsivos maternos e diminuindo, assim, a ocorrência de lacerações perineais. Estes autores ainda correlacionam a posição de parto e episiotomia, sendo esta mais freqüente em parto na posição horizontal. Sobre este aspecto, estudo de Mouta *et al.* (2008), demonstram que dentre os partos verticais, 44,9% ocorreram sem a realização de episiotomia, enquanto nos horizontais, apenas 26% dos partos não tiveram a episiotomia.

Nos estudos de Gayeski e Brüggemann (2009) e de Brüggemann *et al.* (2009) o uso da verticalização durante do período expulsivo está relacionado com um aumento do número de lacerações perineais de segundo grau, além de perda sanguínea maior que 500 ml, porém sem aumentar a necessidade de hemocomponentes.

Diferentemente de Gayeski e Brüggemann (2009), de Brüggemann *et al.* (2009) e de Silva *et al.* (2007), no que se refere à perda sanguínea, para Andrade *et al.* (2011) no parto de cócoras ocorre menos perda de sangue pelo fato da dequitação ocorrer com maior facilidade de maneira espontânea e pelo mecanismo de Schultz³. Este modo de secundamento ocasiona menor número de casos de retenção de restos placentários, quando comparado com o mecanismo de Duncan⁴, sendo determinante de menor perda sanguínea, pois o sangramento normalmente surge após expulsão placentária, sendo, com isso, menos sujeito a complicações.

Andrade *et al.* (2011) também não estão de acordo com o aumento de lacerações perineais quando assumida a posição vertical no segundo estágio. Afirmam que com a força da gravidade, as contrações uterinas e os puxos deslocam a apresentação diretamente para o intróito vaginal, diminuindo consideravelmente a distensão do períneo posterior, reduzindo a incidência de episiotomia e roturas perineais.

Em contrapartida, Baracho *et al.* (2009), realizaram uma pesquisa na qual não ocorreu correlação estatisticamente significativa entre posição de parto e uso de

³ Quando na saída da placenta o lado fetal (cinza-brilhante) apresenta-se primeiro (RICCI, 2008).

⁴ Quando na saída da placenta o lado materno (vermelho - vivo) da placenta apresenta-se primeiro (RICCI, 2008).

ocitocina, laceração perineal e ocorrência de sutura perineal, porém consideram a dificuldade da realização de episiotomia na posição vertical.

Reforçando as afirmativas acima, Silva *et al.* (2007) apresentam de maneira sintética as vantagens e desvantagens da verticalização na primeira e segunda fase do trabalho de parto (Quadro 3):

QUADRO 3
Vantagens e desvantagens da verticalização da 1ª e 2ª fase do trabalho de parto

1ª Fase (dilatação)	2ª Fase (expulsão)
<ul style="list-style-type: none"> • Menor duração • Dores menos intensas (menor necessidade de peridural e narcóticos) • Menor taxa de padrões anormais do BCF à CTG • Não altera a taxa de cesárea e resultados neonatais • Dificulta a monitorização fetal durante a 1ª fase 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor duração (media = 5,4 min) • Dores menos intensas (OR = 0,59) • Redução dos partos operatórios (OR = 82) • Redução de episiotomia (OR = 0,73) • Menor taxa de padrões anormais do BCF à CTG (OR = 0,31) • Puxos mais eficientes, maior pH médio da artéria umbilical • Aumento discreto laceração 2º grau (OR = 1,30) • Aumento no risco de sangramento >500mL (OR = 1,76), sem aumento necessidade de transfusão (cadeiras de parto)

Legenda: OR = "odds ratio"; BCF = batimentos cardíofetais; CTG = cardiotocografia.

Fonte: SILVA *et al.*, 2007, p. 103.

É consenso geral, entre os profissionais que aderiram aos princípios da humanização, que as vantagens das posições verticalizadas estão nas evidências de menor desconforto para a parturiente (MOUTA *et al.*, 2008). Acredita-se que a melhor maneira de assistir um trabalho de parto é observá-lo, sem interferir na sua evolução e apoiar a mulher, pois é ela quem melhor presente a hora, identifica os movimentos e sabe a melhor posição (ANDRADE *et al.*, 2011). Portanto, a

oportunidade de aumentar a satisfação da parturiente com a experiência do nascimento do seu filho que pode ser favorecida proporcionando-lhe a escolha da posição para o parto.

4.3 A prática profissional e a liberdade da mulher para a mobilidade durante o trabalho de parto, parto e nascimento

É fato que por razões culturais, as mulheres freqüentemente adotam as posições supinas durante o processo parturitivo, mas também é verdade que muitas não têm acesso a informações das posições verticais ou sobre alternativas que poderiam ser adotadas durante todo o processo de trabalho de parto e parto. Conforme Fialho (2008), os principais aspectos da humanização seriam o ato de tratar bem e atender as necessidades da puérpera, por meio da comunicação interativa.

Gayeski e Brüggemann (2009) relatam que a atuação ativa do profissional de saúde na assistência ao parto é percebida como positiva por parte da parturiente, quando ela espera ser “ajudada” e transfere, na maioria das vezes, para o profissional a responsabilidade das decisões no trabalho de parto. Nesta relação de transferência, que se instalou efetivamente na prática obstétrica contemporânea, os profissionais assumiram o papel de protagonistas do processo. Gayeski e Brüggemann (2009) consideram que a posição supina sempre esteve associada à comodidade e visibilidade dos profissionais que cuidam da mulher em trabalho de parto e no parto, sendo uma posição de escolha destes e de imposição para as mulheres, mantendo uma relação assimétrica entre os envolvidos.

A avaliação das práticas obstétricas e recomendações relacionadas ao parto fundamentadas nas evidências disponíveis foram publicadas, a partir de 1985, pela OMS. Assim, o MS, com base nestas recomendações, sugere que a mulher deve adotar a posição que preferir para o seu parto, cabendo ao profissional respeitá-la e possuir treinamento para utilizá-la (BRÜGGEMANN *et al.*, 2009).

O grande desafio da obstetrícia atual é combinar os benefícios fisiológicos, anatômicos e emocionais da movimentação durante o trabalho de parto e de

posturas mais fisiológicas adotadas no nascimento com uma adequada monitorização do bem estar fetal, além da capacitação do profissional na diversidade das formas de parir (SILVA *et al*, 2007; BRÜGGEMANN *et al.*, 2009). Na assistência humanizada do parto e nascimento a mulher reencontra sua autonomia, requerendo assim nova postura dos profissionais que a assistem (OSAVA, 2003 *apud* FIALHO, 2008).

Conforme estudo de De Jonge *et al.* (2008) realizado com parteiras dos países baixos, as posições de parto preferidas por estas profissionais dependia da exposição que elas tinham para as várias posições, durante a formação e a prática profissional, além da habilidade técnica e experiência desenvolvida com cada posição.

Sescato *et al.* (2008), referem que as atitudes, a maneira como a parturiente usa seu corpo e o modo que se comporta durante o trabalho de parto dependem essencialmente das informações recebidas no pré-natal, do seu contexto socioeconômico e de sua personalidade. Porém, poucas pacientes recebem orientações no pré-natal sobre o trabalho de parto, parto, cuidados não farmacológicos para alívio da dor ou condutas possíveis ou necessárias para o nascimento.

Corroborando com os autores acima, Miquelutti *et al.* (2009) afirmam que quando instruídas ou encorajadas à adoção de posições verticais, as mulheres desejam conhecer as variedades de posturas e aderem, a maior parte do tempo, à posição vertical, quando comparadas com aquelas que não receberam instruções do profissional.

As mulheres precisam de informações sobre as alternativas de partos, para que assim possam fazer suas escolhas (DE JONGE *et al.*, 2008). Com isso, quando orientadas, elas se tornam mais confiantes, sendo mais propensas ao sucesso no processo do parto e nascimento, por conhecerem suas capacidades, seus direitos e usufruir da sua liberdade corporal.

De Jonge *et al.* (2008), consideram duas formas de orientações: o consentimento informado e a escolha informada. No consentimento informado a mulher é uma receptora passiva das informações e escolhas do profissional. Já na escolha informada a mulher tem o poder de tomada de decisões após ser orientada pelo profissional das alternativas, benefício e implicações de cada atitude. Todavia, nos faz refletir que não basta transferir a responsabilidade do processo para a mulher: é necessário orientá-la e estabelecer uma relação de troca entre profissional e parturiente.

Para tornar o parto humanizado, os enfermeiros precisam oferecer às gestantes orientações e opções sobre o processo de parturição da maneira mais natural e saudável (ANDRADE *et al.*, 2011). A conscientização dos profissionais de que a mulher é a protagonista do processo de parto, bem como a decisão por alternativas de assistência ao primeiro período do parto discutida com a paciente são possibilidades para se extinguir essa realidade obstétrica imponente. Assim, a dignidade, individualidade e seus valores serão respeitados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou o relevante papel da verticalização e mobilidade da mulher durante seu trabalho de parto e parto, apresentando as diversas vantagens da mudança de posição e deambulação. Desta forma, verificamos que a tendência dos estudos em apontar benefícios para o uso da posição vertical sinaliza a necessidade da incorporação desta prática na atuação cotidiana do profissional.

No decorrer da revisão de literatura foi descrito como um dos aspectos negativos da adoção da posição vertical a perda sanguínea maior que 500 mL, no entanto esta perda não tem sido apresentada como um dos obstáculos para a escolha do tipo de posição. Entretanto, faz-se necessário que este aspecto seja melhor analisado e debatido, para que em algum momento não se torne em um argumento utilizado equivocadamente.

A mulher orientada torna-se confiante a experimentar e ou não a posição vertical, resgatando, assim a protagonização do processo. Para isso, uma recomendação que se faz é de que os profissionais se capacitem para estar aptos a atender às mulheres nas diferentes posições que podem ser escolhidas. Do contrário, possibilidades poderiam ser oferecidas, mas a pouca habilidade do profissional poderia comprometer a assistência e o resultado.

Identificamos com esta revisão bibliográfica que existe um reduzido número de estudos randomizados acerca desta temática que avaliem variáveis que possam sofrer interferências com a verticalização, indicando a necessidade de maior investimento nesta área.

Embora exista um significativo número de estudos qualitativos sobre o tema, não se observou que os mesmos consideram o bem-estar da mulher, o que poderia ser um aspecto importante na orientação da posição.

Concluimos que a verticalização é um método benéfico e que deve ser estimulado por parte dos profissionais durante o trabalho de parto e parto. Além disso, as

mulheres precisam ser conscientizadas do potencial do seu corpo e da fisiologia do nascimento, para que possam retornar, de maneira física e emocional, ao foco do processo de parir, propiciando, assim, uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência voltada para as necessidades das mães e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. P. *et al.* O parto de cócoras na percepção do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Pernambuco, v. 5, n. 1, p. 98-105. 2011. Disponível em:<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1328/pdf_282>. Acesso em: 03 maio 2011.

BARACHO, S. M. *et al.* A influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 4, p.409-414, out./dez. 2009.

BIO, E.; BITTAR, R. E; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 671-679, nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p.

BRASIL. Ministério do Estado da Saúde. Portaria n. 569 de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2000.

BRÜGGEMANN, O. M. *et al.* Parto vertical em hospital universitário: série histórica 1996 a 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 189-196, abr./jun. 2009.

CANESIN, K. F.; AMARAL, W. N. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 429-433, ago. 2010.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-104, MAR. 2007.

DE JONGE, A. *et al.* Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. **Journal of Advanced Nursing**, England, v. 63, n. 4, p. 347-356, Mar. 2008.

FIALHO, T. C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. 2008. 38f. Monografia (Conclusão do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública) - Educação Avançada Ltda, Viçosa.

FRENEA, S. *et al.* The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. **Anesthesia and Analgesia**, Baltimore v. 98, n. 1, p. 224-229, Jan. 2004 *apud* PORTO, A. M. F; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho e parto baseada em evidências. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.

GAYESKI, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009.

GUPTA, J. K.; NIKODEM, V. C. Woman's position during second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, England, n. 2, p. CD002006, 2000 *apud* SILVA, L. B. *et al.* Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p.101-106, fev. 2007.

KOCH, Rosi Maria *et al.* **Técnicas básicas de enfermagem**. 23. ed. Curitiba: Século XXI, 2005. 140p.

LAWRENCE, A. *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, England, n. 2, p. CD003934, Apr. 2009.

MAMEDE, F. V. *et al.* O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 466-471, set. 2007.

MAMEDE, F. V. *et al.* Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-336, jun. 2007.

MIQUELUTTI, M. A. *et al.* The vertical position during labor: pain and satisfaction. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 4, p. 393-398, Oct./Dec. 2009.

MOUTA, R. J. O *et al.* Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 472-476, out./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. (Maternidade segura).

OSAVA, R. H. Parto humanizado: importante mudança para a saúde. **Nursing**, São Paulo, v. 57, n. 6, p.10-11, fevereiro 2003 *apud* FIALHO, T. C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. 2008. 38f. Monografia (Conclusão do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Pública) - Educação Avançada Ltda, Viçosa.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho e parto baseada em evidências. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 527-537, out. 2010.

SANTOS, P. Q. **Avaliação do recém-nascido segundo a postura materna no momento do parto**. 2006. 49f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Escola de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 4, p.585-590, out./dez. 2008.

SILVA, L. B. *et al.* Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p.101-106, fev. 2007.

ANEXO A

QUADRO 2
Relação dos Estudos Inseridos na Revisão

Continua

	Autores	Formação	Título	Ano	Local do estudo	Amostra	Metodologia	Objetivo
1	PORTO; AMORIM; SOUZA	Medicina	Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências	2010	Brasil	Revisão de Literatura	Revisão de Literatura	Busca das evidências científicas sobre a assistência ao primeiro período do TP.
2	CANESIN; AMARAL	Multidisciplinar	Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura	2010	Brasil	Revisão de literatura – Gestantes	Revisão de literatura	Relacionar a atuação do fisioterapeuta e redução do tempo do TP: métodos de exercícios físicos e de relaxamento
3	BARACHO <i>et al.</i>	Multidisciplinar	Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas	2009	Brasil	Primíparas, feto único, IG: 37-40 sem., pós parto vaginal	Estudo quantitativo	Identificar a associação entre a posição de parto vaginal e a presença de laceração espontânea, de ET, de sutura perineal, uso de ocitocina e de instrumentação em primíparas. Associar parto horizontal e vertical e características do RN
4	MIQUELUTTI <i>et al.</i>	Medicina	The vertical position during labor: pain and satisfaction	2009	Brasil	Gestante Nulíparas na primeira fase do TP	Estudo quantitativo	Avaliar a posição vertical, adotada por nulíparas durante o TP, em relação à dor e a satisfação da posição.
5	BRÜGGEMANN <i>et al.</i>	Enfermagem	Parto Vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005	2009	Brasil	Análise de prontuários e dados estatísticos: pós parto	Estudo quantitativo	Evolução do número de partos horizontais e verticais, relacionando-os com a taxa de cesárea, internações neonatais e transfusões sanguíneas maternas.
6	GAYESKI; BRÜGGEMANN	Enfermagem	Percepção de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal	2009	Brasil	Puérperas, parto prévio na posição horizontal, que pariram em posição vertical	Estudo qualitativo	Conhecer a percepção das puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal, identificando aspectos positivos e negativos das posições.
7	LAWRENCE <i>et al.</i>	Medicina	Maternal positions and mobility during first stage labour	2009	Austrália	Revisão de literature – mulheres em TP	Revisão de literatura	Avaliar os diferentes efeitos das posições verticais reclinadas e mobilização para as mulheres na primeira fase do trabalho em função da duração do trabalho, tipo de parto e outros resultados importantes para mães e bebês.

QUADRO 2
Relação dos Estudos Inseridos na Revisão

							Conclusão	
Autores	Formação	Título	Ano	Local do estudo	Amostra	Metodologia	Objetivo	
8	MOUTA <i>et al.</i>	Enfermagem	Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido	2008	Brasil	Livro de registro de partos normais	Estudo quantitativo	Analisar os partos assistidos por enfermeiras obstetras, relacionando a posição da parturiente com a preservação perineal e vitalidade dos RN
9	SESCATO <i>et al.</i>	Enfermagem	Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem	2008	Brasil	Púérperas que receberam os cuidados da equipe durante o TP	Estudo qualitativo	Verificar se os cuidados não farmacológicos para alívio da dor são orientados pela equipe de enfermagem à parturiente e identificar técnicas não-farmacológicas de alívio da dor são propostos pela equipe de enfermagem.
10	DE JONGE <i>et al</i>	Multidisciplinar	Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives	2008	Holanda	Parteiras	Estudo qualitativo	Explorar os pontos de vista das parteiras relacionados posições maternas durante a segunda etapa do trabalho.
11	MAMEDE <i>et al.</i>	Enfermagem	O efeito da deambulação na duração da fase ativa do TP	2007	Brasil	Primíparas, em TP espontâneo, no início da fase ativa	Estudo qualitativo	Analisar a associação entre a deambulação e a duração da fase ativa do TP.
12	MAMEDE <i>et al.</i>	Enfermagem	Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto	2007	Brasil	Revisão de literatura	Revisão de literatura	Refletir sobre os fatores determinantes que levaram a mudança de posição da mulher de vertical para horizontal no processo de parturição
13	SILVA <i>et al.</i>	Medicina	Posições maternas no trabalho de parto e parto	2007	Brasil	Revisão de literatura	Revisão de literatura	Levantar as características das posições maternas no TP e parto
14	BIO; BITTAR; ZUGAIB	Fisioterapia	Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto	2006	Brasil	Primigestas em TP	Ensaio qualitativo	Investigar a influência da mobilidade da parturiente durante a fase ativa do TP.