

# PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A POSIÇÃO VERTICAL NO PARTO

## PERCEPTION OF PUERPERAS ON THE VERTICAL POSITION IN CHILDBIRTH

## PERCEPCIÓN DE PUERPERAS ACERCA DE LA POSICIÓN VERTICAL EN EL PARTO

Joelma Lacerda de Sousa<sup>1</sup>  
Iolanda Pereira da Silva<sup>2</sup>  
Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves<sup>3</sup>  
Inez Sampaio Nery<sup>4</sup>  
Ivanilda Sepúlveda Gomes<sup>5</sup>  
Larissa Ferreira Cavalcante Sousa<sup>2</sup>

**Como citar este artigo:** Sousa JL, Silva IP, Gonçalves LRR, Nery IS, Gomes IS, Sousa LFC. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. Rev baiana enferm. 2018;32:e27499.

**Objetivo:** descrever a percepção de puérperas acerca da posição vertical adotada no trabalho de parto e parto. **Método:** estudo descritivo de abordagem qualitativa desenvolvido em 2014, em uma maternidade de referência de Teresina, Piauí, Brasil. As participantes foram oito puérperas com histórico de parto normal na posição vertical. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram quatro categorias: tipo de conhecimento das mulheres sobre as posições verticais; percepção da presença da enfermeira obstetra no processo de parturição como incentivo às posições verticais; recordações da vivência de partos em outras posições; e percepções das puérperas sobre o parto na posição vertical. **Conclusões:** as puérperas avaliaram positivamente a posição vertical de sua escolha e a relacionaram à maior autonomia da mulher no parto, menor intervenção profissional, descida mais rápida do feto, redução do tempo de trabalho de parto, diminuição da dor e maior conforto.

**Descritores:** Segunda Fase do Trabalho de Parto. Posicionamento do Paciente. Enfermagem Obstétrica.

*Objective: to describe the perception of puerperae about the vertical position adopted in labor and delivery. Method: this is a descriptive study using a qualitative approach developed in 2014 in a reference maternity hospital in Teresina, Piauí, Brazil. Participants were eight puerperal women with a normal vertical birth. Data were analyzed using the content analysis technique. Results: four categories emerged: women's knowledge in terms of vertical positions; perception of the obstetric nurse's presence in the parturition process as an incentive to vertical positions; memories of the experience of childbirth in other positions; and perceptions of puerperal mothers on birth in the upright position. Conclusions: the puerperae positively evaluated the vertical position of their choice and related it to the greater autonomy of women in childbirth, less professional intervention, faster descent of the fetus, reduction of labor time, decrease of pain and greater comfort.*

*Descriptors: Second Phase of Labor. Positioning of the Patient. Obstetric Nursing.*

<sup>1</sup> Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira Obstetra da Fundação Municipal de Saúde. Teresina, Piauí, Brasil. joelma\_sdma2007@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Voluntária da Maternidade Dona Evangelina Rosa. Teresina, Piauí, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Adjunta IV. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada IV. Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Fundação Municipal de Saúde e da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil.

*Objetivo: describir percepciones de puérperas acerca de la posición vertical adoptada en el trabajo de parto y parto. Método: estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado en 2014, en maternidad de referencia de Teresina, Piauí, Brasil. Las participantes fueron ocho puérperas con historia de parto normal en posición vertical. Datos analizados por medio de la técnica de análisis de contenido. Resultados: surgieron cuatro categorías: tipo de conocimiento de las mujeres sobre posiciones verticales; percepción de la presencia de enfermera obstetra en el proceso de parturición como incentivo a posiciones verticales; recuerdos de la vivencia de partos en otras posiciones; y percepciones de puérperas sobre parto en posición vertical. Conclusiones: las puérperas evaluaron positivamente la posición vertical de su elección y la relacionaron a la mayor autonomía de la mujer en el parto, menor intervención profesional, descenso más rápido del feto, reducción del tiempo de trabajo de parto, disminución del dolor y mayor confort.*

*Descriptor: Segundo Periodo del Trabajo de Parto. Posicionamiento del Paciente. Enfermería Obstétrica.*

## Introdução

Desde os primórdios das civilizações, a posição vertical tem sido escolhida de forma instintiva pelas mulheres durante o parto. Cleópatra, rainha egípcia da dinastia de Ptolomeu, teve seu parto retratado por hieróglifos, no qual apresentou-se agachada, sentada em duas pilhas curtas de tijolos, e em pé. De acordo com a mitologia grega, a mãe de Apolo, o deus do sol, abraçou a palmeira com as duas mãos, apoiou os pés contra o chão macio, e pariu. Até o início da era moderna, o parto era algo de responsabilidade de mulheres, apenas. A teoria, o treinamento e a prática eram atribuídos às parteiras, que costumavam auxiliar as parturientes sem a ajuda de um médico ou cirurgião. No entanto, esses costumes passaram por uma profunda mudança no século XVII, quando os cirurgiões entraram em cena na prática obstétrica<sup>(1)</sup>.

É certo que o avanço da medicina contribuiu muito com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal, entretanto esta participação colaborou para a transformação do parto e nascimento em um sinônimo de doença. No século XX, por volta da década de 40, ampliaram-se as possibilidades de intervenção. Desse modo, a experiência do parto, antes vivenciada em um ambiente privado e familiar, perdeu espaço e ocupou a esfera pública e institucionalizada, com vários atores conduzindo o processo parturitivo, o que tornou a mulher sujeita aos procedimentos adotados à luz da ciência<sup>(2-3)</sup>.

O nascimento no ambiente hospitalar caracteriza-se pela adoção de várias tecnologias e

procedimentos com o objetivo de torná-lo seguro. Entretanto, o uso rotineiro de alguns desses procedimentos e tecnologias vem, ao longo do tempo, fazendo mulheres e recém-nascidos serem expostos a inúmeras práticas invasivas, por vezes desnecessárias, como a episiotomia, o fórceps, a amniotomia, a cesariana, o uso de ocitócitos, entre outras<sup>(4)</sup>. Como condição para realização de algumas dessas práticas, mulheres assumem posições litotômicas para, assim, facilitar intervenções profissionais no momento do parto, tornando obsoletas as posições verticalizadas.

Entretanto, mudanças ocorreram nas últimas décadas, no cenário obstétrico nacional e internacional, sendo mais notórias após o lançamento do documento “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(5)</sup>. No estado do Amapá, Brasil, estudo revela resultados positivos em prol das boas práticas de atenção ao parto, com aumento significativo da presença do acompanhante e uso das posições verticalizadas ou cócoras, além da redução das taxas de amniotomia, do uso de ocitocina intravenoso e da posição litotômica<sup>(6)</sup>.

Outro êxito provocado no cenário nacional brasileiro pelas ações globais em favor do parto humanizado, por meio da Política Nacional de Humanização, foi a Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, publicada na perspectiva da humanização da assistência à mulher. Esta estratégia traz como componente o parto e o nascimento de forma

clara e direta, orienta o uso de práticas baseadas em evidências científicas e vem devolvendo à mulher o seu papel de sujeito no processo de parturição<sup>(7)</sup>.

Para sistematizar o uso das boas práticas baseadas em evidências científicas, no Brasil, o Ministério da Saúde disponibilizou as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”. Dentro dessas diretrizes ressurgem a orientação do uso das posições verticais para o trabalho de parto e parto, e cabe aos profissionais de saúde incentivá-las. É direito da mulher ser informada sobre as posições de parto e escolher a que achar mais confortável para parir. Algumas das posições verticais orientadas são a posição sentada (cadeira de parto); a posição semideitada (tronco inclinada para trás 30 graus em relação à vertical); de cócoras; e em quatro apoios (mãos-e Joelhos). Os benefícios trazidos são a redução na duração do segundo período do trabalho de parto, redução de partos instrumentalizados e com episiotomia, diminuição de anormalidades na frequência cardíaca fetal e redução da dor em comparação com posições horizontais<sup>(8)</sup>.

As posições verticais ainda vêm sendo pouco utilizadas, como alguns estudos apontam. Em pesquisa realizada no Nordeste brasileiro, em 11 maternidades, com uma amostra de 456 puérperas de parto normal, evidenciou-se que 95,2% dos partos foram na posição litotômica<sup>(9)</sup>. Em outro estudo, com amostra de 238 mulheres, pesquisa realizada no Sul do país, teve quase 67% de relatos de parto com mulheres dando à luz *deitadas de costas com as pernas levantadas*, fazendo referência à posição litotômica. Assumir essa posição pode estar relacionado a um grande valor cultural agregado à posição horizontal por parte de profissionais de saúde e também de mulheres. Apesar de a posição horizontal ser classificada como uma prática prejudicial, ainda está na rotina de grande parte dos serviços de saúde<sup>(10)</sup>.

Em face desta realidade, e visando compreender melhor esse fenômeno, traçou-se a seguinte questão-problema para o desenvolvimento da pesquisa: Qual a percepção das puérperas sobre a vivência de parir na posição

vertical? Desse modo, objetivou-se descrever a percepção de puérperas acerca da posição vertical adotada no trabalho de parto e parto.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa desenvolvido em uma maternidade de referência de Teresina, Piauí, Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2014.

Foram identificadas nove puérperas que passaram pela vivência do parto normal na posição vertical e atendiam aos critérios de inclusão adotados: ter passado pela experiência do parto na posição vertical e possuir histórico de parto normal na posição horizontal em um ou mais partos anteriores; estar internada como puérpera na maternidade; e ser maior de 18 anos. Excluíram-se puérperas de fetos múltiplos ou natimorto e deficientes auditivas.

A entrevista foi a estratégia adotada para a coleta de dados, utilizando-se como instrumento um roteiro semiestruturado para obter informações acerca de dados demográficos e antecedentes obstétricos, como número de gestações, paridade, número de consultas no pré-natal e posições utilizadas em partos anteriores e no atual, além das seguintes questões de pesquisa: “Como foi seu recente parto?”, “Você sabia que existem diferentes posições para a mulher parir?”, “O que você tem a dizer sobre a posição vertical?”.

Foram entrevistadas apenas oito puérperas, pois uma delas teve alta antes da realização da entrevista, depois do aceite para participar. As entrevistas foram conduzidas por uma enfermeira devidamente treinada e capacitada, atuante no cenário de pesquisa no período de coleta. As perguntas foram conduzidas na presença do acompanhante, sendo observados e evitados fatores no ambiente que pudessem causar constrangimento ou interferir na fala das participantes no momento das entrevistas, que duraram em média 15 minutos.

Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra. As transcrições não foram mostradas às participantes em decorrência

do breve período de internação após parto natural.

O ponto de partida para realizar-se a análise de conteúdo foi a organização dos dados, que se voltaram para três polos, tal como orienta publicação sobre essa metodologia<sup>(11)</sup>: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados (inferência e interpretação). O último polo foi o que permitiu estabelecer resultados, a propósito dos objetivos previstos ou que dissessem respeito a outras descobertas inesperadas.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, pelo Parecer número 880.602. As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, e manifestaram desejo de participar por escrito, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os aspectos éticos estão em conformidade com a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

As oito mães que participaram da pesquisa tinham idade entre 18 e 33 anos. Destas, duas eram casadas, quatro possuíam união estável e duas afirmaram ser solteiras. Quanto à escolaridade, três haviam concluído ensino médio, uma concluiu o ensino fundamental e quatro tinham ensino fundamental incompleto. A maioria das mulheres procedia do interior do Piauí. Sobre a renda familiar, seis declararam um salário mínimo; uma, mais de dois salários mínimos; e outra, dependente dos pais. No item ocupação, quatro eram do lar, uma lavradora, uma vendedora, uma coordenadora escolar e uma era desempregada.

Quanto às características obstétricas, participaram cinco secundíparas e três múltiparas. Todas realizaram pré-natal. As posições verticais adotadas pelas puérperas foram duas de pé, uma sentada no cavalete e cinco sentadas na banqueta.

Do levantamento de dados emergiram quatro categorias: tipo de conhecimento das mulheres

sobre as posições verticais; percepção da presença da enfermeira obstetra no processo de parturição como incentivo às posições verticais; recordações de vivências de partos em outras posições; e percepções das puérperas sobre o parto na posição vertical.

### *Tipo de conhecimento das mulheres sobre as posições verticais*

Nesta categoria foram identificadas lacunas no processo de informação para as gestantes sobre trabalho de parto e parto desde o pré-natal. Todas afirmaram ter realizado o pré-natal, no entanto o estudo revelou que as gestantes não conheceram as posições de parto na atenção primária, e algumas evidenciaram que nem mesmo na maternidade. Notou-se que o conhecimento sobre parto foi adquirido de forma empírica e baseado em gestações anteriores, conforme depoimentos:

*Só sabia que existia aquela deitada. Eu falei que queria parir em pé, mas era de brincadeira, primeira vez. (E1).*

*Não, nenhuma, a não ser deitada de perna aberta. (E3).*

*Não, ainda não tinha sido apresentada a elas [posições de parto] [...] é uma novidade. (E4).*

*Não sabia não. Só soube agora, meu Deus! Achei bom, acredita? (E5).*

*Não sabia não. Pensava que era só deitada mesmo. (E8).*

### *Percepção da presença da enfermeira obstetra no processo de parturição como incentivo às posições verticais*

As entrevistadas fizeram referência à enfermeira obstetra em vários depoimentos. As mulheres relataram ser bem acolhidas no processo de parturição, ter recebido auxílio para alívio da dor, apoio emocional, além das orientações gerais durante todo o processo parturitivo. Houve menções quanto à realização de agachamento, deambulação, massagem, exercício na barra de apoio e direito de escolha em relação à posição que oferecesse maior conforto na hora do parto:

*Eu subi para fazer o parto, mas, chegando aqui, eu jurava que ia ser recebida por um médico e fui recebida por cinco enfermeiras, né? [Referência à enfermeira obstetra,*

estagiárias de enfermagem e residentes de enfermagem em obstetrícia] *Mas todas foram muito bem, porque me deram várias opções de como fazer o parto.* (E3).

*Tinha uma enfermeira, a que me ajudou ontem [...] conversando comigo para ver se conseguia aliviar a tensão [...] fiz exercício na bola, fiz agachamento com a enfermeira pegando na minha mão e eu agachando, depois me levaram para outro agachamento, que era segurando as barras. No parto de ontem, eu estava fazendo o exercício no cavalinho [...] escolbi a banqueta, mas não deu tempo.* (E4).

*As enfermeiras ficaram botando umas músicas lá para caminhar e fazer exercício, eu fiz [...] fiquei andando e dançando [...] me mostraram as posições de parto. Tinha um cartaz lá, na parede, era sentada com uma pessoa atrás, de cócoras, um bocado de jeito. O meu, certo mesmo, era assim, deitada assim quase sentada [semisentada] [...].* (E5).

### *Recordações da vivência de partos em outras posições*

Nos relatos, as entrevistadas tinham histórico de parto em outras posições, o que as levou a compararem suas recordações. Ao descreverem seus partos, mostraram evidências que trouxeram as posições horizontais como facilitadoras para um maior número de intervenções profissionais durante o parto. Algumas mulheres também relataram práticas caracterizadas como violência obstétrica no parto na posição horizontal, destacando-se, dentre elas, os seguintes procedimentos: manobra de Kristeller, episiotomia de rotina no período expulsivo e demasiados toques no períneo durante o trabalho de parto<sup>(12)</sup>. Ademais, foram relatadas lacerações perineais nas posições horizontais, conforme depoimentos:

*No meu primeiro e segundo parto, as camas eram iguais a essas de deitar [...] tinha o lugar de botar os pezinhos [...] na sala de parto [...] apertaram minha barriga do mesmo jeito, uma mulher de um lado e outra de outro. Por isso que eu mandei uma pessoa apertar aqui [referência ao parto recente], lá o menino rasgou, peguei ponto [referindo-se ao segundo parto].* (E1).

*No parto anterior, achei ruim porque não tinha ninguém para me ajudar. Ficava só na cama com dor. Os médicos me futucavam, pessoas diferentes, achei bom que apertaram minha barriga para o menino sair logo e acabar a dor. Achei ruim que me cortaram [...]* (E2).

*[...] a experiência foi diferente da de agora [...] muito ruim! Porque o médico não teve tanta paciência. Ele [médico] me botou para ficar deitada, falou para botar força, como eu não tinha tanta força assim, ele deitou em cima de mim, invés de botar o braço na minha barriga para*

*pressionar para descer, ele botou o cotovelo, e aí ficou bem dolorido mesmo. Duas semanas dolorido. Ele ainda teve que me cortar, me cortou embaixo, levei pontos [...] eu tive aquele problema todo com os pontos.* (E3).

*O parto anterior foi mais desconfortável, porque, na posição deitada, até para a gente ajudar é mais complicado, porque está ali com as pernas trepada para cima [...] Depois que a bolsa rompeu, eles fizeram aquele pequeno cortezinho embaixo, logo ela nasceu. Não demorou tanto quanto este.* (E4).

*Na cama, lacerou, pegou ponto.* (E7).

Na percepção de algumas puérperas, procedimentos como episiotomia, Kristeller e excessivos toques vaginais parecem ser considerados como algo que faz parte do parto normal, havendo relatos de passagem pela mesma experiência em diferentes partos.

### *Percepções das puérperas sobre o parto na posição vertical*

Sobre a posição vertical, no geral, as mulheres avaliaram como uma experiência positiva. Ao analisar os relatos, é possível constatar impressões e sensações, como a rapidez na descida do feto, menos interferência profissional, maior conforto nos puxos, e também o medo do filho cair. Ademais, relataram a ocorrência de lacerações, ao falarem sobre levar pontos:

*A posição [vertical] foi a melhor, porque foi rapidinho. A deitada demora mais e muito, precisa ficar apertando a gente [manobra Kristeller] e essa daqui só senti, o menino desceu.* (E1).

*Achei bom que as pessoas me ajudaram para nascer logo. O parto foi rápido, a posição confortável, mas estranha. Nunca tinha tido menino assim. Achei melhor fazer força sentada. Peguei uns pontos depois.* (E2).

*No banquinho [banqueta] fiquei com medo do menino cair no chão [...] não foi preciso eu ser cortada e nem costurada [...] foi diferente de agora, porque pediram para não fazer força.* (E3).

*A posição sentada foi melhor do que a deitada, porque tinha como eu impulsionar para ele sair mais rápido. Peguei ponto, estou tendo sangramento normal.* (E4).

*O menino desce mais ligeiro. Eu tive a primeira, a segunda e a quarta gestação [depoente refere-se aos partos] sentada [...]* (E6).

*Foi uma experiência única, não pegou ponto. Dor senti bastante.* (E7).

A percepção dolorosa aparece nos depoimentos por meio da palavra dor, que surge

repetidas vezes nas transcrições relacionadas à posição da mulher, tanto durante a fase ativa quanto no parto e pós-parto. Segundo as mulheres, quando ficavam em pé ou sentadas, as dores (referindo-se às contrações) eram menos intensas. No período expulsivo, as mulheres referiram menos dores na posição vertical, menos dores na posição horizontal e outras falaram sobre dores, mas não compararam com a posição de parto. No geral, as posições verticais foram associadas à diminuição da dor pela maioria das mulheres, conforme depoimentos:

*Quando a gente tá deitada é mais dor do que sentada [referente ao período expulsivo] [...] Quando deitei um pouquinho, a dor veio em dobro do que ela vinha em pé. Aí eu fiquei de novo em pé e de cócoras e a dor da contração aliviava. (E3).*

*Bastante dor. Sentia mais quando eu estava deitada. Quando eu levantava, aliviava. Aí eu começava a caminhar [...] fiquei dolorida! [Referente ao pós-parto] (E4).*

*Não foi doloroso, não fiquei sentindo dor depois, nada, nada! (E5).*

*A gente sente que a dor é bem menor. Eu não sei se é, mas pelo menos sente que a dor é bem menor. A dor das costas aumenta mais quando se está deitada. (E6).*

*Senti mais dor nesse agora [...] Fiquei só deitada antes do parto [...] (E7).*

*Nesse aqui [parto recente] senti mais dores. Quase morro! Gritei no hospital todinho [risos]. (E8).*

## Discussão

Pesquisas internacionais evidenciaram que as posições verticais são pouco utilizadas dentro das maternidades e desconhecidas pela maioria das mulheres. Estudo descritivo transversal em uma maternidade de Malawi, África Oriental, com amostra de 373 mulheres de baixo risco pós-natal, mostrou que 99,2% das participantes só sabiam sobre a posição supina como uma posição de parto<sup>(13)</sup>. Na Nigéria, um estudo realizado em instituições a sudoeste do país evidenciou deficiência de conhecimento das posições de parto pelas mulheres; apenas 0,6% apresentaram um bom conhecimento, enquanto 19,7% tinham conhecimento razoável e os demais 79,7% tinham conhecimento escasso<sup>(14)</sup>.

No Brasil, em estudo realizado com entrevistadas por avaliadores externos do Programa de

Melhoria de Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), com amostra de 6.125 mulheres que fizeram seu último pré-natal nas unidades de saúde da família, encontrou que apenas 15% receberam atenção pré-natal adequada, considerando-se todas as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde<sup>(15)</sup>. O pré-natal é o momento mais oportuno para informar a gestante sobre a diversidade de posições verticais que poderiam ser escolhidas, entretanto vem-se revelando que ainda há muito a ser melhorado para uma assistência de qualidade.

Em estudo transversal com 358 puérperas de maternidade pública do Sul do Brasil, o pré-natal, apesar de ter apresentado alta cobertura (85,5%) e início precoce em 71,8% das mulheres, 81,7% relataram não ter recebido orientações para o parto durante o pré-natal<sup>(16)</sup>. A deficiência desse processo educacional desde o pré-natal até o trabalho de parto pode ser um dos fatores que impede a mulher de exercer sua cidadania no trabalho de parto e parto, ficando submetida às decisões do profissional de saúde.

Os profissionais que atendem à gestante deixam de executar ações para a realização do parto humanizado, entre elas informar sobre as posições de parto e permitir que as mulheres possam conhecer e escolher a mais confortável para elas, ainda que reconheçam a deambulação e o posicionamento livre como práticas que devem ser realizadas para melhorar a assistência prestada e torná-la humanizada<sup>(17)</sup>. Essa resistência, encontrada tanto em alguns profissionais quanto em algumas mulheres, pode ser associada a um valor cultural e de continuidade da posição supina difícil de ser quebrado<sup>(10)</sup>.

Neste estudo, a presença da enfermeira obstetra nos cenários do parto vertical é citada pelas mulheres nos depoimentos. Estudo realizado em um hospital de ensino da capital do estado de Mato Grosso, que analisou a inserção e a atuação das enfermeiras obstétricas, mostrou que essas profissionais contribuem para a melhoria do cuidado às mulheres no parto, ao diminuir as intervenções consideradas mais invasivas, a exemplo da episiotomia e das cesarianas, incentivando o uso de técnicas que preservam a fisiologia do

processo parturitivo. Uma das práticas registradas nos resultados da pesquisa foi o aumento do número de nascimento vertical<sup>(18)</sup>.

Estudo conduzido em maternidades da rede pública municipal do Rio de Janeiro também evidenciou a assistência das enfermeiras obstetras na maioria dos partos nas posições verticais. Foram avaliados registros de 4.787 partos, dos quais 59,73% foram acompanhados por elas, com a predominância da adoção de posições verticalizadas em 78,95% da amostra, no momento do parto. O emprego de tecnologias não invasivas do cuidado de enfermagem foi evidenciado também, a exemplo da livre movimentação da mulher, deambulação, realização de exercícios pélvicos durante o trabalho de parto, inclusive com uso de instrumentos, como a *fisioball*, maior uso do banco obstétrico, realização de massagens, banhos de aspersão com água morna e uso de aromas, atuação que está em consonância com as boas práticas de atenção ao parto<sup>(19)</sup>.

Além de a maioria das mulheres ter o direito à informação e escolha acerca das posições verticais, direito que lhes foi negado em partos anteriores, elas ainda relataram, nos depoimentos, situações de podem ser associadas a violência. As manifestações de violência no cenário obstétrico podem ser praticadas de várias formas, como relações de poder contra o corpo feminino, por meio da comunicação, na forma de serviço (burocratização do acesso, ausência de acolhimento e resolatividade) e na violação de direitos. A mulher encontra-se em estado de submissão, passividade e obediência diante do poder histórico e cultural dos profissionais de saúde, sendo utilizados ainda: intervenções e procedimentos desnecessários, como episiotomia de rotina, posição supina na hora do parto, uso abusivo de ocitócito, manobra de *Kristeller*, realização de toques vaginais sem autorização e explicação prévia; desrespeito à privacidade; desrespeito à dor física; comunicação falha, ausência de diálogos entre profissional e usuária; e ausência de acolhimento<sup>(12)</sup>.

Nos depoimentos, foram encontrados relatos de participantes que consideraram mais rápido o parto em posição vertical. A Diretriz Nacional

de Assistência ao Parto Normal trouxe o resultado de uma revisão sistemática de 19 estudos randomizados controlados envolvendo 5.764 mulheres, no qual a posição vertical ou lateral, quando comparada com a posição supina, decúbito dorsal horizontal ou de litotomia, durante a segunda fase do trabalho de parto, resulta em redução média de 4,29 minutos na duração do segundo período do trabalho de parto. Observou-se ainda, na revisão, uma redução na frequência de partos instrumentalizados, nas episiotomias, na dor intensa durante o segundo período, menos padrões anormais da frequência cardíaca fetal, e diminuição de dor perineal nos 3 primeiros dias pós-parto. Entretanto, como desvantagem, observou-se aumento de lacerações de segundo grau e aumento estimado de perda sanguínea superior a 500 ml quando o parto foi realizado no banquinho ou cadeira de parto<sup>(8)</sup>.

Metade das participantes relatou a ocorrência de lacerações, entretanto a posição vertical não é o único fator de risco para essa ocorrência. Em estudo prospectivo de coorte que coletou dados de partos domiciliares planejados na Noruega, Dinamarca, Suécia e Islândia entre 2008 e 2013, as mulheres deram à luz em maioria (65,2%) nas posições flexíveis do sacro. Destacou-se o ajoelhar como a posição de nascimento mais utilizada, independentemente da paridade. Apesar de constatada significativa ocorrência de lacerações, especialmente em primíparas, não foram encontradas associações entre as posições verticais e lacerações graves. Associação das posições verticais com menor ocorrência de episiotomias também foi apontada no estudo<sup>(20)</sup>.

As posições verticais não permitem muitas intervenções dos profissionais e este fato explica a menor incidência de episiotomias quando se comparam as posições vertical e supina. Outra vantagem das posições verticais é sua associação a menor incidência de incontinência urinária no pós-parto<sup>(21)</sup>. Essas também foram apontadas como estratégias que reduzem o estresse materno e proporcionam conforto para a mãe no momento do parto, podendo resultar em benefícios para ela e também para o feto. Sabe-se que o aumento na atividade adrenérgica causado pelo

estresse materno durante o trabalho de parto pode ser prejudicial ao feto, devido às reações hormonais que prejudicam a vascularização, reduzindo o fluxo útero-placentário e favorecendo a ocorrência de asfixia<sup>(22)</sup>.

No geral, a posição vertical no parto tem sido considerada benéfica, devido às vantagens fisiológicas sobre a posição supina, tais como: efeitos da gravidade; diminuição dos riscos de compressão da artéria aorta e veia cava, melhorando os indicadores sanguíneos do equilíbrio ácido-base nos recém-nascidos; contrações uterinas efetivas; acomodação do feto durante seu trajeto pela pélvis; evidências radiológicas de maiores diâmetros pélvicos de saída, como o anteroposterior e o transverso<sup>(23)</sup>.

Com relação à dor sentida pelas mulheres no trabalho de parto e parto, trata-se de um sintoma amplamente variável e sujeito a influências não apenas psíquicas (comportamental) e temperamentais (motivação), como também culturais (educação) e orgânicas (constituição genética) e ainda aos possíveis desvios da normalidade (estresse), além de outros fatores, tais como distócias, que podem aumentá-la, e liberação de endorfinas, que pode diminuí-la<sup>(24)</sup>. Outro estudo revelou que as mulheres consolidam o sentido da dor como fenômeno de sofrimento associado às lacunas da assistência obstétrica e à insatisfação em relação ao processo parturitivo<sup>(25)</sup>, o que confirma a importância do apoio emocional à parturiente, por meio de orientações referentes ao enfrentamento da dor aguda proporcionada pelo parto.

## Conclusões

A maioria das puérperas deste estudo não tinha conhecimento sobre diferentes posições de parto, o que evidencia a existência de uma lacuna no processo de educação em saúde sobre parto e nascimento que ocorre desde o pré-natal e impede a mulher de ser sujeito de seu parto. Desse modo, a posição vertical foi-lhes apresentada apenas no momento do parto.

As mulheres perceberam a posição vertical como boa para ser adotada no momento do

parto e ficaram com uma impressão positiva da experiência.

Os depoimentos mostraram uma assistência diferenciada, na qual o profissional ganhou a confiança da parturiente, fazendo-a sentir-se amparada e ao mesmo tempo com liberdade de tomar decisões que desconheciam anteriormente. A enfermeira obstetra foi citada como alguém que orientou e ajudou as participantes do estudo a sentirem-se protagonistas do parto. Ao descreverem os exercícios, a presença da música no ambiente, a possibilidade de escolher a posição mais confortável para parir, demonstraram o reconhecimento pela assistência ofertada.

Nas percepções das mulheres, as posições verticais foram confortáveis e diferentes, proporcionaram partos mais rápidos, menos dolorosos com maior autonomia da mulher e menos intervenções profissionais.

Assim, os objetivos desta pesquisa foram alcançados e as informações obtidas podem ser de grande valia para a formação dos futuros profissionais da obstetrícia e para os profissionais atuais que buscam a cada dia aperfeiçoar a sua prática. Este estudo pode ainda ser fonte de informação para a melhoria da assistência às mulheres no período gravídico puerperal e também contribuir para a quebra de tabus, que envolvem profissionais e mulheres no que se refere ao uso das posições verticais, causada por receio do diferente.

## Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Joelma Lacerda de Sousa, Iolanda Pereira da Silva e Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves;

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Joelma Lacerda de Sousa, Iolanda Pereira da Silva, Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves, Inez Sampaio Nery, Ivanilda Sepúlveda Gomes e Larissa Ferreira Cavalcante Sousa;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Joelma Lacerda de Sousa, Iolanda Pereira da Silva, Lucimar Ramos Ribeiro Gonçalves, Inez

Sampaio Nery, Ivanilda Sepúlveda Gomes e Larissa Ferreira Cavalcante Sousa.

## Referências

1. Lippi D, Weber D. Crouching or lying-down? The reason of a (uncomfortable) delivery position. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27(2):206-8.
2. Santos RAA, Mello MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cad Cult Ciênc.* 2015;13(2):76-89.
3. Carvalho NAR, Monte BKS, Soares EMC, Nery IS. Experiência de acadêmicos de enfermagem na promoção do parto humanizado. *Em Extensão.* 2017;16(2):253-63.
4. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev saúde pública.* 2018;52(1):1-11.
5. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático [Internet]. Brasília (DF); 1996 [cited 2017 Feb 4]. Available from: [http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/assistencia\\_ao\\_parto\\_normal\\_2009.pdf](http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf)
6. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2017 Feb 4];26:e2988. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt\\_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Brasília (DF); 2011 [cited 2018 Feb 20]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - CONITEC [Internet]. Brasília (DF); 2016 [cited 2018 Feb 20]. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)
9. Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto IDC, Bezerra FD, Cipolott R, et al. Práticas e intervenções obstétricas em mulheres de um estado do Nordeste brasileiro. *Rev Assoc Med Bras.* 2017;63(12):1039-48.
10. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery.* 2016;20(2):324-31.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
12. Cassiano AN, Santos MG, Santos FAPS, Holanda CSM, Leite JBC, Maranhão TMO, et al. Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enferm Glob.* 2016;15(44):452-64.
13. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh KK, Zileni CW, Muller A. Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: a cross-sectional descriptive survey. *Women Birth* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 18];30(1):e1-e8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27329996>
14. Badejoko OO, Ibrahim HM, Awowole IO, Bola-Oyebamiji SB, Ijarotimi AO, Loto OM. Upright or dorsal? Childbirth positions among antenatal clinic attendees in Southwestern Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol.* 2016;33(2):172-8.
15. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira FCV, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15];33(3):e00195815. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>
16. Gonçalves MF, Teixeira EMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Cuidado pré-natal: preparação para o parto na atenção primária à saúde no Sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15];38(3):e2016-0063. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v38n3/1983-1447-rge-1983-14472017032016-0063.pdf>
17. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções do enfermeiro. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 16];21(4):e20160366. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/eann/v21n4/pt\\_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eann/v21n4/pt_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf)
18. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACP, Martins DP. Cuidado humanizado:

- inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1029-36.
19. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery.* 2017;21(1):1-8.
20. Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Ólafsdóttir OÁ, Hildingsson I, Ingversen K, et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 12];16(1):196. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27473380>
21. Serati M, Di Dedda MC, Bogani G, Sorice P, Cromi A, Uccella S, et al. Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 17];27(2):281-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26337426>
22. Agramonte-Vilca MJ. Parto vertical: ¿favorece una correcta adaptación neonatal? *Salude pública Méx.* 2016;58(3):336-7.
23. Velho MB, Oliveira ME, Santos EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):652-9.
24. Hoogsteder PHJ, Pijnenborg JMA. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch Gynecol Obstet.* 2010;281(3):579-80.
25. Almeida NAM, Medeiros M, Souza MR. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Min Enferm.* 2012;16(2):241-50.

Recebido: 30 de julho de 2018

Aprovado: 22 de outubro de 2018

Publicado: 13 de dezembro de 2018



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.