

REPERCUSSÕES MATERNAS E NEONATAIS DO POSICIONAMENTO VERTICALIZADO DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Danielle Lima de Aquino Vasconcelos, Prefeitura Municipal de Caturité-PB;

Alessandra Aniceto Ferreira de Figueiredo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ;

Natércia Janine Dantas da Silveira, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN;

Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN;

Adriana Gomes Magalhães, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN.

Resumo

O presente estudo objetivou investigar a influência da posição vertical na vitalidade neonatal, integridade perineal, uso de uterotônicos, duração do período expulsivo e duração da dequitação durante o trabalho de parto. Foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa, sendo essa desenvolvida no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), localizado no município de Santa Cruz-RN. A pesquisa foi desenvolvida no período de julho a novembro de 2011. Participaram do estudo 102 mulheres. Para o levantamento dos dados, foi utilizada uma ficha com as informações sócio demográficas, de trabalho de parto, do período expulsivo e dequitação das participantes do estudo, como também informações do recém-nascido (apgar no 1' e 5'). Os resultados foram organizados em banco de dados eletrônico, sendo utilizado o Programa Estatístico SPSS versão 15.0, em seguida, os dados foram submetidos a análise estatística descritiva. Para as variáveis categóricas foram calculadas a frequência absoluta e relativa. Em relação à estatística inferencial não-paramétrica, foi realizado o teste do Qui-quadrado. O nível de significância adotado para o teste estatístico foi de 5%. Considera-se que a orientação e o incentivo para a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto mostrou-se uma intervenção adequada, possibilitando que a parturiente encontre posições confortáveis e permaneça nelas neste período, sem qualquer prejuízo à progressão do trabalho de parto e ao seu filho, como foi evidenciado através de dados estatísticos significativos como a preferência em permanecer na posição vertical, a não associação desta posição com a administração de uterotônicos e a sua boa relação com a vitalidade neonatal.

Palavras-chave: Parturiente, Trabalho de parto e parto, Posição vertical.

1. Introdução

Na metade do século XX, a fisiologia do trabalho de parto e a posição a ser adotada pela mulher neste período despertaram o interesse de pesquisadores. A partir de então, estudos têm sido realizados visando um trabalho de parto mais confortável, seguro e com um menor número de distorcias e terapias medicamentosas.¹

A orientação para a mobilização e adoção de posições verticais faz parte das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde nas diretrizes de humanização no atendimento ao parto, uma vez que tal processo propõe o resgate de técnicas naturais e não invasivas, evitando intervenções desnecessárias, as quais se relacionam ao aumento da morbidade materna,² garantindo, desta forma, benefícios para a saúde da mulher e do seu filho.³

A adoção das recomendações baseadas em evidências científicas (entre elas a adoção da posição verticalizada no nascimento) busca não apenas maior conforto e uma experiência de parto mais satisfatória para a mulher, mas também a redução da morbimortalidade materna.^{4,5} Para tanto, o profissional de saúde deve estar capacitado a contribuir qualitativamente no atendimento a parturiente otimizando a biodinâmica e fisiologia humana.⁶

Estudos prévios que avaliaram algumas variáveis do trabalho de parto quando relacionado a posições verticais adotadas por mulheres nesta fase, evidenciam que este posicionamento permite contrações uterinas mais eficientes, favorece a dilatação do colo uterino, diminui a duração do trabalho de parto, aumenta o diâmetro do canal do parto, pelo distanciamento das espinhas isquiáticas e o alinhamento entre o eixo da pelve e o introito vaginal e os riscos de asfixia fetal.^{7,8}

Diante da escassez de literatura científica sobre os benefícios do posicionamento verticalizado durante o trabalho de parto na vitalidade neonatal, integridade perineal, uso de uterotônicos, duração do período expulsivo e duração da dequitação, o presente estudo objetiva investigar a influência da posição vertical sobre essas variáveis citadas durante o trabalho de parto.

2. Método

Trata-se de um estudo de caráter exploratório descritivo, prospectivo com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), em Santa Cruz-RN, que atende à comunidade do município e da região do Trairí, no período de julho a novembro de 2011.

Foram incluídas 116 mulheres tomadas por amostragem de conveniência, ou seja, parturientes que se encontravam internadas no centro obstétrico no período da coleta, que atendessem aos critérios de inclusão de: idade gestacional entre 37 e 42 semanas, dilatação cervical ao ser admitida de 3cm até 5cm, feto único e vivo com vitalidade satisfatória, feto em apresentação cefálica.

Das 116 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão, 14 destas necessitaram ser retiradas do estudo por apresentarem algum tipo de distorcias ou sofrimento fetal agudo durante a fase de coleta.

Para o registro dos dados foi utilizada uma ficha com as informações sócio demográficas (idade, grau de escolaridade, estado marital), do trabalho de parto (posição adotada, uso de uterotônicos), período expulsivo e dequitação (posição adotada, duração do

período expulsivo, duração do período de dequitação, realização de episiotomia, integridade perineal) das participantes do estudo, como também informações do recém-nascido (apgar no 1' e 5').

Durante o trabalho de parto todas as parturientes receberam informações sobre os possíveis benefícios das posições verticais, bem como foram orientadas e estimuladas a adotá-las, e ainda a realizarem exercícios pélvicos sentada na bola suíça ou na posição ortostática, exercício de agachamento e deambulação.

Durante o período expulsivo, as parturientes foram estimuladas a adotarem posições verticalizadas, podendo parir na banqueta de parto (cócoras) ou na posição ginecológica semi-sentada na mesa de parto, cujo ângulo mínimo foi de 45°.

No entanto, as parturientes tiveram liberdade para a escolha da posição tanto durante o pré-parto como no momento do parto, podendo, inclusive, adotar outros decúbitos se assim desejassem.

Os dados obtidos foram tabulados, organizados em banco de dados eletrônico por meio de digitação em planilha do Programa Estatístico SPSS versão 15.0, e submetidos a análise estatística descritiva. Para as variáveis categóricas foram calculadas a frequência absoluta e relativa. Em relação à estatística inferencial não-paramétrica, foi realizado o teste do Qui-quadrado. O nível de significância adotado para o teste estatístico foi de 5%, ou seja, $p \leq 0,05$.

Para análise dos dados, as avaliações foram divididas em 2 períodos, sendo estes o pré-parto e o momento do parto respectivamente.

Para facilitar a análise do pré-parto, a amostra foi agrupada, inicialmente, em dois grupos, nos quais 53 mulheres foram agrupadas nas Posições verticais (com e sem movimento) correspondendo ao grupo A, e 49 mulheres foram agrupadas nas Posições verticais (com e sem movimento) associadas a outros decúbitos (decúbito dorsal, lateral e direito), correspondendo ao grupo B.

Para uma nova análise, o grupo A foi subdividido em dois grupos, correspondendo ao grupo A1 no qual 5 mulheres foram agrupadas em Posição vertical sem movimento (bipedestação, sentada, cócoras); e ao grupo A2 (n=48) na Posição vertical com movimento (bipedestação realizando exercícios pélvicos, sentada na bola suíça realizando exercícios pélvicos, agachamento e deambulação).

Na avaliação do momento do parto, a amostra foi agrupada em dois grupos no qual 77 mulheres foram agrupadas na Posição vertical (semi-sentada ou cócoras) e 25 mulheres foram agrupadas na Posição horizontal (litotômica).

Foi analisada a relação destes grupos com as variáveis: uso de uterotônicos durante o pré-parto, duração do período expulsivo ($\leq 15'$ ou $> 15'$), duração do período de dequitação ($\leq 10'$ ou $> 10'$), realização de episiotomia, integridade perineal (laceração perineal espontânea e episiotomias), vitalidade neonatal (apgar ≥ 8 ou < 8 no 1' e 5').

Neste estudo, foram consideradas as questões éticas referentes à pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com as diretrizes e normas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996.⁹ Todas as participantes envolvidas na pesquisa foram informadas sobre a voluntariedade e, após entenderem a pesquisa e concordarem em participar da mesma, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi apreciado pelo comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), tendo sido aprovado (Número do protocolo: 569/11).

3. Resultados

Os resultados da pesquisa mostraram que a maioria das participantes do estudo (55,08%) tinha idade entre 18 e 28 anos; 48,96% possuía apenas o nível fundamental incompleto e 83,3% tinham companheiro.

Em relação ao período de pré-parto foi evidenciado que tanto a posição vertical, quanto esta posição adotada associada a outros decúbitos não interfere na necessidade de administração de uterotônicos, na duração do período expulsivo, na duração do período de dequitação, na realização de episiotomia, na integridade perineal e nem no apgar no primeiro minuto de vida do recém-nascido. Mas observou-se significativa interferência destas posições com relação ao apgar do quinto minuto ≥ 8 .

Em relação ao período de pré-parto foi evidenciado que tanto a posição vertical sem movimento quanto a posição vertical com movimento não interfere na necessidade do uso de uterotônicos, na duração do período expulsivo, na duração do período de dequitação, na integridade perineal e nem na vitalidade neonatal (apgar 1' e 5'). Observou-se interferência significativa destas posições em relação a realização da episiotomia.

Em relação ao período do parto, foi evidenciado que tanto a posição vertical quanto a posição horizontal, relacionadas a adoção da posição vertical, e esta posição associada a outros decúbitos durante o pré-parto não interfere na necessidade de administração de uterotônicos, na duração do período expulsivo, na duração do período de dequitação, na realização de episiotomia, e nem no apgar do primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido. Mas observou-se significativa interferência destas posições com relação à integridade perineal.

4. Discussão

Os resultados deste estudo sugerem que a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto favorece a vitalidade neonatal, com um melhor índice de apgar do recém-nascido no 5º minuto de nascimento. Corroborando com autores que evidenciam em seus estudos que a posição vertical em virtude da atuação da gravidade parece favorecer a respiração, a melhora do fluxo uteroplacentário, e conseqüentemente a um melhor índice de apgar,⁵ e ainda parece oferecer maior conforto às parturientes e um melhor intercâmbio materno-fetal, diminuindo o risco de asfixia fetal.⁷

Em um estudo controlado randomizado evidenciou-se que quanto ao bem-estar do feto e do recém-nascido, ainda não foram encontradas referências para qualquer efeito deletério, como sofrimento fetal ou índice de apgar baixo, associado à adoção da posição vertical da mãe.¹⁰ Já em uma análise crítica sobre os benefícios do parto normal em distintas posições, observou-se que a incidência de apgar baixo ou recém-nascidos deprimidos, nos casos de partos normais com a mulher em posição horizontal, foi significativamente maior quando comparada aos casos com a mulher em posição vertical de cócoras.¹¹

Quando investigadas as repercussões das posições verticais ou das posições verticais associadas a outros decúbitos durante o trabalho de parto, houve relação significativa das mulheres em preferirem adotar somente posição vertical. Estes resultados são semelhantes aos achados de outros estudos^{12, 13} reforçando também que um dos principais motivos da preferência das mulheres em adotar a posição vertical é em resposta à dor e por encontrarem maior alívio nesta posição.¹⁴

Não houve significância estatística quando investigada a influência da adoção da posição vertical e de posições verticais associadas a outros decúbitos durante o trabalho de parto em relação ao uso de uterotônicos, mas apesar disto é importante destacar que a prevalência do uso de uterotônicos durante o trabalho de parto, documentada no presente estudo, foi inferior à relatada em outros estudos, onde ocitocina foi empregada em até 70% das vezes.^{15, 16} Evidenciando que o uso destes depende muito da assistência prestada à mulher.

O uso de ocitocina tem sido também associado à maior prevalência de sofrimento fetal agudo, além de restringir a movimentação materna durante o primeiro estágio do trabalho de parto.^{15, 17} A relativa baixa prevalência do uso de ocitocina na amostra investigada indica que as mulheres atendidas estiveram expostas a menores riscos para tais ocorrências. De acordo com os resultados de um estudo que investigou a influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto, orientar a posição e a mobilidade adequada à parturiente influencia de maneira positiva no trabalho de parto, pois aumenta a tolerância da parturiente à dor, evitando o uso de fármacos durante o trabalho de parto.¹⁸

Concernente à escolha da adoção do posicionamento vertical com movimento ou sem movimento durante o pré-parto, neste estudo se observou maior preferência das mulheres em adotar a postura vertical associada com movimentos. Outros achados também evidenciam que a escolha da parturiente em permanecer em movimento envolve a interação de fatores fisiológicos, psicológicos e culturais favorecendo a resultados como o controle do próprio corpo e a habilidade para o manejo da dor.¹⁸

Quanto à investigação da posição vertical sem movimento e da posição vertical com movimento durante o pré-parto o presente estudo apontou que houve interferência em relação à realização de episiotomia. Divergente da indicação do Ministério da Saúde do Brasil que recomendou, em 2001, uma prevalência de episiotomia entre 10 a 30% do total dos partos vaginais.³ Uma revisão sistemática sobre episiotomia e parto vaginal enfatizou a importância da adoção imediata de uma política de uso restrito da episiotomia.¹⁹ A prevalência de episiotomia na amostra investigada deste estudo esteve abaixo do limite recomendado. Tais resultados indicam um comprometimento na qualidade da assistência prestada às mulheres que compuseram a amostra.

Quanto a influência da posição vertical e da posição horizontal no momento do parto (período expulsivo) em relação a integridade perineal, evidenciou-se que a maioria das parturientes que adotaram a posição vertical neste momento não manteve sua integridade perineal.

Corroborando com os resultados do estudo que investigou a influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e mostrou que a ocorrência de laceração perineal foi maior (68%) em mulheres que realizaram parto vertical. Havendo associação entre a posição vertical e a ocorrência de laceração perineal espontânea.⁷ Resultados semelhantes foram encontrados num ensaio clínico randomizado realizado que investigou a influência da posição materna durante o parto vaginal sobre variáveis obstétricas.²⁰ Concernente com os achados de uma meta-análise que investigou os riscos e benefícios de diversas posições adotadas durante o segundo estágio do trabalho de parto, encontrando maior ocorrência de laceração perineal nos partos verticais, comparados aos partos horizontais.²¹

O presente estudo também evidenciou que não houve significância estatística quando investigada a influência do posicionamento vertical e do posicionamento horizontal no momento do parto com as variáveis: duração do período expulsivo e duração do período de dequitação. Corroborando com os achados de uma revisão sistemática para investigar a

influência das posturas verticais, mostrando que a adoção desta posição não interferiu na duração das fases de dilatação e expulsiva.¹³ Achados divergentes ao deste estudo foram encontrados em outras pesquisas, na qual afirmaram que a posição vertical está associada à redução do tempo do segundo período do parto (expulsivo).^{21, 22}

Ainda em relação aos resultados do parto não foi registrada significância estatística quando comparadas a posição do parto (vertical e horizontal) com relação aos índices de apgar dos recém-nascidos. Estes resultados coadunam com os achados do estudo que avaliou a influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto.¹⁸ Já os resultados de uma meta-análise mostram que a posição verticalizada apresentou vantagens sobre a dorsal/horizontal, estando entre estas vantagens a redução na proporção de recém-nascidos com índices de apgar inferior a 7.²³

5. Considerações Finais

Assim, como foi apontado neste estudo, a orientação e o incentivo para a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto mostrou-se uma intervenção adequada, possibilitando que a parturiente encontre posições confortáveis e permaneça nelas neste período, sem qualquer prejuízo à progressão do trabalho de parto e ao seu filho, como foi evidenciado através de dados estatísticos significativos como a preferência em permanecer na posição vertical, a não associação desta posição com a administração de uterotônicos e a sua boa relação com a vitalidade neonatal. Porém, estudos com uma amostra maior e com um controle maior das variáveis devem ser realizados, dentre eles a paridade por ser esta uma variável de grande interferência no momento do parto. Como também a importância de serem estes partos realizados por um único obstetra envolvido na pesquisa e não da instituição, pois embora sigam um protocolo institucional, sabe-se que condutas entre eles são bastante divergentes.

Referências

1. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; Issue 2. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
2. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus. 2009; Issue 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003934.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistências humanizadas à mulher. Brasília, DF; 2001.
4. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(6):357-65.

- 5.Bruggemann OM, et al . Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2009; 9(2): 189-196.
- 6.Canesin KF, Amaral WN. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura.Femina. 2010; 38(8): 430-433.
- 7.Baracho SM, et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2009 dez.; 9(4): 409-414.
- 8.De Conti MHS, et al. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. RevBrasGinecol Obstet. 2003;25(9):647-54.
- 9.Brasil. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 1996.
- 10.Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MEU. Upright position during the first stage of labor: a randomized controlled trial.Acta ObstetGynecolScand. 2007; 86: 553-8.
- 11.Sabatino H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições.Rev Tempus Actas Saúde Col.. 2010; 143-148.
- 12.Adachi KM, Shimada UA. A relação entre as parturientes posições e percepções de intensidade de dor labor. NURS res. 2003; 52:47-51.
- 13.Miquelutti MA. Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas [Dissertação]. Campinas:Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.
- 14.Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selecionado estratégias de enfrentamento no trabalho: uma investigação das experiências das mulheres.Nascimento.2003; 30:189-94.
- 15.Svärdby K, Nordström L, Sellström E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. J ClinNurs.2007; 16: 179-84.
- 16.Oscarsson M, Amer-Wahlin I, Rydhstroem H, KällénK. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study.ActaObstetGynecol Scand. 2006; 85: 1094-8.
- 17.Bloom SL, McintireDD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, Leveno KJ. Lack of effect of walking in labour and delivery.N Engl J Med. 1994; 339: 76-9.
- 18.Bio E, Bittar RE,Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. RevBrasGinecol Obstet. 2006;28(11):671-9.

19. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2..

20. Bonfim-Hyppólito S. Influence of the position of the mother at delivery over some maternal and neonatal outcomes. Int J Gynecol Obstet. 1998; 63: 67-73.

21. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004; Issue 1. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.

22. Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? PubMed - indexed for MEDLINE. Birth. 2005; 32: 164-9.

23. Sibley L, Sipe TA. What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? Midwifery. 2004; 20(1): 51-60.