



Deambulação e Posições Verticais no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto: Revisão sistemática da literatura

Ambulation and Upright Positions in the First Stage of Labor: Systematic Review of the Literature

Deambulaci3n y Posiciones Verticales en la Primera Etapa del Trabajo de Parto: Revisi3n Sistemática de la Literatura

Ana Cristina Ferr3o¹; Maria Otília Zang3o²

RESUMO

A World Health Organization (1996) destaca a liberdade de movimentos e o encorajamento da mulher na adoi3n de posi33es verticais, como pr3ticas benéficas na condu33o do trabalho de parto e parto normal, em situa33es de baixo risco obstétrico.

O estudo teve como objetivo analisar na literatura publicada, desde janeiro de 2007 a dezembro de 2015, as evidências científicas sobre os benefícios destas pr3ticas no primeiro est3dio do trabalho de parto.

Foi realizada uma revis3n sistemática da literatura, atrav3s de bases de dados nas plataformas *b-On* e *EBSCOhost*, com os descritores: first stage of labor/labour; ambulation; upright positions; benefits; midwife/midwives.

Os 14 estudos selecionados demonstraram que a deambula3n e as posi33es verticais s3o benéficas em determinadas variáveis maternas, fetais e neonatais, contribuindo para o encurtamento da dura3n do primeiro est3dio do trabalho de parto; reduzindo o uso de ocitócicos e outras manobras para acelerar o trabalho de parto; aumentando o autocontrole da parturiente; diminuindo a solicita3n de analgesia epidural e a administra3n de opiáceos; facilitando a rota3n espontânea da cabe3a fetal; reduzindo a taxa de partos distócicos, de episiotomias e de lacera33es perineais; aumentando a satisfa3n materna e o bem-estar fetal e neonatal.

A mulher deve movimentar-se e adotar a posi3n mais confortável, evitando a posi3n dorsal, por longos períodos, no primeiro est3dio do trabalho de parto. O importante é que a mulher tenha liberdade de movimentos e de posicionamento, sendo informada pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia sobre os benefícios destas interven33es.

Palavras-chave (DeCS): Deambula3n precoce; Modalidades de Posi3n; Trabalho de Parto; Enfermeira Obstetra.

ABSTRACT

The World Health Organization (1996) highlights the freedom of movement and women encouragement in the adoption of upright positions, as demonstrably beneficial practice in the conduct of obstetric labor and normal delivery, in low risk obstetrical situations.

This study aimed to analyze in the literature published between January 2007 and December 2015, the scientific evidence about the benefits of the ambulation and upright positions in the first stage of labor.

It was made a systematic review of the literature, through databases on platforms *b-On* and *EBSCOhost*, with the keywords: first stage of labor or labour; ambulation; upright positions; benefits and midwife or midwives.

The 14 selected studies have shown that ambulation and upright positions have beneficial effects in certain maternal, fetal and neonatal variables, contributing to shortening the duration of the first stage of labor; reducing the use of oxytocin or other maneuvers to accelerate the labor; increasing the parturient self-control; decreasing the request epidural analgesia and the opioid administration; facilitating spontaneous rotation of the fetal head; reducing the rate of dystocia, episiotomy and perineal lacerations; increasing maternal satisfaction and fetal and neonatal welfare.

A woman should move and adopt the position that is most comfortable

and avoid staying in the dorsal position, for long periods, during first stage of labor. The most is important is that the women has freedom of movement and positioning, being informed about the benefits of this interventions by the nurse midwife.

Keywords (DeCS): Early Ambulation; Modalities, Position; Labor, Obstetric; Nurse Midwife.

(MeSh Terms): Walking; Posture; Labor, Obstetric; Nurse Midwife.

RESUMEN

La Organizaci3n Mundial de la Salud (1996) destaca la libertad de movimiento y el estímulo de la mujer en la adopci3n de posiciones verticales, como pr3ticas beneficiosos en la conducci3n del trabajo de parto y el parto normal, en situaciones de bajo riesgo obstétrico.

Este estudio tuvo como objetivo analizar en la literatura publicada entre enero de 2007 e diciembre de 2015, la evidencia científica sobre los beneficios de la deambulaci3n y posiciones verticales en la primera etapa del trabajo de parto.

Se llevó a cabo una revisi3n sistemática de la literatura, a trav3s de bases de datos en las plataformas *b-On* y *EBSCOhost*, con los descriptores: first stage of labor/labour; ambulation; upright positions; benefits y midwife/midwives.

Los 14 estudios seleccionados han demostrado que la deambulaci3n y las posiciones verticales tienen efectos beneficiosos en ciertas variables materna, fetal y neonatal, que contribuyen a la reducci3n de la duraci3n de la primera etapa del trabajo de parto; reducci3n del uso de oxitocina o de otras

¹ Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Contactos: e-mail: ana_ferraovv@hotmail.com; 918656460. Portugal.

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Contactos: e-mail: otilliaz@uevora.pt; 963543933. Portugal.



maniobras para acelerar el trabajo de parto; aumento del autocontrol de la parturienta; disminución de la solicitud de analgesia epidural y de la administración de opiáceos; facilitar la rotación espontánea de la cabeza del feto; reducción de la tasa de distocia, episiotomías y desgarros perineales; aumento de la satisfacción de la mujer y del bienestar fetal y neonatal.

Una mujer debe moverse y adoptar la posición que sea más cómoda y evitar permanecer en la posición dorsal, durante largos períodos, en la primera etapa del trabajo de parto. El importante es que la mujer tenga libertad de movilidad e posicionamiento en el curso del trabajo de parto, debe ser informada por la enfermera de salud materna y obstétrica acerca de los beneficios de estas intervenciones.

Palabras clave (DeCS): Ambulación Precoz; Modalidades de Posición; Trabajo de Parto; Enfermera Obstetrice.

INTRODUÇÃO

Há cerca de 5 milhões de anos, o aparecimento do bipedismo e da postura ereta entre os homínidos promoveu uma transformação na pelve feminina, em que o desenvolvimento do promontório sacral, que tornou o canal de parto mais longo e curvo, originou que o processo de nascimento se tornasse mais difícil nas fêmeas primatas (Rosenberg & Trevathan, 2002). Foram essas transformações na configuração pélvica que, levaram à encefalização do nascimento no gênero *homo* há cerca de 2 milhões de anos (Pecorari citado em Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007).

Vários autores descrevem que as mulheres primatas se isolavam para parir e que elas se movimentavam e variavam as suas posições (sentadas, ajoelhadas ou de cócoras), evitando o decúbito dorsal durante as várias etapas do trabalho de parto (TP), de acordo com a posição da cabeça da criança na sua pelve (Engelmann citado em Silva et al., 2007).

A sequência cronológica, dos acontecimentos da história da nossa existência, revelam que a Revolução Neolítica modificou a interação em comunidade e intensificou a proteção dos seus elementos, com vista a assegurar a perpetuação da espécie. Começou assim a ser oferecida maior assistência pelo grupo à mulher em TP. Neste contexto, o TP e parto tornaram-se acontecimentos de carácter social, quer pelo novo elemento no seio da comunidade, quer pela figura de apoio à mulher durante o processo de parturição (Montenegro & Rezende, 2011).

Estes eventos de características sociobiológicas, nas mais diferentes culturas, constituíram experiências compartilhadas entre mulheres e em que a assistência obstétrica era atribuída às parteiras, “comadres” ou “curiosas (Mamede, Mamede & Dotto, 2007; Viana, Ferreira & Mesquita, 2014).

Contudo, gradualmente, a profissão da parteira começou a sofrer um declínio e a figura do médico foi ganhando destaque na assistência ao parto (Mamede et al., 2007). Concomitantemente, ocorreu então o processo de horizontalização do TP e parto, levando a que o confinamento da parturiente ao leito, se torna-se numa prática incorporada na sua assistência (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, 2000).

Até metade do século XX, a postura dorsal prevaleceu assim no processo de parturição devido à institucionalização do TP e parto, bem como a inúmeros procedimentos inter-

vencionistas que conduziram à intensa desumanização do nascimento (Mamede et al., 2007).

A liberdade de movimentos e de posicionamento, durante o TP, foi ignorada durante décadas e só nos últimos 50 anos é que esta temática tem vindo a ser alvo de amplo debate, sobretudo no que diz respeito aos efeitos adversos da posição de litotomia no TP e aos benefícios da mobilidade da mãe e da postura ereta no decurso do TP (Sabatino et al., 2000).

A nível mundial, várias foram as entidades organizacionais que desenvolveram estratégias direccionadas para devolver aos processos de TP e parto a sua essência mais fisiológica e natural, com menos intervenções possíveis, ressaltando a importância do uso de meios mais naturais na evolução do processo de parturição. Neste sentido, a World Health Organization (1996), para situações de baixo risco obstétrico, destacou nas práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, a posição de litotomia dorsal no decurso do TP e nas práticas demonstradamente úteis e benéficas, a liberdade de movimento e de posição, com encorajamento da mulher na adoção de posições verticais.

No nosso país, implicados na defesa dos direitos da mulher, em Fevereiro de 2013, surgiu através do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia, da Ordem dos Enfermeiros (OE), o Projeto Maternidade com Qualidade, o qual foi direccionado para o parto fisiológico e para o empoderamento da mulher na tomada de decisões e escolhas sobre o seu TP e parto. Dentro dos indicadores de medida e evidência do projeto ressaltam, mais uma vez a promoção da deambulação nas mulheres em TP, como medida não farmacológica de alívio da dor e o estímulo à adoção a posições verticais durante o TP e parto (OE, 2013).

A deambulação e as posições verticais, enquanto estratégias que visam promover o conforto materno e proporcionar uma maior satisfação perante a vivência do TP, constituem intervenções autónomas que fazem parte das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO), no processo de humanização desse acontecimento tão marcante e mobilizador na vida da mulher. No entanto, a opção por uma posição mais confortável, bem como a possibilidade de puder deambular, durante a primeira etapa do TP, deve ficar ao critério da parturiente, a qual deve ser devidamente informada e esclarecida pelo EE-ESMO que a assiste, sobre os benefícios destas práticas (Baker, 2010).

QUADRO TEÓRICO

A importância da livre movimentação e das posições verticais é fundamentada em inúmeros estudos, sobre alguns aspetos que envolvem determinados mecanismos como a ação da gravidade, a compressão dos grandes vasos maternos, o aumento dos diâmetros do canal de parto e do ângulo de encaixe da cabeça fetal, a ventilação pulmonar e o equilíbrio ácido-base, para além da eficácia das contrações uterinas (Mamede, Gomes, Almeida, Panobianco & Nakano, 2007).

Neste sentido, os benefícios da adoção de posições verti-



cais e da deambulação relacionam-se diretamente com a eficácia da contratilidade uterina, pois o peso da gravidade coopera com as contrações e com os esforços expulsivos, ficando o corpo gravídico em equilíbrio com o sentido da força gravitacional e com o ângulo de incidência do útero (Mamede et al., 2007). Desta forma, o ângulo entre o eixo longitudinal da coluna vertebral do feto e da coluna vertebral materna é menor em posição vertical, requerendo um menor esforço do útero (Aguilar, Romero & Garcia, 2013).

O pólo de apresentação na pelve materna, bem como o apoio direto da cabeça fetal sobre o colo uterino são assim facilitados, pelas posturas verticalizadas, originando um ângulo mais conveniente para os mecanismos de encravamento e de descida fetal (Mamede, Gomes et al., 2007). Ou seja, através destas posturas o períneo relaxa e os ossos sacroilíacos podem deslocar-se a fim de aumentar os diâmetros dos estreitos da bacia, através de dois tipos de movimentos: a contranutação, que aumenta o estreito superior (importante na fase de encravamento) e a nutação, que aumenta o estreito médio e inferior (importante na fase de descida e de expulsão do feto) (Nogueira, 2012).

As posições eretas ao favorecerem a ação da gravidade possibilitam uma melhor irrigação uterina, estimulando a função das fibras musculares uterinas, o que resulta em contrações mais intensas, rítmicas e eficazes (Mamede et al., 2007). O feto, também por efeito da gravidade, facilita o reflexo de Ferguson (a pressão da cabeça fetal na parte inferior do útero, desencadeia um reflexo a nível hipotálamo-hipófise, estimulando a produção de ocitocina (Aguilar et al., 2013). Por outro lado, existe também um menor risco de hipotensão materna devido à não compressão aortocava (reduz-se o risco do efeito Poseiro), o que melhora a oxigenação materno-fetal (Borde et al., 2014).

A deambulação aliada à posição vertical permite assegurar os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo, desta forma, o risco de sofrimento fetal. A avaliação da ventilação pulmonar e do equilíbrio ácido-base do recém-nascido comprovam estes benefícios, apresentando assim melhores resultados nos casos em que a mulher prefere ficar na posição vertical, quer durante o período de dilatação, quer no decorrer do período expulsivo (Mamede et al., 2007).

Assim sendo, é fácil compreender como todos estes mecanismos, potenciados pela deambulação e pela adoção de posturas verticais podem produzir efeitos benéficos sobre as diferentes variáveis maternas, fetais e neonatais, destacadas em vários estudos internacionais.

OBJETIVO

Analisar as evidências científicas sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de revisão sistemática da literatu-

ra, em que a questão de pesquisa, previamente definida, de acordo com o acrónimo PIC[O] foi: Quais os benefícios (*Outcomes* ou Resultados) da deambulação e das posições verticais (Intervenções), promovidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na mulher (Participantes) durante o primeiro estágio do TP (Contexto)?

A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas MEDLINE with Full Text e CINAHL Plus with Full Text, mediante acesso à plataforma *b-On* e respetivamente, através das bases de dados agregadas Cochrane Database of Systematic Reviews; MEDLINE with Full Text e CINAHL Plus with Full Text na plataforma *EBSCOhost*, no período de setembro a dezembro de 2015, abordando publicações sobre a temática, dos últimos 9 anos. Os descritores utilizados em idioma inglês foram: *first stage of labor/labour; ambulation; upright positions; benefits; midwife/midwives*. Como sinónimos do descritor *benefits* consideram-se ainda os termos *effects* e *outcomes*.

Foram encontrados 93 artigos, dos quais 52 integrados na plataforma *b-On* e 41 no portal de pesquisa da *EBSCOhost*. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos disponíveis gratuitamente, sobre estudos com evidência científica que mencionavam os benefícios, efeitos ou resultados da deambulação e das posições verticais em mulheres no primeiro estágio do TP; cujo limite temporal das publicações se incluía no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2015. Os critérios de exclusão determinaram os artigos, referentes a estudos, que não se encontravam redigidos em língua Portuguesa, Inglesa, Francesa ou Castelhana.

Na avaliação crítica dos estudos, para além dos critérios de inclusão e exclusão, previamente definidos, procedeu-se ainda à leitura integral dos artigos, sempre que o resumo não foi considerado, suficientemente, explícito. A amostra final foi constituída por 14 artigos que, representaram 5 revisões sistemáticas da literatura, 1 revisão narrativa, 5 ensaios clínicos randomizados, 2 estudos experimentais e 1 estudo de coorte.

RESULTADOS

A análise dos artigos científicos, incluídos nesta revisão sistemática da literatura, permitiu fazer uma categorização das posições associadas à postura vertical, bem como à posição dorsal da mulher no decurso do TP. Assim sendo, permanecer em pé, sentada com plano reclinado a 45° ou mais, de joelhos, de cócoras (posição indígena) e de mãos e joelhos apoiados no chão (posição inglesa, de quatro, ou de Gaskin), constituem posturas verticalizadas, enquanto que a posição dorsal, pode incluir a mulher no leito em posição supina ou de litotomia, em semi-fowler ou em decúbito lateral. Por sua vez, o termo mobilização refere-se à liberdade de poder andar, deambular ou mover-se no decurso do TP.

De uma forma geral, os vários estudos demonstraram que a influência que a deambulação associada às posições verticais assume perante determinadas variáveis, nomeadamente a duração do primeiro estágio do TP; o uso de ocitócí-



cos ou de outras manobras para acelerar o TP; a dor; o recurso a analgesia epidural; a rotação espontânea da cabeça fetal; o tipo de parto, a realização de episiotomia ou a ocorrência de traumatismo perineal; a satisfação materna e o bem-estar materno-fetal encontram-se intimamente relacionadas, dependendo sobretudo do efeito fisiológico conseguido no organismo de cada mulher.

Foram inúmeros os resultados benéficos apresentados sobre a liberdade de movimento e de posicionamento durante o primeiro estágio do TP, a nível das referidas variáveis, comparativamente com a posição supina ou de decúbito dorsal. Porém, em alguns estudos, nem todas as variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quando sujeitas a comparação entre o grupo experimental (grupo alvo de intervenção – deambulação e posições verticais) e o grupo de controlo (permanência no leito em posição supina ou de decúbito dorsal, em semi-fowler ou em decúbito lateral).

No estudo de carácter experimental desenvolvido por Mamede, Gomes et al. (2007), o qual analisou a relação entre a deambulação e a duração da fase ativa (FA) do TP, numa amostra de 80 primíparas, não se verificou dissemelhança estatística entre a distância percorrida durante toda a FA do TP e a duração da mesma. Contudo, foi notória a diferença nas três primeiras horas da FA do TP, quando se relacionou o trajeto percorrido a cada hora dessa fase. Desta forma, as mulheres que deambularam uma distância maior nas primeiras três horas da FA tiveram uma redução no tempo de duração do TP.

O mesmo estudo permitiu também avaliar o efeito da deambulação associado à rotura artificial da bolsa de águas e ao uso de ocitocina, não revelando, no entanto, significância estatística em relação à duração do primeiro estágio do TP. Quanto ao tipo de parto, destacou-se que 74 das mulheres tiveram parto vaginal eutócico e que, apenas 6 mulheres foram submetidas a cesariana. Relativamente aos resultados neonatais, após avaliação ao 5º minuto de vida, obtiveram-se valores de Índice de Apgar (IA) superiores ou iguais a 7, o que representou boas condições de vitalidade dos recém-nascidos.

Importa salientar que neste estudo, todas as parturientes aderiram à livre movimentação durante o TP e que nenhuma delas desistiu, o que poderá ter-se relacionado com o suporte contínuo oferecido por uma das investigadoras, com especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), que acompanhou cada uma das participantes envolvidas, durante toda a FA do TP, encorajando-as a deambular e fornecendo-lhes orientações (Mamede, Gomes et al., 2007).

Todavia, o ensaio clínico randomizado de Miquelutti, Cecatti e Makuch (2007), com mais de 100 mulheres, divididas em dois grupos, respetivamente com 54 mulheres no grupo experimental e 53 mulheres no grupo de controlo, não averiguou diferenças estatisticamente significativas, no que respeita às variáveis obstétricas analisadas: duração do primeiro estágio do TP; tipo de parto; uso de ocitocina; recurso a anal-

gesia e bem-estar fetal e neonatal. De referir que nesta investigação, as mulheres do grupo experimental foram incentivadas a adotar posições verticais, sendo-lhes explicadas as vantagens dessas posições e encorajadas a levantarem-se sempre que permaneciam deitadas, enquanto que às mulheres do grupo de controlo, não lhes foram transmitidas informações sobre a adoção de posições verticais, podendo no entanto movimentarem-se livremente.

Os dois estudos, anteriormente analisados, foram no entanto, consensuais relativamente ao efeito que a deambulação e as posturas verticais exercem sobre a variável dor no TP, apresentando resultados que permitem afirmar que, a maioria das mulheres que se mantiveram numa posição vertical sentiram menos dor do que aquelas que preferiram permanecer em posição dorsal (Mamede, Gomes et al., 2007; Miquelutti et al., 2007).

Da mesma forma, a avaliação da dor em nulíparas, de acordo com a posição adotada no TP, numa análise secundária dos resultados de um ensaio clínico randomizado, revelou que aos 4 cm de dilatação as mulheres que apresentaram score 5 na Escala Numérica da Dor, permaneceram a maior parte do tempo do primeiro estágio do TP na posição vertical (41% do tempo de duração), enquanto que as mulheres com score 7 só tiveram na posição vertical cerca de 21% do tempo total do TP (Miquelutti et al., 2009). A satisfação materna com a posição adotada, na mesma análise demonstrou que, nas mulheres entre os 4-6 cm de dilatação, se verificou uma maior satisfação naquelas que permaneceram na posição vertical, em mais de 50% do tempo do primeiro estágio do TP.

Considerou-se também pertinente o ensaio clínico randomizado de Regaya et al. (2010), revelando que a movimentação tem efeitos benéficos a nível da progressão do primeiro estágio do TP, nomeadamente no tempo de duração da fase latente (FL). Esta investigação envolveu 200 parturientes primíparas, as quais distribuídas, de forma aleatória, em dois grupos de 100 mulheres. No grupo experimental as mulheres foram convidadas a levantarem-se e a deambularem, podendo sentar-se sempre que desejassem e no grupo de controlo as mulheres permaneceram deitadas, alternando decúbitos laterais. A duração média da FL no grupo experimental foi de aproximadamente 10 horas e para o grupo de controlo de 15 horas. Quanto à duração média da FA, não se verificou diferença estatística significativa entre os dois grupos de primíparas, uma vez que os resultados demonstraram que o tempo de duração desta fase foi de 3,3 horas para o grupo de experimental e de 3,1 horas para o grupo de controlo.

As evidências científicas desta pesquisa revelaram ainda, em conformidade com os resultados obtidos por Miquelutti et al. (2009), que existiu uma diminuição significativa dos scores de dor durante a FL, associada à liberdade de movimentação e de posicionamento. Neste sentido, o valor médio da dor foi de 3,6 nas primíparas inseridas no grupo experimental e de 5,3 no grupo de controlo. Porém, durante a FA não houve diferença estatística expressiva entre os gru-



pos quanto à avaliação da dor, o que pode ter-se relacionado com o facto de as parturientes não terem deambulado tempo suficiente nesta fase, tendo regressado ao leito a partir dos 6 cm de dilatação (Regaya et al., 2010).

Baker (2010), Kripke (2010) e Priddis, Dahlen e Schmied (2011), através da realização de revisões sistemáticas envolvendo vários ensaios clínicos randomizados, entre 1960 e 2009 ou ainda, mais recentemente Lawrence, Lewis, Hofmeyr e Styles (2013), numa importante pesquisa de revisão da literatura, a qual com publicação na Cochrane Library, incluindo 25 estudos randomizados com 5218 mulheres, também ofereceram evidências científicas consensuais sobre as vantagens físicas e psicológicas das posições verticais no TP, com resultados evidentes no encurtamento do tempo de duração do primeiro estágio. A associação entre a atividade física da mulher durante o primeiro estágio do TP e a sua efetiva duração foi, igualmente, demonstrada em 7 dos 18 estudos analisados numa revisão narrativa da literatura (Martin & Martin, 2013).

Os estudos analisados por Baker (2010) e Lawrence et al. (2013) demonstraram unanimemente que, quando a mulher foi encorajada a caminhar e a manter-se em posição vertical, durante o primeiro estágio do TP, o número de partos distócicos diminuiu. Porém, Kripke (2010), através da avaliação de 21 ensaios randomizados ou quase-randomizados, englobando 3706 mulheres, não verificou diferenças no tipo de parto, relacionadas com o facto de a mulher ter ou não adotado posições verticais.

As referidas revisões sistemáticas da literatura, permitiram ainda, em consonância com o estudo de coorte observacional, desenvolvido por Gizzo et al. (2014), confirmar que as mulheres em posição vertical, apresentando uma maior tolerância à dor do TP, foram menos propensas na solicitação de analgesia epidural, relativamente às mulheres que permaneceram no leito em posições de supino, bem como à administração de analgésicos narcóticos, o que revelou efeitos benéficos nos resultados neonatais, sobretudo na diminuição dos efeitos adversos desses fármacos, a nível do Sistema Nervoso Central do recém-nascido. Através de outro estudo de abordagem quasi-experimental, comprovou-se ainda uma relação significativa entre a deambulação e a sua eficácia em respostas comportamentais positivas, caracterizadas por uma maior tolerância à dor das contrações uterinas (Prabhakar, George & Karkada, 2015).

Ainda que a liberdade de movimentos contribua para uma menor taxa de uso de métodos farmacológicos, a analgesia epidural contínua, na grande maioria das Salas de Parto, em todo o Mundo, a constituir um método de eleição no alívio da dor no TP. No entanto, ainda existem algumas ideias erróneas de que as parturientes submetidas a analgesia epidural devem permanecer no leito, sem se puderem levantar ou que apresentam uma maior probabilidade de enfrentarem um TP mais longo e ainda de virem a ter um parto distócico.

A investigação de Wilson, MacArthur, Cooper e Shennan (2009), através de uma amostra de 1054 primíparas, dividas

em três grupos submetidos a diferentes tipos de analgesia (epidural ou sequencial) e nas quais, se garantiu a preservação do motor periférico e da função sensorial, não registou diferenças quanto à via de parto entre os grupos, independentemente do tipo de analgesia. Contudo, nas mulheres com função motora ativa, entre 7 a 10 horas após a inserção do cateter de analgesia e que deambularam e adotaram posições verticais (mulheres com cateter epidural de baixa dosagem de fármacos e mulheres submetidas a analgesia sequencial de baixa dose), verificou-se uma redução no tempo de duração do primeiro estágio do TP e no número de partos instrumentais, relativamente às mulheres do grupo de controlo, as quais submetidas a analgesia epidural de elevada dose e que deambularam menos tempo.

Ainda relativamente à variável obstétrica, relacionada com o tempo de duração do primeiro estágio do TP, noutra recente investigação, com 60 participantes, divididas em dois grupos de 30 mulheres, os resultados demonstraram, igualmente, um encurtamento na duração da FA, de aproximadamente 2 horas para as mulheres do grupo que deambularam e adotaram posturas verticalizadas (grupo experimental), comparativamente às mulheres cuja postura corporal no TP, se restringiu à posição de litotomia dorsal no leito (grupo de controlo) (Kumud, Rana & Chopra, 2013).

Em consonância com o estudo anteriormente referido, Gizzo et al. (2014) e Prabhakar et al. (2015) comprovaram uma diferença notória no tempo de duração do primeiro estágio do TP, sobretudo em parturientes que adotaram a posição de pé, sentada, de cócoras, de joelhos ou de mãos e joelhos apoiados no chão. No entanto, estes estudos não revelaram inferência expressiva quanto à relação entre a deambulação e a adoção de posições verticais e o tipo de parto.

A correlação entre a liberdade de movimento e/ou posicionamento, com vista à postura vertical no TP e o uso de ocitócicos, foi evidente nas investigações de Regaya et al. (2010), Kumud et al. (2013) e também em 7 dos estudos analisados na revisão narrativa de Martin e Martin (2013), demonstrando a influência da adoção dessas estratégias na diminuição do uso de ocitocina exógena. Neste sentido, nos estudos randomizados de Regaya et al. (2010) e Kumud et al. (2013) em ambos os grupos de parturientes, a administração endovenosa de ocitocina foi apenas utilizada em situações de ineficaz contratilidade para promover a progressão do TP, bem como a realização da técnica de amniotomia.

Contrariamente aos autores supracitados, Mamede, Gomes et al. (2007), Miquelutti et al. (2007) e ainda Baker (2010), em alguns dos estudos analisados na sua revisão sistemática da literatura, não revelaram quaisquer efeitos benéficos da deambulação e da adoção de posições verticais no TP, a nível da necessidade de administração de ocitocina.

No que diz respeito à variável obstétrica – tipo de parto, através dos estudos de Regaya et al. (2010), Kumud et al. (2013) e Gizzo et al. (2014), pôde-se inferir que a livre movimentação aliada às posturas verticais, durante a primeira etapa do TP, contribuíram para uma diminuição da taxa de



partos instrumentais e cirúrgicos, bem como para uma redução da realização do procedimento episiotomia e da ocorrência de lacerações perineais. Mais uma vez, importa destacar que nesta última pesquisa, o TP foi exclusivamente vigiado por parteiras, bem como a realização do parto, exceto em situações de cesariana urgente ou de parto vaginal instrumental (Gizzo et al., 2014).

A deambulação e as posturas verticalizadas também se associaram a um menor número de situações indicativas de sofrimento fetal, com necessidade imediata de intervenção para parto instrumental ou cirúrgico e consequentemente de manobras de suporte de reanimação neonatal (Lawrence et al., 2013; Gizzo et al., 2014; Regaya et al., 2010). O estudo de Gizzo et al. (2014) revelou que não se verificaram diferenças expressivas, no que diz respeito aos resultados neonatais, especificamente quanto aos valores de pH no cordão umbilical e ao IA, em casos de TP sem intercorrências do bem-estar materno-fetal, tanto nas parturientes às quais foi proporcionada liberdade de movimentos, bem como naquelas que se mantiveram em posição dorsal ou de decúbito lateral.

A análise dos diferentes artigos incluídos nesta revisão destacou ainda, num dos estudos, que as posições verticais têm influência na rotação espontânea da variedade fetal de posterior para anterior (Gizzo et al., 2014). Nesta pesquisa, mediante controlo ecográfico, realizado no momento de admissão hospitalar, existiam 28 mulheres no grupo de controlo com feto em variedade occipito posterior, no início do TP e 57 mulheres no grupo experimental na mesma condição. No grupo de controlo 46,7% mulheres tiveram que ser submetidas a cesariana e no grupo experimental em apenas 12,3% foi necessária intervenção cirúrgica para extração do recém-nascido.

A falta de correlação ou significância estatística entre resultados, a nível das diferentes variáveis, foi evidente em alguns dos estudos aqui referidos, no entanto todos destacaram a pertinência das mulheres serem encorajadas a mobilizarem-se e a assumirem as posições verticais que lhes assegurem o maior conforto possível durante o processo de TP.

CONCLUSÃO

Os autores dos diferentes estudos, que constituíram a base desta revisão sistemática da literatura, foram consensuais na necessidade de retorno à dinâmica fisiológica do TP e parto, reforçando que a liberdade de movimentos e a posição vertical assumida pela parturiente têm vindo a ganhar destaque na humanização dos cuidados de enfermagem no TP, promovendo o conforto materno, através de técnicas de alívio da dor mais naturais e menos invasivas e proporcionando uma maior satisfação da mulher perante a vivência desses acontecimentos.

Destacaram que a deambulação e as posições verticais conferem um conjunto de benefícios, nomeadamente a nível da progressão do TP, na diminuição da dor e aumento da satisfação materna, na qualidade das contrações uterinas e na circulação materno-fetal, comparativamente com a posi-

ção de litotomia dorsal.

A maioria dos estudos analisados permitiu ainda, concluir que não existe uma posição, universalmente, considerada como perfeita para as mulheres em TP, pois este processo é um mecanismo dinâmico, em que a parturiente, se não se encontrar em situação de comprometimento do bem-estar materno-fetal, deve ter direito na opção de escolha pela livre mobilidade ou adoção da posição que considere ser mais confortável e benéfica para o desenrolar do seu TP.

É, portanto neste domínio que o EE-ESMO assume um papel de extrema importância, no acompanhamento e incentivo da mulher em TP na adoção de posturas verticais, bem como na transmissão de orientações, acerca dos benefícios dessas práticas, no sentido de assegurar uma decisão consciente e informada por parte da parturiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, O. C., Romero, A. L. F., & García, V. E. M. (2013). Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecología y Obstetricia de México*, jan.; 81(1), 1-10. Consultado em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2013/gom131b.pdf>.
- Baker, K. (2010). Midwives should support Women to mobilize during labour. *British Journal of Midwifery*, Aug.; 18(8): 492-97. Retrieved from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=9&sid=50cd32ff-3cd6-4d5a-a38a-11f4f35feef4%-40sessionmgr4004&hid=4202&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1lZHMtY2ZSZzY29wZT1zaXRI#db=rzh&AN=105090327>.
- Borde, M. B. M., Gómez, P. M. V., Huerta, M. S. M., Barbero, E. V., López, A. I. T., & Barreiro, S. A. (2014). Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural. *Matronas Hoy*, set.; 2(2): 8-16. Consultado em: <http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/34/>.
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014, Maio). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. *Biomed Research International*. doi:10.1155/2014/638093.
- Kripke, C. (2010). Upright vs Recumbent Maternal Position during First Stage of Labour. *American Family Physician*, 81 (3), 285-286. Retrieved from: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=61d4eade-93c4-4665-9a5f-24c6ffc12a85%-40sessionmgr105&hid=122&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1lZHMtY2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=105313534&db=rzh>.
- Kumud., Rana, A. K., & Chopra, S. (2013, Janeiro). Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nuliparous mothers. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 9 (1), 10-18. Retrieved from: medind.nic.in/nad/t13/i1/nadt13i1p10.pdf.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, GJ., & Styles. C. (2013). Maternal Positions and Mobility during First Stage Labour (Review). *Cochrane Database Reviews*. Issue 10. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24105444>.
- Mamede, F. V., Gomes, F. A., Almeida, A. M., Panobianco, M. S., & Nakano, A. M. S. (2007). O Efeito da Deambulação na Duração da Fase Ativa do Trabalho de Parto. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, set.; 11(3): 466-471. Consultado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300011&lng=en&tlng=en#?.
- Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. G. G. I. (2007). Reflexões sobre a Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. *Esc. Anna Nery R. Enferm.*, jun.; 11(2): 331-36. Consultado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200023&lng=pt&nrm=iso.



- Martin, C. J. H., & Martin, C. R. (2013). A Narrative Review of maternal Physical Activity during Labour and its Effects upon length of First Stage. *Journal Complementary Therapies in Clinical Practice*, Feb.; 19, 44-49. doi: 10.1016/j.ctcp.2012.09.001.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2007, Outubro-Dezembro). Upright Position during the First Stage of Labor: a randomised controlled trial. *Acta Obstetrica e Gynecologica*, May; 86 553-558. doi: 10.1080/00016340601185251.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Morais, S. S., & Makuch, M. Y. (2009). The Vertical Position during Labor: Pain and Satisfaction. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil*, Dec.; 9 (4), 393-398. doi: 10.1590/S1519-38292009000400002.
- Montenegro, C., & Rezende, J. F. (2011). *Rezende Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nogueira, J. (2012). Posições alternativas em Trabalho de Parto. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, (12): 25-8. Consultado em: <http://sites.google.com/site/revistaapeo/revista-no-12-2012/12artigo7>.
- Ondeck, M. (2014). *Healthy Birth Practice # 2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor*. *The Journal of Perinatal Education*, 23 (4), 188-193. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.188>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Projeto Maternidade com Qualidade. Consultado em: www.ordemenfermeiros.pt.
- Prabhakar, D., George, L. S., & Karkada, S. (2015, Janeiro-Março). Effectiveness of Ambulation during First Stage of Labour, on the Outcome of Labour among Primigravid Women in Selected Hospitals of Palakkad District, Kerala. *International Journal of Nursing Education*, Jan-Mar.; 7 (1), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00001.X>.
- Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of Birth Positioning? A Review of the Literature. *Women and Birth*, Sep.; 25, 100-106. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.
- Regaya, L. B., Fatnassi, R., Khlifi, A., Fékih, M., Kebaili, S., Soltan, K., Khairi, & Hidar, S. (2010). Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical: Étude Prospective Randomisée de 200 cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Aug.; 39, 656-662. doi: 10.1016/j.jgyn.2010.06.007.
- Rosenberg, K., & Trevathan, W. (2002). Birth, Obstetrics and Human Evolution. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, nov.; 109: 1199-1206. doi: 10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x.
- Sabatino, H., Dunn, P. M., & Caldeyro-Barcia, R. (2000). *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. Campinas: Editora Unicamp.
- Silva, L. B. da., Silva, M. P., Soares, P. C. M., & Ferreira, Q. T. M. (2007). Posições Maternas no Trabalho de Parto e Parto. (2007). *Femina*, fev.; 35(2): 101-106. Consultado em: <http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>.
- Viana, L. V. M., Ferreira, K. M., & Mesquita, M. A. S. S. B. (2014). Humanização do Parto Normal: Uma Revisão de Literatura. *Saúde em Foco, Teresina*, ago./dez.; 1(2): 134-148. Consultado em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/245/431>.
- Wilson, M. J. A., MacArthur, C., Cooper, G. M., & Shennan, A. (2009). Ambulation in Labour and Delivery Mode: a randomised controlled trial of High-dose vs mobile epidural analgesia. *Journal of the Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, Mar.; 64, 266-272. doi: 10.1111/j.1365-2044.2008.05756.x.
- World Health Organization. Care in Normal Birth a practical guide: Report of a Technical Working Group. Department of Reproductive Health & Research. World Health; 1996. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.