

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO  
CAMPUS SANTA INÊS  
CURSO DE ENFERMAGEM BACHARELADO

**JHULY GABRIELA SILVA DOS SANTOS**

**VICÊNCIA DO PARTO NORMAL: PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE  
POSIÇÕES DE PARTO ADOTADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO  
MUNICÍPIO DE SANTA INÊS – MA**

Santa Inês  
2024

**JHULY GABRIELA SILVA DOS SANTOS**

**VICÊNCIA DO PARTO NORMAL: PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE  
POSIÇÕES DE PARTO ADOTADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO  
MUNICÍPIO DE SANTA INÊS – MA**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Campus Santa Inês como requisito para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Ms. Aline Santana Figueredo

Santos, Jhuly Gabriela Silva dos.

Vivência do parto normal: percepção de puérperas sobre a posição litotômica. / Jhuly Gabriela Silva dos Santos – Santa Inês - MA, 2024.

72 f.

Monografia (Graduação) – Curso de Enfermagem Bacharelado, Campus de Santa Inês, Universidade Estadual do Maranhão, 2024.

Orientadora: Profa. Ma. Aline Santana Figueredo.

1. Parto normal. 2. Parto humanizado. 3. Posições no parto materno I.  
Título.

CDU 618.4

**Elaborado pelo Bibliotecário Márcio André Pereira da Silva - CRB 13/862**

**JHULY GABRIELA SILVA DOS SANTOS**

**VICÊNCIA DO PARTO NORMAL: PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE  
POSIÇÕES DE PARTO ADOTADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO  
MUNICÍPIO DE SANTA INÊS – MA**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão e aprovado em sua forma final pelo Curso de Enfermagem.

**Aprovado em:** 16/12/2024

**Nota:** 10

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **LUCIA CAMILA OLIVEIRA FRIEDRICH SOUSA**  
Data: 23/12/2024 14:29:21-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Lucia Camila Friedrich Sousa  
Esp. em docência do ensino Superior  
Universidade Estadual do Maranhão

Documento assinado digitalmente  
 **DAVYSON VIEIRA ALMADA**  
Data: 23/12/2024 16:31:12-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof.<sup>o</sup> Esp. Davyson Vieira Almada  
Esp. em Tutoria em Educação a Distância  
Faculdade única de Ipatinga

Documento assinado digitalmente  
 **ALINE SANTANA FIGUEREDO**  
Data: 23/12/2024 10:48:51-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Aline Santana Figueredo  
Mestre em Saúde do Adulto  
Universidade Federal do Maranhão

A Deus todo poderoso e a minha família pelo incentivo e compreensão pelos momentos de ausência.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me presenteado com saúde e o dom da perseverança, estes imprescindíveis para a realização de mais uma conquista, que aos poucos está se tornando real.

Aos meus amados pais, Edilene Lima Silva e Antonio da Conceição Soares, minha eterna fonte de inspiração, admiração, respeito e amor incondicional. Agradeço por estarem ao meu lado em todos os momentos, oferecendo incentivo constante, palavras de encorajamento e orações sinceras, que iluminaram o meu caminho mesmo nas horas mais desafiadoras. Obrigada pelo suporte inabalável e pela paciência infinita, que me permitiram seguir em frente com confiança e determinação. Vocês são o alicerce das minhas conquistas e a razão do meu empenho.

À minha querida irmã, por ser um raio de luz na minha vida, trazendo alegria, companheirismo e um carinho que nunca falha. Sua presença é um lembrete constante do valor do amor e da união, e sou imensamente grata por compartilhar essa jornada com você.

Amo vocês com todo o meu coração, e essa conquista não é apenas minha, mas nossa. Sempre será por vocês e para vocês!

Às minhas amigas, que ao longo dessa jornada foram grandes companheiras e me proporcionaram momentos incríveis, muitas conversas, ensinamentos e boas risadas que aliviaram o peso dessa caminhada exaustiva. Vocês foram essenciais na minha vida, e sou imensamente grata a cada uma de vocês: Suyanne, Mikaele, Kelijane, Daniele, Maria clara e Raine. Obrigada, meninas, por cada momento ao longo do caminho.

À Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Aline Santana Figueredo, a qual evidenciou, desde o início, ampla satisfação em direcionar-me ao longo desta jornada, assim como pela compreensão, ensinamentos e amizade. És um ser iluminado e uma fonte de inspiração, sou muito grata por toda a atenção dispensada ao longo desses meses de muito aprendizado. Muito Obrigada!

Às púerperas que se dispuseram a participar do estudo, pela disponibilidade, empatia e paciência ao longo de toda a coleta de dados.

Enfim, a todos que cooperaram direta ou indiretamente com esta conquista, mais uma das muitas que se seguirão. Muito Obrigada!

*“Para mudar o mundo é preciso mudar a  
forma de nascer.”*

Michel Odent

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar a percepção das puérperas acerca da posição litotômica adotada no trabalho de parto e parto. Este momento é fundamental na vida da mulher, pois, impacta diretamente em vários âmbitos, como no seu estado físico, emocional e psicológico. A escolha da posição durante o trabalho de parto pode influenciar significativamente a progressão do parto, a dor percebida, as intervenções médicas necessárias e até mesmo os desfechos neonatais. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo analítico-exploratório, realizado entre meses de setembro e outubro de 2024, em um hospital de referência localizado em Santa Inês, Maranhão. A população amostral é composta por mulheres nulíparas e multíparas que tiveram partos vaginais na instituição durante a pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para o estudo. Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, aplicado a 20 puérperas, com o objetivo de compreender o processo de parto e a assistência prestada pelos profissionais. Após a coleta, os dados foram compilados e analisados no software Microsoft Excel 2019, por meio de gráficos e tabelas de frequência, com nível de significância adotado de  $p < 0,05$ . O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o parecer nº 7.118.378. Nesta perspectiva, observou-se, que todas as mulheres realizaram o parto na posição litotômica, indicando que, mesmo entre as multíparas, não houve variação na posição adotada no período expulsivo. Verificou-se que 14 mulheres (70%) realizaram mais de seis consultas de pré-natal, enquanto 6 mulheres (30%) realizaram menos de seis. Esses dados sugerem que a maioria das gestantes compareceu regularmente aos serviços de saúde para acompanhamento pré-natal. Na análise sobre a escolha da posição de parto, constatou-se que todas as mulheres relataram não ter tido a opção de escolha, devido à falta de conhecimento sobre o tema. Além disso, nenhuma delas soube informar sobre os benefícios das diferentes posições. Esses achados apontam para uma possível deficiência na orientação no pré-natal quanto à escolha da posição de parto e aos direitos das gestantes a um parto humanizado, livre de intervenções desnecessárias, como a episiotomia. Destarte, infere-se a importância de capacitar as mulheres para que escolham a posição mais confortável e menos dolorosa durante o trabalho de parto. Destaca-se, ainda, a relevância de os profissionais de saúde compreenderem as implicações das posições adotadas durante o trabalho de parto e sua contribuição para a promoção de um parto humanizado, em alinhamento com as diretrizes nacionais para a assistência ao parto.

**Palavras-chave:** Parto normal; Humanização; Posições obstétricas.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the perception of postpartum women regarding the lithotomy position adopted during labor and delivery. This moment is fundamental in a woman's life as it directly impacts various aspects, including physical, emotional, and psychological states. The choice of position during labor can significantly influence labor progression, perceived pain, required medical interventions, and even neonatal outcomes. The study adopts a qualitative, analytical-exploratory approach conducted between September and October 2024 in a reference hospital located in Santa Inês, Maranhão. The sample population comprises nulliparous and multiparous women who had vaginal deliveries at the institution during the research period and met the inclusion and exclusion criteria established for the study. Data were collected through a questionnaire containing open and closed-ended questions, administered to 20 postpartum women to understand the labor process and the care provided by healthcare professionals. After data collection, the information was compiled and analyzed using Microsoft Excel 2019 software through frequency charts and tables, with a significance level set at  $p < 0.05$ . The project was submitted to the Research Ethics Committee and approved under opinion no. 7.118.378. In this context, it was observed that all women delivered in the lithotomy position, indicating that even among multiparous women, there was no variation in the position adopted during the expulsion phase. It was found that 14 women (70%) attended more than six prenatal visits, while 6 women (30%) attended fewer than six. These findings suggest that most pregnant women regularly accessed health services for prenatal care. When analyzing the choice of delivery position, it was noted that all women reported not having the option to choose due to a lack of knowledge on the subject. Furthermore, none of them were able to provide information about the benefits of different positions. These findings point to a potential deficiency in prenatal guidance regarding the choice of delivery position and pregnant women's rights to a humanized birth, free from unnecessary interventions such as episiotomy. Thus, it is inferred that empowering women to choose the most comfortable and least painful position during labor is of utmost importance. Additionally, it is crucial for healthcare professionals to understand the implications of the positions adopted during labor and their contribution to promoting a humanized birth, in alignment with national guidelines for childbirth care.

**Keywords:** Normal birth; Humanization; Obstetric positions.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Plano de Parto .....	26
Figura 2 - Posição de cócoras no parto .....	32
Figura 3 - Posição de cócoras com apoio na cadeira .....	32
Figura 4 - Posição de quatro apoio no trabalho de parto .....	33
Figura 5 - Posição de quatro apoio .....	33
Figura 6 - Posição sentada na bola .....	34
Figura 7 - Posição sentada na cadeira .....	34
Figura 8 – Posição litotomica com rede de apoio .....	35
Figura 9 - Posição litotomica .....	35
Figura 10 - Posição decúbito lateral esquerdo .....	36
Figura 11 - Posição decúbito lateralizada .....	36
Figura 12 - Posição semi-sentada com apoio conjugal .....	37
Figura 13 - Posição semi-sentada .....	37
Figura 14 - Parto Humanizado na água .....	38
Figura 15 - Parto na água com rede de apoio .....	38

## LISTA DE GRÁFICO

<b>Gráfico 1</b> – Número de gestações de mulheres que pariram no Hospital Municipal Tomás Martins, Santa Inês, MA, 2024. ....	43
<b>Gráfico 2</b> – Número consulta pré-natal de mulheres que pariram no Hospital Municipal Tomás Martins, Santa Inês, MA, 2024. ....	43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil das puérperas do município de Santa Inês, MA, 2024.....	42
<b>Tabela 2</b> – Aspectos clínicos e obstétricos de mulheres que pariram na posição de litotomia no Hospital Municipal Tomás Martins, Santa Inês, MA, 2024. ....	44

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DLE – decúbito lateral esquerdo

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher

RD – Rede Cegonha

RN – Recém - nascido

SS – semi-sentada

TNICE - Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem

UBS - Unidade Básica de Saúde

UEMA – Universidade Estadual do Maranhão

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos .....	18
<b>3 REFERENCIAL TEORICO.....</b>	<b>19</b>
3.1 História e evolução das práticas de parto .....	19
3.2 Aspectos culturais e sociais na escolha da posição .....	20
3.3 Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher .....	21
3.4 Fisiologia da gestação .....	23
3.5 Assistência de enfermagem e humanização .....	25
3.5.1 A humanização do parto e o respeito à autonomia da mulher durante o trabalho de parto. ....	25
3.5.2 Protocolos e orientações da OMS sobre posições de parto. ....	27
3.5.3 Importância dos métodos não-farmacológicos.....	29
3.6 Posições de parto .....	30
3.6.1 Posições Verticalizadas .....	30
3.6.2 Posições Horizontais .....	35
3.6.3 Parto Humanizado na água .....	38
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>41</b>
4.1 delineamento do estudo .....	41
4.2 aspectos éticos.....	41
4.3 cenário do estudo .....	42
4.4 atores sociais.....	42
4.5 coleta de dados.....	42
4.6 Análise de dados.....	43
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>45</b>

<b>5.1 Caracterização das participantes .....</b>	<b>45</b>
<b>5.2 Conhecimento e percepção das parturientes acerca das posições maternas.....</b>	<b>48</b>
<b>6 DISCUSSÃO .....</b>	<b>50</b>
<b>6.1 Principais contraindicações de determinadas posições maternas durante o trabalho de parto. ....</b>	<b>54</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA .....</b>	<b>70</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O parto é um processo fisiológico natural que marca um momento de grande importância na vida das mulheres, sendo um evento de intensa transformação física, emocional e social. Idealmente, deve ocorrer com o mínimo de intervenções físicas e ambientais, a fim de respeitar a fisiologia do corpo feminino e promover um ambiente acolhedor e seguro tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Intervenções excessivas, como o uso desnecessário de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e alterações no ambiente, podem aumentar o risco de complicações e afetar negativamente a experiência da mulher durante o parto (WHO, 2020).

De acordo com Silva e Silva (2019), nas últimas décadas, ocorreram avanços significativos na compreensão dos mecanismos relacionados à dor e no desenvolvimento de estratégias para seu manejo, com o objetivo de reduzir o desconforto das pacientes. No contexto do trabalho de parto, é amplamente reconhecido que a dor está presente em diversas fases, sobretudo durante a dilatação cervical, e, apesar de sua natureza subjetiva e individual, ela deve ser respeitada em todas as mulheres.

Acrescentando, Silva, *et al.*, (2018) fala que cada experiência de dor no trabalho de parto é única, e sua intensidade pode ser influenciada por fatores psicológicos, culturais e ambientais. Assim, é essencial que as gestantes sejam informadas sobre a dor no processo de parto, reconhecendo-a como uma realidade fisiológica. Essa dor, embora variável, pode ser percebida de forma traumática por algumas mulheres, especialmente em situações em que há dificuldades na progressão do parto vaginal. Essas complicações podem agravar a percepção da dor e aumentar o risco de desfechos adversos para a parturiente e o recém-nascido.

Dessa maneira, na intenção de diminuir a sensação dolorosa pode ser adotadas várias posições no parto. No contexto global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que, para assegurar uma condução adequada do parto normal, os profissionais devem orientar suas práticas com base nas mais sólidas evidências científicas disponíveis. Nesse sentido, destaca a importância das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento", enfatizando a valorização da liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, e a importância de articular informações imparciais sobre as posições que pode ser adotada pela gestante (Rocha, *et al.*, 2020).

Farias (2020) ressalta que apesar de uma das características predominantes na prática obstétrica brasileira ser a pressa em induzir o nascimento, muitas vezes desconsiderando a autonomia das mulheres no processo de parturição, é fundamental que essa abordagem não seja

normalizada. Deve-se priorizar a preservação e o respeito à mulher em um de seus momentos mais vulneráveis, evitando intervenções desnecessárias e potencialmente prejudiciais resultantes das condutas dos profissionais de saúde.

Ainda sob ótica do autor observa-se que as parturientes frequentemente desconhecem os seus direitos, permanecendo em uma postura passiva durante o processo de parto. Esse cenário persiste mesmo diante dos esforços institucionais voltados à transformação do modelo de atenção ao parto e nascimento.

Dessa forma, ao encorajar as parturientes a adotarem diversas posturas alternadas, como verticalizadas, decúbito lateral, utilizar a banqueta, ajoelhar, agachar, ficar de quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, entre outras (sempre considerando a sua flexibilidade motora), torna-se possível identificar qual delas proporciona um maior alívio da dor e preconiza a humanização na hora do trabalho de parto (Silva e Silva, 2019).

Assim sendo, Farias (2020) enfatiza a relevância deste estudo ao evidenciar a importância de uma assistência humanizada e da liberdade de escolha de posição pela parturiente durante o parto vaginal. O estudo é fundamentado em evidências científicas que sustentam a humanização do cuidado, contribuindo para a compreensão do impacto das diferentes posições adotadas pela mulher nos desfechos maternos e neonatais. Essa abordagem é essencial para identificar se tais influências são benéficas ou prejudiciais, promovendo uma maior conscientização entre os profissionais de saúde e possibilitando mudanças informadas em suas práticas clínicas, com vistas a melhorar a qualidade da assistência prestada.

Diante disso, o estudo propõe a hipótese de que a mudança na percepção das puérperas em relação à posição litotômica durante o parto normal está diretamente relacionada à qualidade da informação e educação recebidas durante o pré-natal. A hipótese sugere que puérperas que foram adequadamente informadas sobre as diversas posições de parto, incluindo os benefícios das posições alternativas à litotômica, tendem a adotar uma percepção mais positiva e receptiva em relação a essas opções. Em contrapartida, aquelas que receberam menos informações tendem a preferir a posição litotômica, devido à sua familiaridade e uso predominante nos contextos convencionais de assistência ao parto.

Outro ponto relevante a ser considerado é a influência de fatores culturais e sociais na percepção das puérperas sobre a posição litotômica durante o parto normal. Essa hipótese permite explorar como as crenças culturais e as normas sociais podem moldar as preferências

das puérperas em relação à posição litotômica. Em culturas onde essa posição é tradicionalmente aceita e incentivada, é possível que as puérperas apresentem uma percepção mais favorável. Por outro lado, em culturas que valorizam outras posições de parto, a percepção sobre a posição litotômica pode ser mais crítica ou ambivalente. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi descrever a percepção das puérperas em relação à adoção da posição litotômica no trabalho de parto e parto, considerando as influências culturais e sociais que podem afetar essa escolha.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Descrever a percepção das puérperas acerca da posição litotômica adotada no trabalho de parto e parto.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar a associação do perfil socioeconômico e epidemiológico das mulheres que tiveram parto vaginal;
- Avaliar a satisfação das pacientes em relação a posição adotada no parto normal;
- Identificar sua compreensão sobre as diversas possibilidades de posições que podem ser assumidas durante o parto normal;
- Verificar o conhecimento delas sobre a humanização durante o trabalho de parto e parto

### 3 REFERENCIAL TEORICO

#### 3.1 História e evolução das práticas de parto

O cuidado prestado à mulher durante o processo de parturição sofreu transformações profundas ao longo do tempo, migrando de um ambiente domiciliar e familiar, onde a assistência era tradicionalmente oferecida por parteiras, figuras de confiança e respeito dentro da comunidade, para um contexto hospitalar. Durante essa transição, os avanços científicos trouxeram maior controle sobre complicações e condições de risco materno-fetal (Medeiros *et al.*, 2019). No entanto, esses progressos também conduziram a um aumento na medicalização do parto, que passou a ser caracterizado por uma intensa monitorização e por intervenções rotineiras, como episiotomias, infusão contínua de ocitocina e a preferência da adoção de posições horizontais durante o trabalho de parto (Garrett, 2023).

Esse processo de mudança foi impulsionado a partir do final do século XIX, quando obstetras iniciaram campanhas para centralizar os partos no ambiente hospitalar, consolidando-se no final do século XX com a institucionalização definitiva do parto. Ao longo desse período, novas práticas foram incorporadas, adequando o processo de parto a intervenções farmacológicas e não farmacológicas, seguindo as conveniências e a lógica assistencial dos profissionais de saúde (Da Silva *et al.*, 2022).

A medicina enfrentou desafios consideráveis para promover a adesão das mulheres ao parto hospitalar. Inicialmente, a aceitação do médico-obstetra foi restrita às famílias das classes mais abastadas, embora tenha persistido uma resistência significativa ao atendimento por um homem, mesmo nesse grupo social. Entre as mulheres das classes mais pobres, a assistência ao parto permaneceu predominantemente sob a responsabilidade das parteiras até meados do século XIX. No entanto, essa transição ocorreu em um contexto de elevado risco de infecções nos hospitais, o que tornava a infecção puerperal um dos principais obstáculos para a medicina naquele período, sendo uma das principais causas de mortalidade materna (Farias, 2020).

No Brasil, a ausência de maternidades, que só começaram a ser estabelecidas no início do século XX, também contribuiu para a relutância das mulheres em aceitar o parto em ambientes hospitalares, muitas vezes associados a doenças e más condições sanitárias. Nem sempre havia profissionais obstétricos especializados disponíveis, e as parturientes raramente dispunham de enfermarias isoladas. Como resultado, a mortalidade e as infecções eram frequentes, com mães e recém-nascidos sendo expostos a pacientes com diversas enfermidades (Palharine *et al.*, 2018).

A evolução científica e tecnológica, especialmente a partir da segunda metade do século XX, trouxe avanços significativos no controle de complicações e riscos materno-fetais. Embora essas inovações tenham desempenhado um papel crucial na melhoria dos cuidados obstétricos, é necessário reconhecer o uso excessivo dessas tecnologias. Tal prática pode comprometer a qualidade da assistência à mulher durante o parto, negligenciando a integridade física e o estado emocional da gestante, resultando em uma abordagem menos holística e adequada ao processo de parturição (Medeiros *et al.*, 2019).

### **3.2 Aspectos culturais e sociais na escolha da posição**

O poder de gerar vida, a criação de um novo ser humano e o surgimento de uma família são processos complexos, de difícil elaboração. Em muitas culturas, predomina a concepção de que a mulher, ao receber o filho gerado em seu corpo, será naturalmente tomada por sentimentos nobres e oferecerá a ele todo o amor materno possível. Paralelamente, há um entendimento comum de que o desejo e a decisão de ter um filho deveriam, por si só, ser suficientes para que a mulher se preparasse para a maternidade durante os nove meses de gestação (Rocha; Fuks, 2019).

Nesse contexto, é comum que a futura mãe busque informações e conselhos de figuras de confiança, como sua própria mãe e outras mulheres, além de recorrer a fontes online. No entanto, a qualidade das informações obtidas pode variar significativamente, influenciada por fatores como sua cultura e crenças e a forma como realiza suas pesquisas. Muitas vezes, essas informações não são confiáveis ou completas, o que pode comprometer na preparação para o processo de parto. A falta de acesso a informações precisas pode levar a decisões inadequadas e impactar negativamente a experiência do parto, evidenciando a necessidade de um suporte informativo de qualidade durante a gestação (Rodrigues *et al.*, 2022).

Assim sendo, as práticas relacionadas ao parto apresentam uma significativa variação entre diferentes países e culturas. Em todas as sociedades, observa-se que as mulheres em trabalho de parto são tradicionalmente acompanhadas por outras mulheres, como familiares, amigas e parteiras. Com a evolução dos contextos de assistência, especialmente no ambiente hospitalar, essa função passou a ser desempenhada por profissionais de saúde, incluindo obstetras, enfermeiras obstétricas e técnicas de enfermagem (Rocha; Fuks, 2019).

Em contextos específicos, como nas cortes reais, o parto assumia um caráter público, com a presença de testemunhas. Durante esse período, o conhecimento médico sobre o parto

era limitado, sendo as parteiras as principais responsáveis pelos cuidados e pela assistência durante o processo de parturição. Tendo a mulher o poder de decisões sobre o processo de parto, juntamente com sua família e/ou amigas, refletindo um modelo de assistência centrado na experiência e no saber feminino (Vendruscolo; Kruehl, 2015).

Conforme destacado por Abreu e Pederiva (2023), o indivíduo é produto do meio cultural em que foi socializado, sendo herdeiro de um processo cumulativo que reflete o conhecimento e a experiência adquiridos por gerações anteriores. Os papéis desempenhados dentro das famílias e os vínculos de amizade formados entre os grupos em determinada cultura são indicadores da estrutura social dessa comunidade. Portanto, é fundamental que o profissional de saúde compreenda essas dinâmicas culturais para proporcionar um cuidado que não seja gerador de conflitos ou estresse para o indivíduo assistido.

Portanto, conforme orientado nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (2022), observa-se que a prática obstétrica frequentemente adota uma abordagem rotineira e mecanizada, caracterizada por uma assistência impessoal às necessidades fisiológicas das parturientes. Neste modelo, cada membro da equipe desempenha funções específicas, muitas vezes decidindo em nome da mulher e limitando, assim, as opções e o protagonismo da gestante no processo parturitivo. Para proporcionar uma assistência obstétrica mais qualificada e humanizada, torna-se essencial que os profissionais de saúde promovam um cuidado que possibilite à mulher uma experiência de parto mais tranquila e respeitosa, levando em consideração seus conhecimentos prévios, percepções individuais e contexto cultural, o que contribui para um cuidado mais inclusivo e humanizado.

### **3.3 Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher**

No Brasil, as políticas públicas de saúde voltadas para a saúde da mulher começaram a receber atenção significativa apenas no século XX, ainda que inicialmente limitadas às ações relacionadas à gravidez e ao parto. Com o passar dos anos, foram criados programas que ofereciam alternativas promissoras para a mulher, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984, elaborado pelo Ministério da saúde, marcando um avanço e uma conquista para a população feminina (BRASIL, 2004).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, estruturado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, universalidade e equidade, implementa ações de promoção, prevenção e tratamento de saúde. Sua abrangência inclui a atenção à maternidade,

prevenção do câncer, saúde sexual e reprodutiva, combate à violência de gênero, manejo do HIV/AIDS e de doenças crônicas não transmissíveis (Machado; Penna, 2022).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), evolução do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), amplia o escopo da atenção à saúde feminina ao longo de todo o ciclo vital, considerando as especificidades de idade, etnia (mulheres negras, indígenas), localização geográfica (urbana, rural, áreas de difícil acesso), vulnerabilidade social (mulheres em situação de risco, presidiárias), orientação sexual, condição de deficiência, entre outros fatores. Esse aprimoramento representa um avanço significativo na integração da saúde sexual e reprodutiva com a saúde geral da mulher, transcendendo a abordagem anteriormente fragmentada (Souto; Moreira, 2021).

A partir dessas políticas torna – se evidente que as mulheres estão alcançando um lugar na sociedade, tendo direitos à saúde, respeitando suas peculiaridades, priorizando a mulher e oferecendo suporte em diversos âmbitos (Rocha *et al.*, 2017).

Apesar dos avanços ao longo desse período, ainda eram necessárias melhorias. Em 2000, o governo federal instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de promover um atendimento integral de enfermagem, reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, proporcionar um cuidado humanizado, garantir os direitos de escolha da mulher e melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, tanto para as gestantes quanto para os recém-nascidos (Malheiros, 2012).

Além disso, o programa também visa à reorganização da assistência, ampliando o acesso das mulheres a cuidados de qualidade, com a realização do parto com o mínimo de intervenções possíveis. Além disso, o PHPN direcionou o foco da assistência para a mulher e fomentou discussões, criando um espaço para que as mães expressem seus anseios e inseguranças, promovendo, assim, uma assistência eficaz e de qualidade, que contribui para um ciclo gravídico-puerperal bem-sucedido com o apoio da equipe de enfermagem (Oliveira *et al.*, 2020).

Focando na assistência à mulher e na necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a inserção de boas práticas e a melhorar a qualidade desses serviços, foi lançada em 2011 a Rede Cegonha (RC). Este programa sistematiza e institucionaliza um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento no Brasil (Farias, 2020).

A Rede Cegonha, regulamentada pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), objetiva ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, do parto, do puerpério e do acompanhamento infantil até os 24 meses de vida (BRASIL, 2011).

De acordo com Farias (2020), entre as práticas recomendadas e que devem ser incentivadas durante o parto, destaca-se a liberdade de posição e movimento da gestante, com o objetivo de reduzir a dor e facilitar o processo de parturição. A assistência humanizada é fundamental em todas as etapas desse processo. Nesse sentido, Malheiros (2012) ressalta que a humanização na assistência à saúde surge como uma abordagem para transformar o cenário atual, que é frequentemente caracterizado por uma prática mecânica e desprovida de empatia em relação às mulheres.

É evidente que a história do parto e nascimento tem se transformado de forma progressiva. Nesse contexto, o parto natural exige a atuação de uma equipe multiprofissional para garantir segurança, reduzir riscos e complicações evitáveis, além de proporcionar conforto à mulher. Uma das estratégias para minimizar a dor é informar a gestante sobre as diversas posições de parto, elucidando os benefícios de cada uma e como a adoção de uma posição específica pode influenciar positivamente o processo de parturição (Brasil, 2022).

### **3.4 Fisiologia da gestação**

A gestação e o parto são eventos que envolvem não apenas a vivência da mulher, mas de toda a sociedade. Esse processo singular transcende uma simples ocorrência biológica, sendo um dos principais elementos na transformação da "mulher" em "mãe". Como continuidade da espécie e início de uma nova vida, a chegada de um novo ser ao mundo possui um grande significado cultural e são momentos únicos vivenciados pela mulher, independentemente de sua paridade. (Barbosa, 2018).

As transformações que ocorrem no organismo materno durante os nove meses de gestação envolvem alterações morfológicas e fisiológicas profundas e multissistêmicas. Essas mudanças visam proporcionar uma harmonia simbiótica perfeita entre as condições necessárias para o desenvolvimento fetal e o equilíbrio do sistema materno (Zugaib, 2016).

O desenvolvimento fetal compreende processos complexos de morfogênese, envolvendo proliferação celular (hiperplasia), diferenciação celular (hipertrofia), e eventos coordenados de

indução, migração celular, agregação celular, interação intercelular e apoptose (FEBRASGO, 2019).

O processo inicial de multiplicação celular, que culmina no desenvolvimento de um novo ser, tem início com a fecundação, na qual o espermatozoide se funde com o óvulo, formando o zigoto. Este, geralmente, se forma na primeira porção da tuba uterina. Após a implantação no endométrio, nas primeiras semanas, a nutrição do embrião é assegurada pela digestão trofoblástica e pela fagocitose do tecido endometrial. Por volta da 12<sup>a</sup> semana de gestação, a placenta já está suficientemente desenvolvida para garantir o fornecimento de todos os nutrientes necessários para o crescimento embrionário (Rezende, 2017).

Com 16<sup>o</sup> semanas o feto atinge comprimento de 12 cm e peso de 110g. Pela visualização da genitália externa, pode – se identificar o gênero fetal e com 20 semanas o feto passa a ganhar peso linearmente. Já na 24<sup>a</sup> semana de gestação, embora diversos órgãos e sistemas já tenham se desenvolvido e apresentem certo grau de funcionalidade, a probabilidade de sobrevivência de fetos nascidos antes de 24 semanas permanece baixa. Isso ocorre principalmente devido à imaturidade do sistema respiratório e do sistema nervoso central (SNC), cuja coordenação ainda não está suficientemente estabelecida para garantir a homeostase necessária fora do ambiente uterino (Zugaib, 2016).

Ao final de aproximadamente nove meses de crescimento e desenvolvimento proporcionado pela fisiologia gestacional, ocorre a expulsão do recém-nascido do útero através do processo de parturição. O tamanho final do neonato reflete a interação entre o genoma do embrião/feto e o ambiente uterino materno, que atua de forma significativa na expressão e potencialização das características genéticas do feto (Febrasgo, 2019).

O mecanismo do parto apresenta características gerais constantes, com variações específicas dependendo do tipo de apresentação fetal e da morfologia pélvica. Dois hormônios principais, a progesterona e o estrogênio, desempenham papéis essenciais na indução do trabalho de parto. A progesterona age inibindo as contrações uterinas, enquanto o estrogênio as estimula. Durante a gravidez, os níveis de ambos os hormônios aumentam progressivamente. Com a proximidade do parto, a estabilização dos níveis de progesterona permite que o aumento contínuo do estrogênio atue predominantemente sobre as células da musculatura lisa do útero, intensificando as contrações uterinas (Rezende, 2017).

Adicionalmente, o início do trabalho de parto é influenciado por diversos fatores que envolvem interações complexas entre aspectos maternos, fetais e placentários. Entre os

principais fatores determinantes para o sucesso do parto destacam-se feto, considerando sua apresentação, posição e atitude, a pelve, avaliando diâmetros, as contrações uterinas, e a resposta psicológica, que abrange o estado emocional da mulher e sua percepção prévia sobre o parto (Medeiros *et al.*, 2019).

Para garantir o conforto e segurança da mãe e do recém-nascido, a confiança na equipe de saúde é fundamental. A humanização do parto, assim, torna-se essencial, com os profissionais oferecendo um cuidado que vá além dos aspectos técnicos da saúde materno-fetal, valorizando o suporte emocional e psicológico. Esse cuidado inclui respeito à privacidade da mulher, suporte durante momentos de dor e acolhimento das preferências da parturiente sobre a via de parto (Brasil, 2022).

### **3.5 Assistência de enfermagem e humanização**

#### **3.5.1 A humanização do parto e o respeito à autonomia da mulher durante o trabalho de parto**

Ao discutir o parto, observa-se a possibilidade de exercício de uma autonomia episódica, caracterizada pela capacidade da mulher de, em uma situação específica, refletir sobre o que pode e deseja fazer, essa deliberação interna precede a execução de uma decisão. Segundo teóricas feministas, o modo de vida e as experiências acumuladas da mulher em seu contexto social, cultural e racial constituem a base para a reflexão e para a tomada de decisões, sejam elas informadas ou não, quando confrontadas com dilemas éticos ou desafios concretos. Ao abordar a autonomia feminina, é essencial reconhecer que essa capacidade se desenvolve em interação com o meio em que a mulher está inserida, manifestando-se em diferentes graus e intensidades, dependendo da situação, do contexto e das pessoas envolvidas (Rocha; Ferreira, 2020; Bachilli *et al.*, 2021).

Desde 1986, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a elaboração de um plano de parto como ferramenta educativa para empoderar a mulher durante o processo gestacional e obstétrico. Este instrumento visa modificar a dinâmica hierárquica na relação profissional-paciente, estimulando a busca de informação baseada em evidências científicas e preferências individuais da gestante (Rocha; Ferreira, 2020).

O plano de parto consiste em um documento legal que registra as preferências e expectativas da gestante em relação ao cuidado obstétrico, respeitando seus valores, desejos e necessidades, e minimizando intervenções não consensuais. Sua assinatura pelos profissionais de saúde e inclusão no prontuário médico garantem sua validade legal (Medeiros *et al.*, 2019).

Figura 1 – Plano de Parto

<p><b>Importante saber:</b></p> <p>Para a maioria das mulheres, o trabalho de parto acontece de forma natural e espontânea e o colo uterino dilata até 10 cm para a saída do bebê. Mas existem algumas situações em que pode ser necessária a intervenção medicamentosa para ajudar na indução do parto. Nesses casos, a equipe deve conversar com você para te explicar a real necessidade de algum desses procedimentos.</p> <p>Deve-se evitar banho nas primeiras horas para que o bebê não esfrie. O curativo do coto umbilical é feito somente com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho, acompanhada pela equipe e alimentar-se logo após o parto normal.</p> <p><i>O Plano de Parto expressa meus desejos e minhas preferências para o nascimento do meu bebê, porém DECLARO ter conhecimento que, dependendo da situação no momento do parto, alguma das minhas escolhas podem não ser possíveis. Nesses casos, gostaria de ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas.</i></p> <p><i>Obs.: O Plano de Parto deverá ser entregue ao enfermeiro obstetra/obstetriz ou médico obstetra no momento da internação no pré-parto.</i></p> <p>Assinatura da gestante _____</p>	<p><b>PLANO INDIVIDUAL DE PARTO</b></p>	 <p>Nome: _____</p> <p><b>PLANO DE PARTO</b></p> <p>O Plano de Parto é um documento onde você vai escrever seus desejos, preferências e expectativas para o momento do parto. Seu Plano de Parto será uma referência importante que vai orientar a</p>
<p>equipe da Maternidade de no acompanhamento do seu parto.</p> <p><b>01 - Desejo conhecer a Maternidade de Referência para a realização do meu parto:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Vista agendada para: _____</p> <p><b>02 - Desejo que me acompanhe durante todas as fases do parto:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mando  <input type="checkbox"/> Mãe  <input type="checkbox"/> Filho(a) maior de 18 anos  <input type="checkbox"/> Amigo(a)  <input type="checkbox"/> Outros  <input type="checkbox"/> Nenhum</p> <p><b>03 - Desejo fotos do meu bebê logo após o nascimento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>04 - Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Massagens  <input type="checkbox"/> Orientações sobre técnicas de respiração  <input type="checkbox"/> Movimentar e ou caso queira  <input type="checkbox"/> Exercícios de relaxamento/combata do nascimento  <input type="checkbox"/> Banho de chuveiro  <input type="checkbox"/> Analgésia medicamentosa, caso necessário  <input type="checkbox"/> Analgésia (Bloqueio anestésico realizado médico obstetrista)  <input type="checkbox"/> Outros _____</p>	 <p><b>05 - No trabalho de parto é recomendado que a mulher movimente-se livremente e a posição deitada de costas deve ser evitada. Gostaria de ter liberdade de escolher diversas posições durante o meu trabalho de parto:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>06 - Sei da importância de me manter hidratada e me alimentar durante o trabalho de parto. Portanto, desejo ingerir alimentos leves:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>07 - Cuidar da ambiência ajuda a tranquilizar e favorece a evolução do trabalho de parto. Portanto, desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Um ambiente com pouca luminosidade  <input type="checkbox"/> Ouvir música  <input type="checkbox"/> Pouco barulho e conversa  <input type="checkbox"/> Privacidade</p> <p><b>08 - Desejo que eu e meu acompanhante sejamos comunicados sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina ou cesárea):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>09 - A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela mulher. Gostaria de ter as seguintes posições (assinale um ou mais itens):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sentada cócoras (banqueta)  <input type="checkbox"/> Sentada com cabeceira elevada  <input type="checkbox"/> De quatro apoios  <input type="checkbox"/> Outras _____</p>  <p><b>10 - Desejo que, na hora do nascimento, a episiotomia se seja realizada se necessário:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>11 - Assim que o bebê nascer desejo fazer contato pele-a-pele:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>12 - Desejo, se possível, a inserção do DIU no pós-parto imediato, para aproveitar a internação e iniciar minha contracepção:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> 

**Fonte:** Protocolo sobre Rede Cegonha, São Paulo (2022).

A humanização do parto tem apresentado avanços significativos, especialmente no ambiente hospitalar, onde, com o apoio da equipe de enfermagem, observa-se um aumento na sensação de segurança por parte das gestantes durante o processo de parturição. Fatores como a participação da família, a garantia dos direitos da mulher, a ausência de intervenções invasivas desnecessárias, como a episiotomia e o uso de medicamentos para acelerar o parto, contribuem para o fortalecimento da confiança da gestante nesse momento. Humanizar o parto significa reconhecer e respeitar os direitos e as vontades da mulher, ressaltando a importância de

compreender a evolução desses direitos ao longo do tempo. Após as devidas análises clínicas, a decisão sobre a forma de parir deve ser atribuída à mulher, cabendo ao profissional de saúde esclarecer todas as dúvidas sobre o método de parto escolhido (Silva *et al.*, 2022).

Portanto, o parto humanizado consiste em uma abordagem assistencial que transcende a mera execução de procedimentos técnicos, promovendo o protagonismo da mulher durante o processo parturitivo. Esse modelo de cuidado enfatiza a importância da participação ativa da gestante nas decisões relativas aos procedimentos a serem realizados, além de assegurar a presença de um acompanhante de sua escolha, conforme preconizado pelas diretrizes de assistência ao parto normal. Ao adotar essa perspectiva, cria-se um ambiente que favorece a segurança, confiança e conforto, contribuindo para um trabalho de parto mais eficiente, com menor tempo de duração e um número reduzido de intervenções desnecessárias (Brasil, 2022).

### 3.5.2 Protocolos e orientações da OMS sobre posições de parto

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o conceito de parto humanizado refere-se à assistência que prioriza as necessidades da gestante, do recém-nascido e da mãe no pós-parto, com foco na redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Essa abordagem busca garantir um parto seguro, com acesso digno e de qualidade em todas as etapas da gestação, promovendo a tomada de decisões compartilhada e assegurando que as escolhas da mulher sejam ouvidas e respeitadas.

De acordo com Garrett (2023), a partir de setembro de 2019, a legislação preconiza que os serviços de saúde responsáveis pelos cuidados às grávidas e parturientes devem adotar as recomendações da OMS para assegurar uma positiva experiência de parto. Além disso a Lei nº 110/2019 assegura às gestantes o direito ao respeito por suas escolhas e preferências. Nesse contexto, a promoção da participação ativa da mulher durante o trabalho de parto é viabilizada pela liberdade de movimentos e pela adoção de posições que favoreçam seu conforto e bem-estar.

Conforme a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2022), é fundamental esclarecer que a mulher tem diversas opções durante o processo de parto, devendo ser incentivada a expressar suas dúvidas e inseguranças. Além disso, recomenda-se a orientação contínua sobre as estratégias de alívio da dor e a comunicação regular sobre a evolução do trabalho de parto, tanto para a parturiente quanto para seu acompanhante. A gestação, sendo um fenômeno fisiológico, deve ser compreendida pelas gestantes e pelas equipes de saúde como

uma experiência de vida saudável que envolve transformações físicas, emocionais e sociais dinâmicas. Assim, deve-se priorizar um atendimento que respeite esse processo natural, evitando intervenções desnecessárias, de modo a garantir um parto seguro e único (Silva e Silva, 2019).

Adicionalmente, observa-se que as mulheres grávidas não estão cientes de seus direitos e mantêm uma postura passiva durante o processo de parto. Logo, é notório a urgência de incentivo para mostrar que elas podem adotar qualquer outra posição que considere mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral, vertical ou quatro apoios. Explicando os benefícios de cada uma, e o momento mais propício para aplicar no seu processo de parto (Farias, 2020).

É relevante ressaltar que a imposição de determinadas posições durante o trabalho de parto e parto, assim como a adoção de rotinas e intervenções obstétricas desnecessárias, são consideradas formas de violência obstétrica. Essas práticas podem desestabilizar a gestante, comprometendo o curso natural e fisiológico do parto, e transformam um momento de grande expectativa e realização em uma experiência de desalento. Ao restringir a autonomia da mulher e limitar sua capacidade de escolha, tais intervenções podem gerar sentimentos de inadequação e tristeza, afetando negativamente tanto a vivência do parto quanto o bem-estar emocional materno (Silva e Silva, 2019).

Além disso, as enfermeiras obstétricas desempenham um papel essencial ao orientar gestantes e acompanhantes em atividades que promovem conforto e bem-estar durante o trabalho de parto. Dentre essas atividades destacam-se: o incentivo à deambulação para favorecer a mobilidade, a orientação para que a parturiente escolha posições confortáveis livremente, o estímulo a sentimentos positivos, e a realização de massagens. Além disso, as enfermeiras oferecem apoio no banho com água morna e guiam exercícios de respiração e relaxamento, promovendo o descanso entre as contrações. Medidas adicionais incluem o uso da bola obstétrica para aliviar a dor lombar, proporcionando uma assistência centrada no bem-estar físico e emocional da parturiente (Brasil, 2022).

### 3.5.3 Importância dos métodos não-farmacológicos

O processo de parto representa, para a mulher, uma experiência que promove autonomia e empoderamento sobre seu próprio corpo. No entanto, esse evento tem sido progressivamente submetido a instruções e intervenções que limitam o protagonismo feminino. Dentre as ações

relacionadas à manutenção desse protagonismo, a escolha da posição durante o parto emerge como um aspecto central. A imposição de determinadas posições, frequentemente sem a participação ativa da mulher, merece análise cuidadosa, a fim de compreender a influência que essas posições exercem sobre o desfecho do parto normal (Soares *et al.*, 2024).

O Ministério da Saúde (2003) recomenda a adoção de determinadas práticas no parto normal, as quais, por sua eficácia e comprovação científica, devem ser encorajadas e promovidas. Entre essas práticas destacam-se o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, a liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, e o respeito à escolha da parturiente quanto ao seu acompanhante nesse momento, entre outras medidas.

Além disso, métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto estão em consonância com os princípios da humanização do parto, priorizando a autonomia da parturiente, o suporte psicossocial, a participação ativa na tomada de decisões e o cuidado centrado na mulher e sua família. A educação pré-natal sobre essas técnicas é fundamental para o manejo da dor durante o parto. Nesse contexto, a enfermeira assume papel central, sendo responsável por esclarecer e orientar quanto a essas práticas (Lima *et al.*, 2024).

Em visto disso, os métodos não-farmacológicos de alívio da dor têm ganhado destaque como opções eficazes para parturientes, promovendo sua participação ativa e autonomia no manejo da dor e da ansiedade durante o parto. Esses métodos reduzem a necessidade de intervenções medicamentosas, minimizando potenciais efeitos adversos sobre o processo parturitivo e a saúde fetal, além de preservarem o controle pessoal da mulher, que se torna participante ativa no parto. A avaliação individualizada das necessidades e preferências da parturiente é essencial para possibilitar uma experiência positiva e satisfatória, conforme recomendado pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto (2022).

Estudos científicos baseados em evidências têm explorado os benefícios dos métodos não-farmacológicos durante o trabalho de parto. Segundo Klein e Gouveia (2022), esses métodos demonstraram eficácia na redução da dor, dos níveis de estresse e ansiedade e na diminuição do tempo total do trabalho de parto. Adicionalmente, a aplicação desses métodos tem se associado a uma menor incidência de cesarianas, evidenciando sua relevância na promoção de uma experiência de parto mais segura e positiva para a mulher e o recém-nascido. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça a recomendação de uma assistência ao parto com intervenções mínimas, favorecendo um processo o mais fisiológico

possível. Alinhado a isso, o Ministério da Saúde enfatiza que as intervenções durante o parto normal devem ser baseadas em evidências. Os métodos não farmacológicos, por sua comprovação científica, são incentivados, uma vez que auxiliam na evolução do trabalho de parto e proporcionam suporte integral à parturiente (OMS, 2022)

Outro ponto que deve ser levado em consideração é o reconhecimento da individualidade da mulher, sendo essencial para a identificação de suas necessidades específicas e para determinar a abordagem mais adequada ao processo de nascimento. Esse reconhecimento permite uma assistência obstétrica mais personalizada e respeitosa, promovendo um ambiente onde tanto a parturiente quanto seus acompanhantes podem solicitar esclarecimentos sobre os métodos aplicados. Nesse contexto, a enfermeira obstetra desempenha papel central, sendo responsável pela supervisão das práticas e pelo suporte às atividades adotadas, contribuindo para uma experiência de parto mais segura e humanizada (Brasil, 2022).

Portanto, a humanização da assistência obstétrica visa garantir o respeito aos direitos da mulher e da criança, com práticas baseadas em evidências científicas, assegurando o acesso a métodos não-farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto. Uma vantagem fundamental dos recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, promovendo sua participação ativa e a do acompanhante, com poucas contraindicações ou efeitos adversos associados (Barbosa, 2018).

### **3.6 Posições de parto**

#### **3.6.1 Posições verticalizadas**

Desde a década de 1970, pesquisas têm destacado a relevância das posturas verticais e da mobilidade materna durante o trabalho de parto, apresentando essas práticas como seguras e vantajosas para as parturientes. Evidências científicas apontam benefícios fisiológicos e psicológicos associados a essas posições, além de indicarem uma melhoria na experiência do parto para as gestantes. Ao longo do tempo, no entanto, aspectos sociais, culturais, científicos e religiosos influenciaram a substituição progressiva das práticas verticais de parir (Amaro *et al.*, 2021).

Para maior veracidade, Sousa *et al.*, (2018), confirma que o parto em posição vertical contribui para uma menor duração do trabalho de parto, redução de intervenções médicas, diminuição de alterações na frequência cardíaca do recém-nascido e, conseqüentemente, alívio da dor durante as contrações uterinas, quando comparado a partos em posições horizontais.

Segundo Soares *et al.*, (2024), essas posições são frequentemente recomendadas por enfermeiros(as), que desempenham um papel central na promoção do parto humanizado. Nesse contexto, o profissional de enfermagem deve assegurar um ambiente acolhedor, de modo a garantir que a parturiente se sinta confortável com a posição sugerida. É fundamental, no entanto, respeitar a decisão da mulher caso ela prefira posições horizontais, considerando suas preferências individuais e promovendo a autonomia durante o processo de parto.

Estudos comparativos entre posições horizontais e verticais durante o trabalho de parto indicam que as posições verticais estão associadas a um período expulsivo mais curto, menor intensidade de dor, redução na incidência de cesarianas e diminuição da necessidade de episiotomia. Ademais, essas posições promovem maior autonomia da parturiente nas decisões relacionadas ao processo de parto e oferecem uma melhor visualização do nascimento. As posições verticais também têm sido correlacionadas com menor ocorrência de traumas perineais e edemas vulvares (Paiva *et al.*, 2018).

A adoção de posturas verticais durante o trabalho de parto oferece vantagens biomecânicas significativas. Nessas posições, os membros inferiores da parturiente funcionam como alavancas, facilitando a ampliação do canal pélvico e reduzindo o esforço uterino necessário para a progressão do trabalho de parto. Além disso, a posição vertical está associada a uma menor necessidade de episiotomia e aumenta a pressão intrauterina em aproximadamente 30 a 40 mmHg, favorecendo o avanço do feto pelo canal de parto de maneira mais fisiológica (Amaro *et al.*, 2021).

Adicionalmente, estudos indicam que a posição vertical no trabalho de parto beneficia o processo pelo auxílio gravitacional, facilitando a descida fetal pelo canal de parto e aumentando a pressão da cabeça fetal sobre a porção inferior do útero. Esse aumento de pressão estimula o eixo hipotálamo-hipofisário, promovendo a liberação de ocitocina e, assim, intensificando a forma e o ritmo das contrações uterina. Ademais, a posição vertical minimiza a compressão da aorta e da veia cava, um efeito comum no decúbito dorsal, o que otimiza o intercâmbio materno-fetal e reduz o risco de sofrimento fetal, inclusive em casos de prolongamento do período expulsivo (Vaz *et al.*, 2021).

Várias posições verticais podem ser adotadas durante o trabalho de parto, incluindo a posição de cócoras. Esta postura promove a flexão das coxas sobre o abdome, resultando na retificação da lordose lombossacra e na rotação superior da sínfise púbica. A posição de cócoras, frequentemente recomendada no pré-natal para o fortalecimento dos membros

inferiores e da musculatura perineal, pode reduzir a duração do período expulsivo e a incidência de episiotomia. No entanto, o desconforto para a parturiente representa uma limitação potencial (Paiva *et al.*, 2018).

**Figura 2** – Posição de cócoras



**Fonte:** CN1 Notícias (2024).

**Figura 3** – Posição de cócoras com apoio na cadeira



**Fonte:** Carolina Horita/Bebê.com.br (2018).

Já a posição de quatro apoios é realizada com a gestante apoiando os joelhos na cama, podendo ou não se inclinar sobre a cabeceira. Essa posição é de fácil manutenção por longos períodos e permite uma boa exposição do períneo, facilitando a avaliação da progressão da apresentação fetal pelos profissionais de saúde. Além disso, é frequentemente utilizada em casos de desacelerações da frequência cardíaca fetal para ressuscitação intrauterina e pode ser mantida durante o período expulsivo (Torres, *et al.*, 2018).

A posição de quatro apoios foi amplamente referida pelas gestantes como vantajosa para a progressão fisiológica do parto, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Esse posicionamento, além de aliviar a dor lombar, auxilia na rotação fetal e na liberação dos ombros durante o período expulsivo, reduzindo a incidência de lacerações perineais. Mesmo em casos de fetos de maior tamanho, a ausência de suporte no sacro minimiza a resistência perineal, favorecendo uma experiência de parto mais segura e confortável (Costa *et al.*, 2023).

Em comparação com o decúbito dorsal, a posição de quatro apoios apresenta uma duração média inferior da distensão perineal (tempo entre a estabilização da apresentação fetal e o nascimento), enquanto, em relação à posição sentada, não há diferença significativa na duração do período expulsivo. No entanto, mulheres nulíparas relatam uma experiência mais favorável, com menor intensidade de dor, na posição de quatro apoios. É, portanto, uma

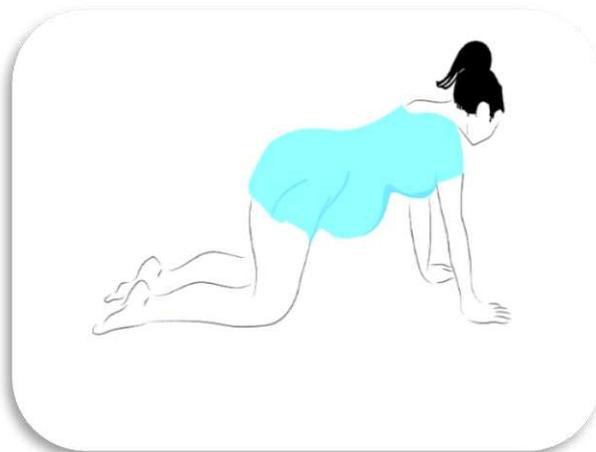
alternativa sugerida para situações em que há uma rápida evolução do trabalho de parto, uma vez que oferece maior controle materno sobre o posicionamento do feto (Torres, *et al.*, 2018).

**Figura 4** – Posição de quatro apoios no trabalho de parto



**Fonte:** Shauna Ironside (2024).

**Figura 5** – Posição de quatro apoios



**Fonte:** Carolina Horita/Bebê.com.br (2018).

A posição sentada é amplamente recomendada como uma alternativa viável durante o trabalho de parto e o parto em si. Essa posição pode ser adotada utilizando diferentes recursos, como um banco de parto, uma bola de exercício ou até mesmo na extremidade da cama ou maca, adaptando-se às necessidades e preferências da parturiente. Essa postura é valorizada principalmente pelo conforto que proporciona, promovendo um ambiente mais relaxante e favorável à parturiente durante o processo do parto. Além disso, a gravidade desempenha um papel importante ao facilitar a descida do bebê pelo canal de parto, contribuindo para um desfecho mais natural e menos intervencionista (Paiva *et al.*, 2018).

Diversos estudos têm investigado as vantagens e possíveis riscos relacionados ao parto na posição sentada. Os achados indicam benefícios claros, como uma menor incidência de intervenções instrumentais, reflexo do bem-estar fetal otimizado nessa posição. Esse dado reforça a segurança e a eficácia dessa prática. Além disso, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em aspectos cruciais como a integridade perineal, a ocorrência de hemorragias pós-parto ou os desfechos neonatais, o que sugere que a posição sentada é comparável a outras em termos de segurança clínica para mãe e bebê (Amaro *et al.*, 2021).

Entretanto, algumas nuances devem ser consideradas ao analisar a posição sentada. Quando se avaliou a associação entre essa postura e a ocorrência de perda sanguínea superior a 500 ml durante o parto, constatou-se que tal relação é estatisticamente significativa apenas em

parturientes que apresentaram lacerações perineais. Por outro lado, aquelas com períneo íntegro não demonstraram associação com perdas sanguíneas maiores. Esse dado sugere que a perda sanguínea mais expressiva observada em alguns casos na posição sentada não se deve a fatores uterinos, mas, sim, às lesões perineais decorrentes do parto (Paiva *et al.*, 2018).

Portanto, a adoção da posição sentada deve ser incentivada como uma prática que respeita a autonomia da parturiente e prioriza seu conforto, desde que seja realizada com acompanhamento e suporte profissional adequados. Esse cuidado é essencial para maximizar seus benefícios e mitigar possíveis riscos, garantindo uma experiência de parto segura e humanizada (Farias, 2020).

**Figura 6** – Posição sentada na bola



**Fonte:** Passarinho/Pref.Olinda (2009).

**Figura 7** – Posição sentada no banco



**Fonte:** Soloinfantil (2018).

Nesse contexto, é essencial considerar algumas limitações e possíveis desvantagens da posição vertical, como o risco aumentado de lacerações perineais de segundo grau, a sobrecarga nos membros inferiores (joelhos e tornozelos), além da possibilidade de perda sanguínea superior a 500 mL (Amaro *et al.*, 2021).

Apesar dessas limitações, e em comparação com a posição de litotomia, os benefícios da verticalização do parto são evidentes. A ação fisiológica e mecânica associada à posição vertical favorece o sucesso do processo de parto, promovendo progressão adequada do trabalho de parto, redução do uso de analgésicos devido ao alívio da dor, contrações uterinas mais eficazes e menores riscos de lacerações e de complicações materno-fetais. Assim, a posição vertical oferece benefícios significativos para o binômio mãe-filho (Vaz *et al.*, 2021).

### 3.6.2 Posições Horizontais

No século XVIII, a medicalização crescente da sociedade transformou aspectos diversos da vida cotidiana em focos de intervenção biomédica, incluindo o parto, que passou a ser visto como um evento de risco. Esse entendimento motivou a adoção de procedimentos médicos e hospitalares para seu controle. Assim, tais práticas foram incorporadas de forma abrangente à assistência obstétrica, o que limitou a autonomia das mulheres e as colocou em um papel de passividade, restringindo sua liberdade de movimento e a escolha de posições durante o trabalho de parto (Costa *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, a qualidade da assistência no ciclo gravídico-puerperal, a institucionalização do parto e as intervenções frequentes, muitas vezes desnecessárias, tornam-se questionáveis. Com a medicalização, a posição ginecológica (litotômica) passou a ser considerada mais conveniente para os protocolos hospitalares, sendo adotada como posição padrão para o nascimento, frequentemente sem uma avaliação criteriosa de sua segurança e eficácia (Barbosa, 2018).

No final do século XX, houve uma transformação significativa no cenário obstétrico, com a introdução de recomendações de boas práticas para o parto. Essas diretrizes desincentivaram práticas que limitavam a autonomia feminina, baseando-se em evidências científicas que demonstram que a livre movimentação, deambulação e a adoção de posições verticalizadas durante o trabalho de parto favorecem a fisiologia, reduzem a percepção de dor, aumentam as chances de parto vaginal, encurtam a duração do trabalho de parto e parto, corrigem distocias e diminuem a necessidade de intervenções, incluindo cesarianas (Rocha *et al.*, 2020).

Além disso, tais práticas proporcionam à mulher maior sensação de controle sobre o próprio corpo. Contudo, apesar das melhorias introduzidas pelas boas práticas obstétricas, essas mudanças não foram implementadas uniformemente em todas as unidades de saúde, especialmente nas regiões mais afastadas. A falta de informação, particularmente entre as gestantes, faz com que a liberdade de movimentação durante o parto ainda seja uma realidade distante na maioria dos serviços obstétricos (Costa *et al.*, 2023).

Com base nessas considerações, é evidente que para promover essa prática, é necessário um espaço físico adequado que favoreça a mobilidade, a disponibilização de instrumentos que auxiliem em movimentos específicos, e profissionais capacitados que respeitem a fisiologia do

parto, permitam a movimentação instintiva do corpo e valorizem a autonomia das mulheres nas decisões relacionadas ao processo de parto (Rocha *et al.*, 2020).

Dessa forma, torna-se relevante investigar o uso das Tecnologias Não Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE) pelas enfermeiras obstétricas, especialmente aquelas que incentivam a liberdade de movimento e de posicionamento, visto que essas práticas contribuem para uma assistência humanizada, qualificada, segura e respeitosa aos direitos das mulheres (Klein; Gouveia, 2022).

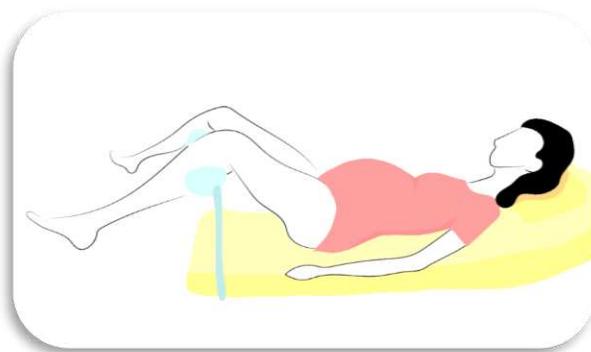
Caso a puérpera opte pela posição horizontal, como a litotômica, sua escolha deve ser respeitada, preservando sua autonomia durante o parto (Brasil, 2022).

**Figura 8** – Posição litotômica com rede de apoio



**Fonte:** DC Studio (2024).

**Figura 9** – Posição litotômica



**Fonte:** Carolina Horita/Bebê.com.br (2018).

O profissional, no entanto, deve sempre informar sobre alternativas que vai promover mais conforto para o binômio. Sendo uma dessas alternativas o decúbito lateral esquerdo (DLE), uma posição que se associa à redução do uso de ocitocina e da episiotomia, menor perda sanguínea e redução de traumas perineais. O DLE permite um alongamento gradual do período de distensão, proporcionando maior acomodação do períneo e reduzindo o risco de lacerações. Além disso, é recomendada como posição padrão para prevenir hipotensão e otimizar a oxigenação fetal durante o período expulsivo (Silva e Silva, 2019).

É importante ressaltar que a posição em decúbito lateral esquerdo, embora possa retardar a descida fetal durante o segundo estágio do trabalho de parto, é associada a um maior conforto materno e a uma redução da dor lombar em comparação à posição de cócoras. Essa posição é frequentemente utilizada em contextos que exigem monitorização fetal eletrônica contínua. Apesar de proporcionar maior comodidade para a parturiente, a posição em decúbito lateral não

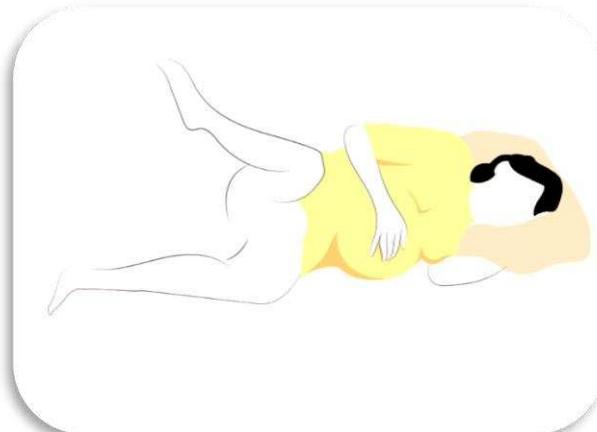
apresenta os benefícios proporcionados pelo efeito da gravidade, característico das posições verticais (Barbosa, 2018).

**Figura 10** – Posição decúbito lateral esquerdo



**Fonte:** Lauren Guilford (2021).

**Figura 11** – Posição decúbito lateralizada



**Fonte:** Carolina Horita/Bebê.com.br (2018).

Outra posição que merece destaque é a posição semi-sentada (SS), em que a parturiente é posicionada com uma inclinação de aproximadamente 30° sobre um assento específico para o parto, com as pernas flexionadas e afastadas. Essa posição apresenta benefícios importantes, como a promoção de maior frequência e intensidade das contrações uterinas, além de contribuir para uma melhor oxigenação fetal em comparação à posição litotômica. Essas vantagens podem tornar o trabalho de parto mais eficiente e menos exaustivo para a mulher, representando uma alternativa valiosa em determinadas circunstâncias (Barbosa, 2018).

Apesar de seus benefícios, a posição semi-sentada também apresenta limitações que precisam ser consideradas. De acordo com Silva e Silva (2019), essa posição está associada a um aumento na intensidade da dor e a uma menor sensação de conforto para a parturiente. Isso ocorre porque ela restringe a liberação do sacro e do cóccix, diminuindo a utilização da força gravitacional para auxiliar na descida do feto. Além disso, a permanência prolongada nessa posição durante o segundo estágio do trabalho de parto não é recomendada, pois pode elevar o risco de edema vulvar devido à dificuldade no retorno venoso. Essa postura também facilita a realização de exames vaginais, o que, em alguns contextos, pode aumentar as chances de intervenções desnecessárias, comprometendo a experiência da parturiente.

Diante dessas limitações, é essencial que a posição semi-sentada seja utilizada de forma criteriosa e ajustada às necessidades individuais da mulher, sempre com a supervisão de profissionais de saúde qualificados. A presença de uma equipe multidisciplinar bem preparada

é indispensável para conduzir o trabalho de parto de forma segura e eficaz, oferecendo orientações baseadas em evidências e respeitando a autonomia da parturiente (Silva e Silva, 2019).

O papel dos profissionais de saúde vai além da simples supervisão técnica; eles devem proporcionar um suporte integral que inclua orientações sobre as diferentes posições de parto, avaliando os benefícios e riscos de cada uma. Assim, é possível garantir uma experiência mais segura, humanizada e confortável para a parturiente, promovendo desfechos positivos para mãe e bebê (Brasil, 2022).

**Figura 12** – Posição semi-sentada com apoio conjugal



**Fonte:** Sydney Piglia (2024).

**Figura 13** – Posição semi-sentada



**Fonte:** Carolina Horita/Bebê.com.br (2018).

### 3.6.3 Parto na água

A prática da imersão em água durante o trabalho de parto e parto é utilizada há séculos, sendo adotada em vários países devido aos benefícios tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. O primeiro registro foi na França em 1805, e, nos Estados Unidos, em 1980, o que popularizou essa prática, destacada pelo alívio da dor e pela experiência positiva. A partir de 2002, o método atraiu mulheres em busca de uma experiência de parto mais natural e econômica, com poucos riscos adversos (Bezerra *et al.*, 2020).

O parto no meio hídrico é um método natural que contribui para o relaxamento durante o trabalho de parto, com seus efeitos amplamente estudados mundialmente. Esta prática oferece diversos benefícios, como o alívio do desconforto e a redução dos níveis de ansiedade, promovendo relaxamento corporal. A diminuição da ansiedade reduz a produção de adrenalina, facilitando o aumento de ocitocina e endorfina, o que alivia a dor. Esse método é considerado

uma abordagem humanizada e suave, caracterizada pela ausência de intervenções desnecessárias (Camargo *et al.*, 2023).

Além disso, a prática do parto na água está alinhada à técnica “Hands-off”, na qual o profissional evita manipular a cabeça do bebê durante a fase expulsiva, abordagem recomendada em protocolos de assistência em partos na água (Nogueira *et al.*, 2019).

Considerando os aspectos mencionados, observa-se que práticas humanizadas e técnicas de cuidado favorecem a criação de vínculo durante o parto, A água torna-se um meio de contato acolhedor tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. A temperatura da água, o suporte da equipe e o alívio da dor perineal proporcionam uma experiência menos traumática para a parturiente. Esse contexto contribui para uma alternativa de cuidado que promove o autocuidado e o autoconhecimento corporal, favorecendo um parto mais seguro e satisfatório (Bezerra *et al.*, 2020).

**Figura 14** – Parto Humanizado na água



**Fonte:** David Miranda (2022).

**Figura 15** – Parto na água com rede de apoio



**Fonte:** Cecília Figueiredo (2019).

Após a análise das diferentes posições que podem ser adotadas pelas parturientes, observa-se a importância das posturas corporais no pré-parto e no parto. É essencial que tanto a equipe de saúde quanto a gestante estejam informadas sobre os benefícios e limitações de cada posição, permitindo escolhas informadas e consentidas (Costa *et al.*, 2023).

Uma pesquisa nacional realizada em ambiente hospitalar com 23.894 mulheres identificou que a posição litotômica foi utilizada em mais de 90% das parturientes de risco habitual, mesmo diante de evidências científicas que demonstram os benefícios materno-fetais

associados às posições verticalizadas (Farias, 2020). Esses dados evidenciam a importância de aprofundar estudos sobre o tema, fundamentando o presente trabalho, que tem como objetivo analisar a percepção das puérperas em relação à posição litotômica, amplamente adotada na instituição de pesquisa em questão durante o trabalho de parto e parto.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do Estudo**

Trata-se de um estudo do tipo analítico/exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa. Estudos exploratórios são investigações de pesquisa empírica, cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema emprega-se geralmente procedimentos sistemáticos ou para a obtenção de observações empíricas ou para as análises de dados (ou ambas, simultaneamente). Obtém-se frequentemente descrições tanto quantitativas quanto qualitativas do objeto de estudo, e o investigador deve conceituar as inter-relações entre as propriedades do fenômeno, fato ou ambiente observado (Marconi; Lakatos, 2017).

Contou com a abordagem qualitativa, propondo buscar uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, interagindo com a dinâmica do mundo real, procurando entender à realidade de um determinado fenômeno social, tendo o pesquisador como principal instrumento para aquisição de informações, que posteriormente poderão também ser representadas de forma mais ampla (Minayo, 2014).

### **4.2 Aspectos Éticos**

Em conformidade com os preceitos éticos, todos os procedimentos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, foram rigorosamente seguidos. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão e obteve aprovação sob o parecer nº 7.118.378. Para a participação no estudo, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo que todos os participantes autorizassem voluntariamente sua inclusão na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu apenas após o cumprimento de todos os trâmites éticos e administrativos exigidos. Isso incluiu a obtenção da autorização da direção do hospital, a apresentação do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o alinhamento prévio com a coordenação da ala obstétrica. Esses procedimentos garantiram o amplo acesso da pesquisadora ao serviço de saúde, possibilitando a realização do estudo de maneira ética e organizada.

Foi assegurado as participantes o direito de decidir livremente sobre sua inclusão na pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem prejuízo ou penalização. Além disso, o anonimato foi integralmente preservado, com garantia de sigilo sobre todas as informações

coletadas. As participantes foram devidamente informadas de que os dados obtidos poderiam ser utilizados para divulgação junto à comunidade acadêmica, sempre respeitando o caráter confidencial das identidades envolvidas.

### **4.3 Cenário do Estudo**

A pesquisa foi realizada no município de Santa Inês, que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) está localizado na região Nordeste do Brasil e integra a mesorregião do Vale do Pindaré. Com uma área total de aproximadamente 600,48 km<sup>2</sup>, distribuída entre 38 bairros, o município possui uma extensão territorial de 786,689 km<sup>2</sup> e uma população residente estimada em 85.014 habitantes, situando-se a 243 km da capital do estado, São Luís.

O local do estudo foi no Hospital Municipal Tomaz Martins, localizado na Avenida Castelo Branco - S/N, no bairro Laranjeiras, em Santa Inês - MA, no qual oferece serviços de saúde para a população local e para os municípios adjacentes, abrangendo cerca de 12 municípios da região do Vale do Pindaré. A escolha deste hospital para a realização do estudo justifica-se pela existência de uma ala de maternidade, sendo uma referência obstétrica regional para gestações de risco habitual. Além disso, conta com uma equipe de enfermeiras obstétricas que atuam diretamente na assistência ao parto normal, o que fortalece sua relevância para a pesquisa.

### **4.4 Atores Sociais**

No estudo participaram puérperas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter realizado parto normal, estar internadas no alojamento conjunto e possuir idade igual ou superior a 18 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, baseadas em um roteiro temático previamente adaptado.

Os critérios de exclusão englobaram puérperas submetidas a parto cirúrgico, menores de idade, aquelas com transtornos psicológicos diagnosticados, com limitações de comunicação ou que não concluíram a entrevista (Gayeski e Brüggemann, 2009).

### **4.5 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2024, com o número de participantes definido pela saturação das informações, ou seja, o ponto em que as

respostas começaram a se repetir. O instrumento utilizado foi um questionário composto por perguntas fechadas e abertas. As questões fechadas estavam organizadas em duas categorias principais: sociodemográficas, abrangendo faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade, ocupação e procedência; e obstétricas, abordando o número de gestações, número de consultas pré-natais, orientações recebidas sobre posições no parto, duração do período expulsivo e a posição adotada durante o mesmo.

As questões abertas complementaram a coleta de informações, investigando se a parturiente teve autonomia para escolher a posição de parto, seu conhecimento prévio sobre posições no parto, antecedentes obstétricos, presença e grau de laceração perineal, realização de episiotomia, se houve orientação por parte dos profissionais de saúde sobre posições possíveis para o trabalho de parto e parto e se teve acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

As posições abordadas foram classificadas em verticalizadas e não verticalizadas. As posições verticalizadas incluíram a posição sentada (utilizando cadeira ou banqueta de parto), de cócoras (com ou sem apoio), semissentada (tronco inclinado igual ou maior que 45° em relação à horizontal) e em quatro apoios. As posições não verticalizadas compreenderam a semideitada (tronco inclinado para trás a menos de 45° em relação à horizontal), as posições lateralizadas e a posição litotômica.

Os dados foram coletados diretamente no leito das participantes, durante os turnos da manhã e da tarde. Cada entrevista teve uma duração média de 10 minutos, realizadas em dias aleatórios ao longo do período de coleta. A quantidade de entrevistas por turno variou de duas a três, dependendo da disponibilidade das puérperas e de sua aceitação em participar da pesquisa. Em cada abordagem, a pesquisadora apresentou os objetivos do estudo, explicou o propósito do questionário e forneceu as devidas orientações às participantes.

#### **4.6 Análise de Dados**

As informações coletadas, de caráter qualitativo, foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, tomando como base os temas abordados nos relatos das informantes.

A análise de dados se deu em três momentos pré-análise (etapa de organização do material analisado com leitura flutuante dos enunciados sob a orientação das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, para a constituição do corpus);

exploração do material (seleção das falas dos informantes e organização das categorias ou núcleos temáticos) e interpretação dos resultados (Submissão do material explorado a um tratamento interpretativo e contextualizado). Sendo assim, após a leitura flutuante do material se deu a constituição do corpus, com base nos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência (Minayo; Guerriero, 2014).

Quanto aos dados quantitativos, eles foram analisados no Software Microsoft Excel 2019, por meio de gráficos e tabelas de frequência.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Caracterização das participantes

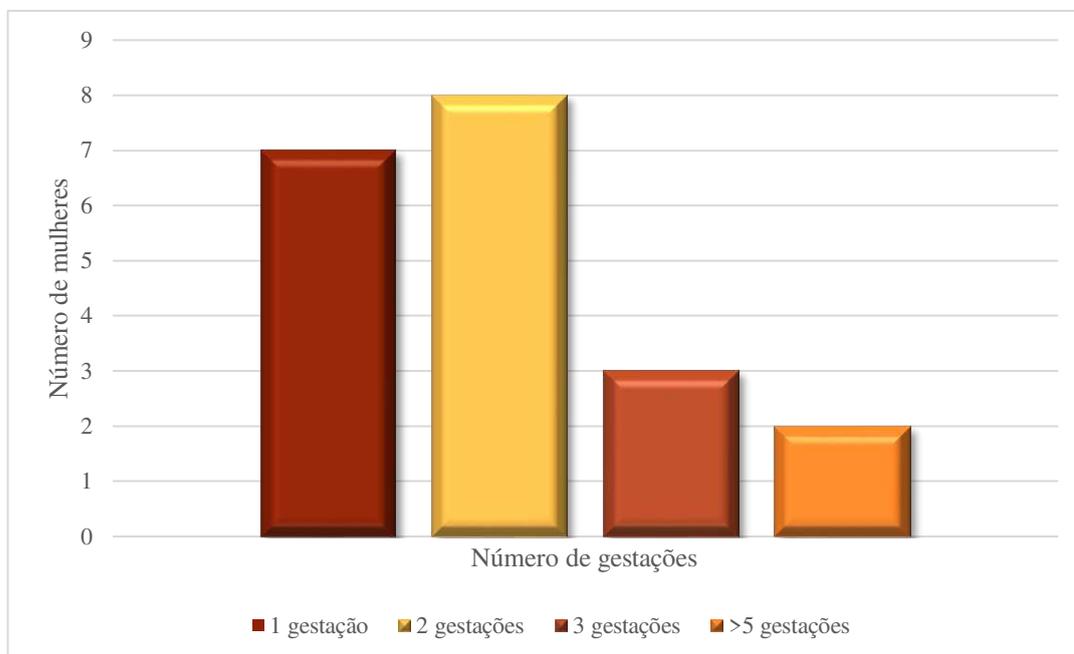
Inicialmente, foram coletados dados sobre a caracterização sociodemográfica das 20 parturientes envolvidas no estudo, considerando variáveis como faixa etária, estado civil, etnia, escolaridade, ocupação e procedência. Participaram da pesquisa 20 puérperas (100,0%), das quais a maioria tinha entre 18 e 34 anos (85,5%), era solteira (40,0%) ou vivia em união estável (40,0%) e autodeclaradas parda (55,0%). Quanto a escolaridade, 45,0% afirmaram possuir o ensino médio completo. E sobre a ocupação, 35,0% eram lavradoras, ressalta-se ainda que todas as puérperas eram provenientes do interior (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil das puérperas do município de Santa Inês, MA, 2024.

<b>Idade</b>		
<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
>34 anos	3	15,0
18 a 34 anos	17	85,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>		
Casada	4	20,0
Solteira	8	40,0
União estável	8	40,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Etnia</b>		
Branca	1	5,0
Parda	11	55,0
Preta	7	35,0
Indígena	1	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ens. Fund. Incomp.	1	5,0
Ens. Fund. Com	2	10,0
Ens. Méd. Incomp.	8	40,0
Ens. Méd. Comp.	9	45,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Ocupação</b>		
Autônoma	1	5,0
Dona de casa	7	35,0
Lavradora	6	30,0
Outros	6	30,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Procedência</b>		
Interior	20	100
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

**Fonte:** Autoria própria (2024).

**Gráfico 1** – Número de gestações de mulheres que pariram no Hospital Municipal Tomaz Martins, Santa Inês, MA, 2024.



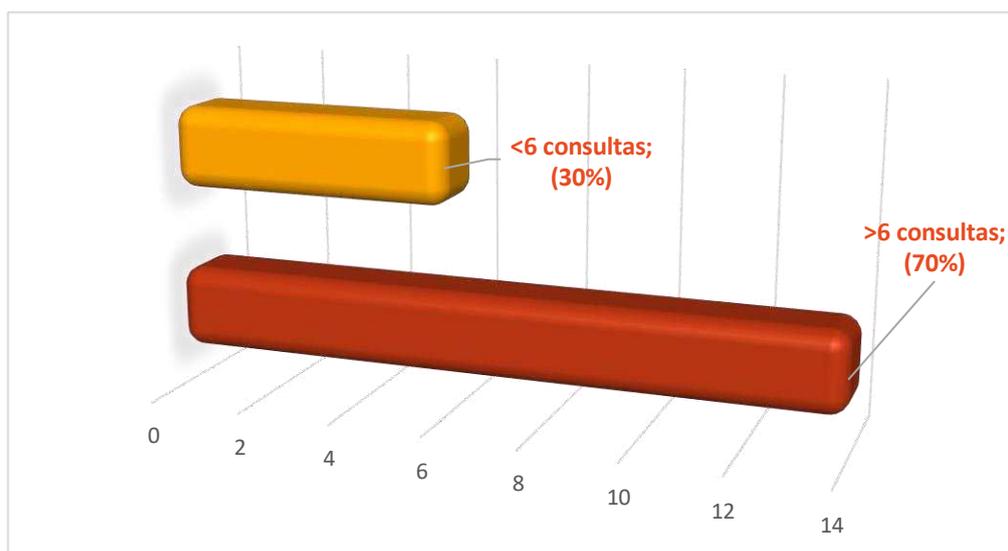
**Fonte:** Autoria própria (2024).

Quando questionadas sobre o número de gestação, constatou-se que sete (35%) das parturientes eram primigestas, seguidas por oito (40%) secundigestas. Observou-se, então, uma redução no percentual para as tercigestas, que representaram três (15%) das parturientes, enquanto aquelas com quatro ou mais gestações totalizaram duas mulheres (10%). Verificou-se, através do questionário, que todas realizaram o parto na posição litotômica, o que sugere que, mesmo entre as multíparas, não houve variação na posição adotada no período expulsivo.

Esses dados refletem uma possível carência de orientação durante o pré-natal quanto à escolha da posição de parto e aos direitos das gestantes a um parto humanizado, livre de intervenções desnecessárias, como a episiotomia.

Corroborando essa análise, Silva *et al.* (2019) destacam que, quanto mais informações são disponibilizadas à mulher, maior sua capacidade de se tornar protagonista no processo de nascimento. O preparo da gestante deve começar cedo, incluindo orientações sobre boas práticas, as diversas posições no período expulsivo, além das vantagens e desvantagens de cada uma. Esse conhecimento oferece uma base sólida para as escolhas da gestante, reduzindo riscos de danos materno-fetais e permitindo uma participação ativa no processo de parto.

**Gráfico 2** – Número de consultas pré-natal de mulheres que pariram no Hospital Municipal Tomás Martins, Santa Inês, MA, 2024.



**Fonte:** Autoria própria (2024).

Outra característica que foi avaliada nesse estudo, consiste na quantidade de consultas pré-natais realizadas pelas parturientes, considerando se foram menos ou mais de seis consultas, uma vez que as recomendações do Ministério da Saúde preconizam a realização de, no mínimo, seis consultas durante a gestação para garantir um acompanhamento eficaz da saúde materno-fetal. Dessa forma, os dados mostraram que 14 mulheres (70%) realizaram mais de seis consultas de pré-natal, enquanto 6 mulheres (30%) realizaram menos de seis.

Esses números indicam que a maioria das gestantes tem comparecido regularmente aos serviços de saúde para acompanhamento pré-natal. Entretanto, a porcentagem de 30% de mulheres que não atingiram o número mínimo de consultas é motivo de preocupação, pois a ausência de um acompanhamento pré-natal adequado pode aumentar o risco de complicações na gestação e no parto. Esse cenário reforça a importância de ampliar o acesso e incentivar a adesão ao pré-natal, visando reduzir riscos e melhorar os resultados para mães e bebês. Como destaca Leite (2020), a assistência pré-natal não deve se restringir a consultas e exames; é fundamental que ofereça acolhimento e identifique as principais necessidades da gestante, orientando-a sobre seus direitos desde o pré-natal até o parto. Esse suporte contribui para fortalecer o vínculo entre a gestante e a equipe multiprofissional que a acompanha.

### 1.1 5.2 conhecimento e percepções das parturientes acerca das posições maternas

Nesta categoria, têm-se como resultado que as puérperas em sua maioria não possuem um amplo conhecimento a respeito das diversas opções de posições durante o parto normal, informação que deveria ser fornecida durante o pré-natal. De acordo com Barbosa *et al.*, (2018), as gestantes que realizam o pré-natal devem ser orientadas sobre as posições de parto e seus direitos durante todo o processo gestacional na atenção primária. No entanto, algumas das puérperas entrevistadas relataram que não receberam esse conhecimento, mesmo durante o momento do parto.

**Tabela 2** – Aspectos clínicos e obstétricos de mulheres que pariram na posição de litotomia no Hospital Municipal Tomás Martins, Santa Inês, MA, 2024.

<b>Recebeu Informações no PN sobre a liberdade de posições durante o parto?</b>			
<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Sim		1	5,0
Não		19	95,0
<b>Total</b>		20	100,0
<b>Foi você quem escolheu a posição de parir?</b>			
	<b>N</b>	<b>%</b>	
SIM		2	10,0
NÃO		18	90,0
<b>Total</b>		20	100,0
<b>Teve laceração</b>			
SIM		12	60,0
NÃO		8	40,0
<b>Total</b>		20	100,0
<b>Teve episiotomia?</b>			
NÃO		13	65,0
SIM		7	35,0
<b>Total</b>		20	100,0
<b>Você teve acompanhante durante o trabalho de parto e parto?</b>			
SIM		17	85,0
NÃO		3	15,0
<b>Total</b>		20	100,0

**Fonte:** Autoria própria (2024).

Algumas participantes afirmaram que a posição litotômica foi a melhor, pois se sentiram confortáveis, conforme observado nos seguintes relatos:

*“Foi a melhor, me senti confortável” P5*

*“Sim, me senti bem no momento e era confortável” P20*

Enquanto outras participantes relataram que a posição litotômica foi a melhor, devido ao fato de não conhecerem outras posições.

*“Sim, por não ter conhecimento de outras posições” P2*

*“Sim, pois só conheço essa posição” P13*

*“Sim, desconhece outras posições de parir” P7*

Também foi possível observar na presente pesquisa que, outras mulheres também relataram que mesmo não conhecendo outras posições, a posição de litotomia não foi a melhor.

*“Não, mas não sei dizer qual posição seria melhor” P14*

*“Não, por não conhecer” P16*

E quanto questionado sobre a escolha das mulheres em relação a posição de parir, foi unânime a resposta das mesmas, que não poderiam escolher pelo fato de não terem conhecimento sobre esta temática. Ainda quando questionadas sobre outras posições de parir, apenas duas participantes afirmaram que conheciam o parto da água e outra relatou sobre a posição de cócoras, e 18 participantes não conheciam outras além da posição de litotomia. Da mesma forma, nenhuma das mulheres conseguiram responder quais os benefícios das posições.

## 6 DISCUSSÃO

Na tentativa de melhorar a assistência ao trabalho de parto, o Ministério da Saúde, em 2002, publicou o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que tem como objetivo principal devolver à mulher o protagonismo das ações sobre os momentos do pré-parto e parto. E dentre as medidas elencadas neste manual estão a estimulação da mulher na tomada de decisão em relação à posição de parto, bem como o uso de medidas alternativas não medicamentosas para o alívio da dor (Paiva *et al.*, 2018). E, para reforçar a necessidade de adotar medidas para melhorar a qualidade do parto, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha, que dentre as práticas recomendadas, tem-se a liberdade de posição e movimento pela parturiente, no entanto, apesar das recomendações, um estudo nacional de base hospitalar, que incluiu 23.894 mulheres, revelou que a posição de litotomia ainda é prevalente, sendo adotada por mais de 90% das parturientes de risco habitual, mesmo diante dos benefícios das posições verticalizadas para o binômio mãe-filho (Leal *et al.*, 2014; Farias, 2020).

O fato é que existem variadas posições que podem ser adotadas durante o trabalho de parto; nas posições horizontais, pode-se adotar a supina ou litotomia, decúbito lateral esquerdo (também conhecido como posição Sims), essas apresentam como benefício a redução do uso de ocitocina, de episiotomia, perda de sangue materno, traumas perianais devido ao prolongamento do período de distensão, assim permitindo que o períneo se distenda aos poucos sem que haja rompimento (Paiva *et al.*, 2018).

Em outro estudo também foi evidenciado que a posição de *Sims*, quando comparado com o decúbito dorsal, está associado à diminuição significativa na incidência de parto instrumental, aumento da incidência de períneo íntegro e efeito protetor em relação a lacerações perineais graves (Oliveira *et al.*, 2020).

Silva e Silva (2019) ainda elencam que, nas posições horizontais, a mais recomendada é o decúbito lateral esquerdo (DLE). Essa posição pode reduzir a necessidade de ocitocina, episiotomia e a perda de sangue materno. Além disso, pode prevenir traumas perineais devido ao prolongamento do período de distensão, permitindo que o períneo se estenda gradualmente, sem rompimentos. É considerada a posição padrão ao buscar evitar hipotensão e melhorar a oxigenação fetal durante o período expulsivo, proporcionando conforto devido à melhoria na oxigenação.

No campo das posições verticais, há uma variedade maior, e os principais benefícios registrados nos artigos em estudo foram o favorecimento a expulsão do feto, diminuição dos

scores de dor quando comparado com outras posições utilizadas em partos normais, como a litotomia. A posição ainda traz o benefício de tornar mais eficaz o protagonismo da mulher e a diminuição da necessidade de intervenções obstétricas, como a episiotomia, além de auxiliar na força da gravidade, proporcionando um aumento do diâmetro da pelve (Amaro *et al.*, 2021; Vaz *et al.*, 2021).

Silva e Silva (2019) cita que dentre as posições verticais possíveis de serem adotadas durante o trabalho de parto pode ser a sentada em bancos, semi-sentada em cadeiras de parto, cócoras (CC), posição de agachamento, sentada, Posição Inglesa ou Gaskin (conhecida como de quatro), e Semi-Fowler. Em outro estudo, os pesquisadores compararam a posição de cócoras durante o parto com posições litotômicas. No primeiro estudo, 500 mulheres adotaram a posição de cócoras (grupo experimental), e dentre essas, 22 (44%) apresentaram o períneo íntegro. Em comparação, apenas 29 (17%) das mulheres que adotaram posições litotômicas mantiveram o períneo íntegro (Rocha *et al.*, 2020).

A posição semi-sentada, na qual a mulher assume uma posição sentada em uma cadeira específica para o parto, com o encosto das costas inclinado aproximadamente 30° e as pernas afastadas e flexionadas. Essa posição é considerada vertical devido à inclinação do encosto. É conhecido que as contrações uterinas são mais frequentes e intensas na posição vertical, o que contribui para uma eficácia aumentada no trabalho de parto, com menor fadiga para a mulher (Nilsen *et al.*, 2011).

A mulher também pode adotar outras posições, como a posição em pé, que de acordo com a literatura é altamente ergonômica, pois permite que a ação da gravidade intensifique as contrações e os puxões maternos, facilitando o descenso do feto pela cavidade pélvica. Essa posição está correlacionada ao menor risco de lesões no esfíncter anal durante o parto (Zang *et al.*, 2020). Por outro lado, ela também alivia os vasos uterinos e a veia cava inferior do peso do feto e do útero em contração, prevenindo possíveis reduções no fluxo sanguíneo materno e isquemia placentária, fatores que poderiam resultar em sofrimento fetal (Huang *et al.*, 2019). Embora todas as posições verticais estimulem a frequência das contrações, é importante observar que essa abordagem pode ser inconveniente para os profissionais de saúde que precisam visualizar ou assistir ao processo de parto (Louwen *et al.*, 2017; Zang *et al.*, 2020).

Há ainda a posição semi-reclinada, que se tornou popular no século XVII, em grande parte devido à influência de Mauriceau, um dos primeiros barbeiros-cirurgiões a se envolver ativamente na obstetrícia (Huang *et al.*, 2019). Essa preferência pode estar relacionada ao

surgimento da litotomia durante o mesmo período, que demandava uma visão precisa do períneo. A posição semi-reclinada permite que a mulher permaneça visível e oferece maior controle no decorrer do processo (Huang *et al.*, 2019; Zang *et al.*, 2020).

Ressalta-se que ao adotar a posição de agachamento ou utilizar um banco ou bola de parto, a coluna mantém-se ereta e as coxas são abduzidas, contribuindo para a abertura máxima da pelve ao direcionar o peso para baixo no sacro (Huang *et al.*, 2019). A sínfise púbica e as articulações sacroilíacas projetam-se para fora durante o movimento, juntamente com o recuo do sacro e cóccix (Desseauve *et al.*, 2019). Dessa forma, o agachamento resulta em um aumento de 28% no tamanho da saída pélvica (Huang *et al.*, 2019; Musie *et al.*, 2019).

Finalmente, a posição ajoelhada ou de quatro apoios auxilia no alívio da tensão nas costas e melhora a eficácia dos esforços expulsivos durante o segundo período do trabalho de parto, embora muitas mulheres possam não conseguir manter essa posição por longos períodos (Huang *et al.*, 2019; Zang *et al.*, 2020).

Diante disso, Ferrão e Zagão (2017) falam que diversos fatores podem facilitar ou inibir a promoção da deambulação e a adoção de posições verticais. Estes fatores incluem o ambiente em que ocorre o trabalho de parto, a assistência fornecida pelas parteiras, o conhecimento da mulher sobre os benefícios dessas práticas e sua capacidade de decidir de maneira informada sobre intervenções rotineiras que interferem em sua liberdade de movimento e posicionamento.

De acordo com Ferrão e Zagão (2017), o corpo durante a gravidez, mantendo equilíbrio com a força gravitacional e o ângulo de incidência do útero, favorece os mecanismos de encaixe e descida fetal, tanto pelo polo de apresentação na pelve materna quanto pelo apoio direto da cabeça fetal sobre o colo uterino. Assim, as posições verticais possibilitam o relaxamento do períneo, e os ossos sacroilíacos podem se deslocar, ampliando os diâmetros dos estreitos da bacia por meio do movimento de contranatação, que aumenta o estreito superior (relevante na fase de encaixe), e de natação, que amplia os estreitos médio e inferior (essenciais nas fases de descida e expulsão do feto).

Ainda sobre a posição vertical, Barbosa (2018), em seu estudo afirma que a utilização de posições verticais durante o trabalho de parto e o parto oferece benefícios tanto em termos de aproveitamento da gravidade quanto na otimização dos diâmetros pélvicos maternos. Essas posições induzem e facilitam a retificação do canal do parto, proporcionam um alinhamento adequado do feto na bacia materna, intensificam os esforços maternos de expulsão e auxiliam no desprendimento fetal. Recomenda-se, de preferência, a aplicação dessas posições durante a

assistência ao parto.

Ao levar em conta as melhores evidências científicas disponíveis, a posição vertical demonstra vantagens, incluindo a redução da duração do período expulsivo e da queixa de dor intensa durante o mesmo, além de diminuir o número de partos operatórios, a necessidade de episiotomia e o registro de alterações no batimento cardíaco fetal. Dessa forma a verticalização do parto reduz significativamente a duração média do primeiro período do trabalho de parto (em 2 horas a menos) e está associada à não necessidade de analgesia epidural, assim como a uma menor probabilidade de parto por cesariana (Gams *et al.*, 2019)

Há ainda de se ressaltar a ocorrência de trauma perineal, uma vez que 85% das mulheres que realizam parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, incluindo lesões das estruturas de suporte de tecido conectivo da pelve. Esses traumas são oriundos de lacerações perineais espontâneas ou de episiotomia. Tais lesões, em curto prazo, podem ocasionar aumento da perda sanguínea, necessidade sutura e dor perineal no pós-parto. Além disso, o trauma perineal é um importante fator de risco para o surgimento de disfunções do assoalho pélvico, tais como incontinências urinárias e fecal, impactando negativamente na qualidade de vida da mulher (Martins, 2020).

Diante disso, Martins (2020) ressalta que a ocorrência de trauma perineal durante o trabalho de parto vaginal é multifatorial, e que alguns desses fatores não são passíveis de intervenção, tais como o peso do recém-nascido ou a nuliparidade. Entretanto, outros são modificáveis e condutas alternativas têm sido propostas para minimizar os possíveis efeitos negativos do parto vaginal, como a adoção da posição verticalizada. Assim, os danos perineais durante o parto vaginal podem ser prevenidos por meio de uma assistência adequada, que inclui a adoção de práticas diferentes, como limitação do uso de episiotomia, de ocitócitos e da posição horizontal, pois nesse cenário, associa-se que o tônus muscular da vagina depende mais do exercício e da consciência da parturiente, envolvendo sua capacidade de contração e relaxamento, do que de procedimentos cirúrgicos de rotina, estes muitas vezes favorecidos pela posição horizontal (Barbosa, 2018).

Outro aspecto muito importante durante o trabalho de parto e parto, é a sensação dolorosa, e a posição no parto é um fator que pode interferir na intensidade dessa dor. Uma análise de 20 ensaios clínicos sobre posições adotadas no segundo período do parto concluiu que a posição vertical ou lateral resulta em menor sensação de dor intensa durante o período expulsivo, em comparação com as posições supina ou em litotomia. Partos realizados em várias

posições verticais demonstraram uma diminuição na duração do período expulsivo em comparação com partos realizados em litotomia. A redução do tempo expulsivo, das taxas de parto assistido e de episiotomia reforça a ideia de que os esforços no período expulsivo são mais eficientes em posições verticais (Martins, 2020).

Em outra pesquisa clínica qualitativa envolvendo 10 puérperas, observou-se que os benefícios da posição vertical estão associados à necessidade de maior participação ativa das mulheres no processo de parto, juntamente com a percepção de que essa posição é mais confortável e favorece a expulsão do feto (Amaro *et al.*, 2021).

### **6.1 Principais contraindicações de determinadas posições maternas durante o trabalho de parto**

A importância destacada pela Organização Mundial da Saúde reside na necessidade de oferecer informações imparciais às mulheres sobre as diferentes posições de parto. Isso permite que elas tomem decisões autônomas sobre o método de parto, sem a influência profissional atuando como um fator restritivo na escolha da postura materna. O objetivo é capacitar a mulher para que ela escolha a posição que considera mais confortável e menos dolorosa durante o trabalho de parto (Silva; Silva, 2019).

Diante disso, dentre algumas posições que não são recomendadas às parturientes, cita-se a posição de litotomia dorsal durante o trabalho de parto e parto. Sobre esta posição, Silva *et al.*, (2020) ressalta que a mesma tem um enfoque intervencionista, mantendo o modelo biomédico, subtraindo a autonomia e direito da mulher de vivenciar o parto fisiológico.

No cenário brasileiro, destaca-se a predominância da posição litotômica durante o período expulsivo do parto, sendo adotada por 91,7% das mulheres com risco habitual. Essa tendência está associada ao modelo tecnocrático de assistência, que concebe o parto como um evento essencialmente de risco. Esse princípio ainda sustenta a elevada prevalência de intervenções desnecessárias e práticas prejudiciais, carentes de embasamento científico, presentes na maioria dos serviços de saúde (Silva *et al.*, 2019).

Entretanto, de acordo com estudos sobre a fisiologia do parto, essa posição, quando comparada às posições verticais, apresenta desvantagens como a redução das dimensões da pelve, compressão da aorta e ausência do efeito gravitacional. Adicionalmente, a posição horizontal limita a movimentação da mulher e sua interação com o profissional responsável

pelo parto, ao passo que a posição vertical proporciona uma sensação de maior conforto e permite sua participação mais ativa ao longo do processo (Desseauve *et al.*, 2017; Odent, 2016).

Paiva *et al.*, (2018) afirma que nas posições horizontais a parturiente pode sofrer estrangulamento dos grandes vasos sanguíneos, o que dificulta a troca gasosa entre a mãe e o bebê, acarretando na falta de eficiência das contrações uterinas, o que corrobora para o prolongamento do trabalho de parto, da dor e o aumento das intervenções cirúrgicas.

Outra posição não recomendada é a dorsal, em estudo realizado em uma maternidade de baixo risco, os partos nesta posição tiveram maior associação com a episiotomia (Sobieray; Souza, 2019). Outros estudos também enfatizam que a posição dorsal é desaconselhável ou não recomendada (Ballesteros *et al.*, 2016; WHO, 2018).

O parto é um processo fisiológico natural, porém complexo e desafiador para a mulher.

A escolha do posicionamento durante o trabalho de parto assume um papel fundamental na qualidade da assistência prestada à mãe e ao concepto. Diversos estudos comprovam que a livre escolha da posição materna durante o trabalho de parto traz benefícios para a mãe e para o bebê.

Segundo Palma e Donelli (2017), entre as práticas que podem ser evitadas incluem-se o uso excessivo de ocitocina, a realização desnecessária de episiotomia, exames vaginais repetitivos ou frequentes, especialmente por múltiplos prestadores de serviços, demoras na assistência obstétrica, restrições indevidas de hidratação e alimentação durante o trabalho de parto, impedimento da livre movimentação e posicionamento da parturiente, bem como a aplicação rotineira de analgesia peridural e a utilização da manobra de Kristeller.

Diante disso, alguns aspectos são relevantes para a melhoria da assistência prestada, assim, cita-se a facilidade do trabalho de parto. Ferrão (2016) em seu estudo fala que posições que promovem a verticalidade, como ficar em pé, de cócoras ou usar bolas de parto, pode facilitar a descida do feto pela pelve e a gravidade pode auxiliar no movimento descendente, reduzindo a duração do trabalho de parto.

Outros estudos mostram que o posicionamento adequado melhora a perfusão sanguínea, garantindo um suprimento adequado de oxigênio e nutrientes para o feto, bem como reduz o risco de intervenções obstétricas (Gonçalvez, 2020; Martins, 2010).

Ressalta-se ainda a importância de o profissional promover o vínculo da mãe e do bebê, dessa forma facilitar o contato físico entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto, por meio de posições que permitam o contato pele a pele, promove a formação do vínculo mãe-

filho e pode ter benefícios para a amamentação e o bem-estar do bebê.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral descrever a percepção das puérperas em relação à adoção da posição litotômica durante o trabalho de parto e parto. Após a análise dos resultados e sua comparação com a literatura existente, concluiu-se que o objetivo proposto foi alcançado.

Entre os principais resultados, constatou a necessidade de melhorias no preparo e na orientação das gestantes durante o pré-natal, especialmente no que se refere à escolha da posição de parto e aos direitos relacionados ao parto humanizado. A predominância da posição litotômica entre as parturientes, independentemente do número de gestações, reflete uma possível carência de informações e práticas que promovam a autonomia da mulher no momento do parto.

Por outro lado, em relação à assistência pré-natal, observou-se que a maioria das puérperas (70%) realizou mais de seis consultas durante o acompanhamento gestacional. Contudo, a frequência de consultas não foi associada à orientação ou ao estímulo para a adoção de posições verticais durante o parto. Esse achado evidencia uma lacuna na abordagem educativa durante o pré-natal, especialmente no que se refere à liberdade de escolha da posição no parto.

Adicionalmente, a parcela significativa de 30% de mulheres que não alcançaram o número mínimo de consultas pré-natais é motivo de preocupação, pois indica possíveis barreiras de acesso ou falhas no engajamento das gestantes. A ausência de um acompanhamento pré-natal adequado pode acarretar riscos à saúde materno-fetal, ressaltando a necessidade de intervenções que ampliem o acesso, promovam maior adesão e qualifiquem a assistência oferecida, garantindo melhores desfechos para mães e bebês.

Os achados deste estudo oferecem contribuições tanto teóricas quanto práticas, com relevância acadêmica, social e assistencial. No âmbito teórico, a pesquisa destaca a importância de ampliar a discussão sobre as posições que podem ser adotadas durante o trabalho de parto e parto, uma temática ainda pouco explorada, mas que apresenta significativos benefícios para as gestantes. A abordagem desse tema pode incentivar novas pesquisas e fomentar reflexões sobre práticas humanizadas no parto.

Referente as contribuições práticas, os resultados reforçam a importância da atuação dos enfermeiros obstétricos no estímulo à adoção de posições verticais durante o parto. Essa orientação, respeitando as limitações individuais de cada gestante e explicando os benefícios

associados a essas posições, pode aumentar a autonomia e a segurança das mulheres no momento do parto. Sendo que, segundo as percepções das parturientes a participação da enfermagem obstétrica na referida realidade local ainda se encontra incipiente e restrita à rotina institucional, sem a incorporação de práticas respaldadas nas melhores evidências científicas da atualidade.

Como limitações do estudo, destaca-se o tamanho reduzido da amostra, consequência da recusa de muitas gestantes em participar da pesquisa, bem como da exclusão de menores de idade, o que resultou em um número limitado de puérperas entrevistadas. Outro fator limitante refere-se à ausência de acompanhamento longitudinal das gestantes durante o pré-natal, o que poderia ter permitido uma análise mais detalhada da relação entre a assistência pré-natal recebida e as escolhas feitas durante o trabalho de parto. Além disso, muitos estudos concentram-se exclusivamente na posição litotômica, sem explorar ou comparar outras posições possíveis, o que limita a compreensão dos benefícios e das desvantagens associadas a cada uma.

Portanto, torna-se imprescindível a realização de futuras pesquisas com amostras mais amplas e diversificadas, utilizando metodologias que permitam uma análise aprofundada das práticas assistenciais e das orientações fornecidas no pré-natal e no parto. Além disso, recomenda-se a condução de estudos subsequentes em instituições localizadas em diferentes estados, visando uma avaliação mais abrangente que contemple a perspectiva de puérperas pertencentes a faixas etárias distintas e a contextos culturais diversificados, de modo a aprimorar a análise da assistência prestada pelos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Fabrício Santos Dias de; Pederiva, Patrícia Lima Martins. **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento humano: A adolescência em questão**. 2023. Disponível em: DOI: 10.51207/2179-4057.20230035. Acesso em: 20 de outubro de 2024.
- AMARO, Cláudia Isabel Taborda *at al.* Benefícios da verticalização do parto. 2021. **Revista INFAD de Psicología**. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 1. 491-502. 10.17060/ijodaep. 2021.n1.v1.2130.
- BACHILLI, Martha Colvara; ZIRBEL, Ilze; HELENA, Ernani Tiaraju de Santa. Autonomia relacional e parto humanizado: O desafio de aproximar desejos e práticas no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310130, 2021. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310130>. Acessado no dia 18 de julho de 2024.
- BARBOSA, Mariana Santos. Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**. Salvador, v. 8, n. 8, p. 72-80, jul./dez. 2018. Disponível em: [posicoes-de-parto-vaginal-e-prevencao-de-traumas-perineias-v-8-n-8.pdf](http://posicoes-de-parto-vaginal-e-prevencao-de-traumas-perineias-v-8-n-8.pdf). [atualizarevista.com.br](http://atualizarevista.com.br)). Acessado no dia 18 de julho de 2024.
- BAVARESCO, Gabriela Zanella; Almeica, Berta; De Souza, Renata Stefânia Olah; Sabatino, José Hugo; Dias, Mirella. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciênc. saúde coletiva** v. 16, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800025>. Acesso em: 25 de setembro de 2024.
- BEZERRA, Alessandro Gonçalves et al. Relação entre posição de parto e grau de laceração perineal. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 08, n. 08, v. 04, p. 114-132, ago. 2023. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saúde/posição-de-parto. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/posicao-de-parto>>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão. **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto, 2006**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300016>. Acesso em: 11 de setembro de 2024.
- BEZERRA, N. C. et al. Water birth related conduits: a literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e39791110153, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.10153. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10153>. Acesso em: 27 out. 2024.
- BRAGA, Lorena Pinheiro et al. Intercorrências maternas relacionadas às posições corporais durante o parto: revisão integrativa. In: **Saúde a serviço da vida**. 1. ed. Maio 2022. cap. 23. Acesso em: 16 de julho de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal versão preliminar**. BRASÍLIA – DF 2022. Disponível em: [https://saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2024/10/diretriz\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2024/10/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 16 de julho de 2024.

2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto aborto e puerpério: Assistência humanizada àsaúde.** Brasília / DF: Ministério da Saúde, 2003. 199 p. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. (C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: [https://saude.gov.br/04\\_0209\\_M.indd](https://saude.gov.br/04_0209_M.indd). Acesso em: 23 jul. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo sobre Rede Cegonha.** São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2011, p. 22. Disponível em: ROTOCOLO DA REDEGONHA. Acesso em: 15 out. 2024.

CAMARGO, Joyce da Costa Silveira de et al. Demandas de autocuidado no parto na água: estudo qualitativo. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2023, v. 36, eAPE02601. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AO02601. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02601>. Acesso em: 26 set. 2024.

CARVALHO, Sidiane Aparecida. **A importância do parto normal para a mulher.** 2013. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em [área do curso]) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AEPLAD/1/tcc\\_sidiane.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AEPLAD/1/tcc_sidiane.pdf). Acesso em: 12 set. 2024.

CAVALCANTE, L. G. et al. Estratégias do enfermeiro obstetra para diminuição dos métodos intervencionistas durante o parto normal. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e49510211896, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.11896. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11896>. Acesso em: 19 nov. 2024.

COSTA, Aline Caraméz et al. Liberdade de movimentos e posicionamentos no parto com as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm**, 2023, v. 28, e84830. DOI: 10.1590/ce.v28i0.84830. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84830>. Acesso em: 12 set. 2024.

DA SILVA, Gabriela Oliveira; GOMES, Matheus Dorneles; DE JESUS RIBEIRO, Milena Soares. Evolução histórica do parto humanizado. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 2, n. 35, p. 56-65, 2022. Acesso em: 12 de setembro de 2024.

DC STUDIO. Multi ethnic medical team delivering child for woman in labor laying in bed at maternity. 2024. Disponível em: <<https://stock.adobe.com/es/images/multi-ethnic-medical-team-delivering-child-for-woman-in-labor-laying-in-bed-at-maternity-young-adult-with-contractions-giving-birth-to-baby-in-hospital-ward-with-husband-doctor-and-nurse/465919817>>. Acesso em: 18 ago. 2024.

DESSEAUVE, David et al. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and**

**Reproductive Biology**, v. 208, p. 46-54, 2017.

DE SOUSA, J. L.; DA SILVA, I. P.; GONÇALVES, L. R. R.; NERY, I. S.; GOMES, I. S.; SOUSA, L. F. C. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, 2018. Disponível em: <https://revbaianaenferm.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27499>. DOI: 10.18471/rbe.v32.27499. Acesso em: 24 nov. 2024.

DOS SANTOS, Amanda Buchner Pereira; DE BIAGI, Juliana; DE ANDRADE, Rafaella Verbiski. Frequência de lesões perineais nos partos vaginais após implementação do Programa de Humanização do Parto. **Femina**, v. 46, n. 6, p. 405-412, 2018. Acesso em: 12 de setembro de 2024

FARIAS, Laryssa Miranda Vidal Cavalcante. **Posições maternas e sua influência no desfecho do parto e nascimento: um estudo caso-controle**. 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/53154>. Acesso em: 12 de setembro de 2024.

FERRÃO, Ana Cristina; ZANGÃO, Otília Brites. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. **Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento**, v. 3, n. 1, p. 886, 2017.

FERRÃO, Ana Cristina Canhoto. **Mover para melhor nascer: liberdade de movimentos e posições verticais no primeiro estágio do trabalho de parto**. 2016. Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora.

FERREIRA, Maiumi Souza Cruz; SILVA, Priscila De Lima; PEREIRA, Vanderson Barreto. Um Olhar sobre a Experiência do Parto: Trajetória, Possibilidades e Repercussões. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 26, n. Especial, p. 416–427, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18065/2020v26ne.6>. Acesso em: 28 nov. 2024. FIGUEIREDO, Cecília. **Resolução do CRM-SC proíbe médico de ajudar em parto fora do hospital**. 03 de setembro de 2019. Disponível em: Resolução do CRM-SC proíbe médico de ajudar em parto fora do | Geral. Acesso em: 12 set. 2024.

GAMS, Becky; NEERLAND, Carrie; KENNEDY, Sheila. Reducing primary cesareans: an innovative multipronged approach to supporting physiologic labor and vaginal birth. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**, v. 33, n. 1, p. 52-60, 2019.

GARRETT, Ana Rita Dias. **O papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na implementação do plano de parto**. 2023. Tese (Doutorado) – Escola Superior de enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/45043>. Acesso em: 12 set. 2024.

GONÇALVES, Mariana Rainho. **A influência da deambulação durante o trabalho de parto na percepção da dor materna**. 2020. Tese de Doutorado.

GUILFORD, Lauren. **Fotografia de nascimento em memória de Saddleback**, 2021. Disponível em: Fotografia de parto em Saddleback Memorial — Fotógrafa de parto e doula em Los Angeles. Acesso em: 15 out. 2024.

HUANG, Jing et al. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. **International journal of nursing sciences**, v. 6, n. 4, p. 460-467, 2019.

IRONSIDE, Shauna. **Como se preparar para o parto**. 2024 Healthy Mumma. Disponível em: <<https://www.healthymumma.com/blog/how-to-prepare-for-birth>>. Acesso em: 20 out. 2024.

KLEIN, Bruna Euzebio; GOUVEIA, Helga Geremias. Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>. Acesso em: 25 out. 2024.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17- 32, 2014.

LOUWEN, Frank et al. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans?. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 136, n. 2, p. 151-161, 2017.

LIMA, Brenda Monyque Silva et al. Métodos não farmacológicos no parto normal. **Ciências da Saúde**, v. 28, Edição 135, jun. 2024. DOI: 10.5281/zenodo.11536891. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.11536891>. Acesso em: 14 set. 2024.

MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32(2), e320221, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320221>. Acesso em: 23 de julho de 2024.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M., 2017. Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisa/pesquisa bibliográfica/teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalhos de conclusão de curso. São Paulo: Atlas.

MARTINS, Joana Margarida Santos. **A influência das posições verticalizadas na incidência do trauma perineal**. 2020. Tese de Doutorado.

MEDEIROS, R. M. K. et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2019, v. 40, e20180233. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em: 23 de julho de 2024.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; FIGUEIREDO, Grazielle; CORREA, Áurea Christina de Paula; BARBIERI, Márcia. **Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição**. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acessado em 21 de outubro de 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MINAYO, MCS; GUERRIERO ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1103-1112, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>. Acessado em 21 de outubro de 2024. MINISTÉRIO DA SAÚDE-MS. Secretaria executiva. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: MS, 2002.

MIRANDA, David. **World Press Photo 2022: O melhor fotojornalismo da América do Norte e Central**. 01 de abril de 2022. Disponível em: World Press Photo 2022: o melhor fotojornalismo da América do Norte e Central. Acesso em: 10 out. 2024.

MUSIE, Maurine R.; PEU, Mmapheko D.; BHANA-PEMA, Varshika. Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2019.

NILSEN, Evenise; SABATINO, Hugo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 557-565, 2011.

NOGUEIRA, Alexandra et al. O parto na água: um novo paradigma do nascer. **HHIGEIA: Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**, ano 1, v. 1, n. 1, p. 31-48, 2019. ISSN 2184-5565. Acessado em 21 de julho de 2024.

NOTÍCIAS. CN1 no Google. **Maternidade Regional de Camaçari realiza primeiro parto de cócoras**. 23 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://www.cn1.com.br/noticias/11/114636,maternidade-regional-de-camacari-realiza-primeiro-parto-de-cocoras>. Acesso em: 25 out. 2024.

ODENT, Michel. Pode a humanidade sobreviver à medicina. **Tradução de Izabel Aleixo Laura Uplinger**, v. 1, 2016.

OLINDA. Secretaria de Saúde. Programa Mãe Olinda. 8 maio 2009. Disponível em: <https://www.flickr.com/.../programa-mae-olinda>>. Acesso em: 18 ago. 2024.

OLIVEIRA, Amanda Nunes et al. Mulher e a posição corporal no processo de parturição: realidade de um hospital universitário. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e834997968-e834997968, 2020.

PAIVA, Eline Feitosa et al. Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. **Itinerarius Reflectionis**, v. 14, n. 4, p. 01-21, 2018.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018. p.1039-1061 Acessado em 21 de junho de 2024.

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>. Acesso em 09 jun. 2024.

PIGLIA, Sydney. **Programa de obstetrícia aborda a mortalidade no parto**. 8 de março de 2024. Disponível em: Programa de obstetrícia combate à mortalidade no parto - The Maroon. Acesso em: 10 out. 2024.

PINHEIRO, Chloé. **Parto normal: as posições que facilitam o nascimento do bebê**. *Bebê.com.br*, 29 mar. 2018. Disponível em: <<https://www.bebe.com.br>>. Acesso em: 10 out. 2024.

ROCHA, André de Jesus Sá Costa. *et al.* POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER: um breve histórico. **VIII Jornada Internacional Políticas Públicas**. 2017. São Luís: Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/politicasdeatencaoasaudedamulherumbrevehistorico.pdf>. Acessado em 21 de julho de 2024.

ROCHA, Penha Maria Mendes; FUKS, Betty Bernardo. Vivências traumáticas no ciclo gravídico-puerperal. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 22(4), 725-748, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2019v22n4p725.5> Acesso em: 12 de setembro de 2024.

ROCHA, B. D.; ZAMBERLAN, C.; PIVETTA, H. M. F.; SANTOS, B. Z.; ANTUNES, B. S. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>. Acesso em: 10 maio 2024.

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes Da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 125, p. 556–568, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>. Acesso em: 28 nov. 2024.

RODRIGUES, C.; PIERIN, H. K.; FERREIRA, M. F.; GARCIA, L. M.; MARTINI, M. B. Conhecimento das puérperas em relação ao parto humanizado e às vias de parto. *Femina*, v. 51, n. 3, p. 161-166, 2022. Disponível em: <https://biblio-1428726>. Acesso em: 10 out. 2024.

SILVA, A. B. B.; SILVA, N. B. P. P. Posições de parto e a sua influência no alívio da dor: uma revisão integrativa. *Revista de Ciências da Saúde*, São Luís, v. 21, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/11317>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SILVA, Rafaela Camila Freitas da; SOUZA, Bruna Felisberto de; WERNET, Monika; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; ASSALIN, Ana Carolina Belmonte; BUSSADORI, Jamile Claro de Castro. **Satisfação no parto normal: encontro consigo**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170218>. Acesso em: 12 jun. 2024.

SOARES, Jéssica de Freitas et al. A influência das posições maternas durante o parto normal e seus desfechos: uma revisão integrativa. **Ciências da Saúde**, v. 28, ed. 132, mar. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10864018>. Acesso em: 12 set. 2024.

SOBIERAY, Narcizo Leopoldo Eduardo; DE SOUZA, Bruna Medeiros. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR/Prevalence of episiotomy and perineal complications when executed or not in a low-risk maternity of the HC/UFPR hospital complex. **Arquivos médicos dos hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, p. 93-99, 2019.

SOLO INFANTIL. **Parto normal: o que é, cuidados necessários, tipos e tudo que você precisa saber**. 2024. Disponível em: <[https://soloinfantil.com/gestante/parto-normal/#google\\_vignette](https://soloinfantil.com/gestante/parto-normal/#google_vignette)>. Acesso em: 10 out. 2024.

SOUSA, J. V.; OLIVEIRA, M. S.; ENCARNAÇÃO, S. C. Influência da escolha do parto pelas gestantes. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2022/04/influencia-da-escolha-do-parto-pelas-gestantes-v-1-n-2.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcela Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acesso em: 23 jul. 2024.

TORRES, Mariana; VINAGRE, Cláudia; GOLDINHO, Ana Beatriz; CASAL, Ester; PEREIRA, Alcides. Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 12, n. 4, p. 277-283, 2018. Acesso em: 20 jan. 2024.

VAZ, Virgínia Braz da Silva; RODRIGUES, Marília Tavares; MARTINS, Nathalia Quiel Barros; RIGONATO, Gabriela Oliveira de Moura; CARVALHO, Matheus Henrique Junqueira de; NASCIMENTO, Gabriela Flores do; NASCIMENTO, Nathália Flores do. Benefícios da posição verticalizada no parto normal. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 18533-18539, set./out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-004>. Acesso em: 25 out. 2024.

VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/311420444>. Acesso em: 11 set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

ZANG, Yu et al. Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 76, n. 12, p. 3293-3306, 2020.

ZUGAIB, Marcelo (ed.); FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira (ed. assoc.); [Ilustrações Sirio José Braz Cançado]. **Zugaib Obstetrícia**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2016. Acesso em: 25 out. 2024.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### VICÊNCIA DO PARTO NORMAL: PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS SOBRE POSIÇÕES DE PARTO ADOTADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SANTA INÊS – MA

Grupo: (1) Vertical (2) Não vertical

#### SEÇÃO 1 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

**1.1 Idade:** [ ] anos

( 2 ) 18 – 34 anos ( 3 ) >34 anos

**1.2 Estado civil:**

( 1 ) casada ( 2 ) solteira ( 3 ) separada ( 4 ) viúva ( 5 ) união consensual

**1.3 Cor/raça:**

( 1 ) branca ( 2 ) amarela ( 3 ) indígena ( 4 ) negra ( 5 ) parda ( 6 ) não informado

**1.4 Escolaridade:** [ ] anos de Estudo

( 0 ) nenhuma ( 1 ) ensino fundam. Incompleto ( 2 ) ensino fundam. Completo

( 3 ) ensino médio incompleto ( 4 ) ensino médio completo (5) superior incompleto

(6) superior completo (7) não informado

**1.5 Ocupação:** \_\_\_\_\_

**1.6 Procedência:**

( 1 ) Capital ( 2 ) Interior

#### SEÇÃO 2 - VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

**Histórico obstétrico**

2.1 Número de gestações: (G \_\_\_;P \_\_\_;A \_\_\_)

2.2 Número de consultas de pré-natal: [\_\_\_\_\_]

2.3 Recebeu Informações no PN sobre a liberdade de posições durante o parto?

(1) Sim (2) Não. Se sim, de quem \_\_\_\_\_

**PARTO**

**2.13 Hora que entrou no período Expulsivo:** [\_\_\_\_] [\_\_\_\_]

**2.14 Hora do nascimento:** [\_\_\_\_/\_\_\_\_]

**2.15 Posição de parto:**

( 1 ) Cócoras ( 2 ) Sentada com apoio (banqueta) ( 3 ) Sentada sem apoio ( 4 ) Pé ( 5 )  
semisentada ( 6 ) litotomia ( 7 ) Outra : \_\_\_\_\_

### QUESTÕES ABERTAS

1. Foi você que escolheu a posição de parir?
2. Para você essa foi a melhor posição de parir? Por que?
3. Você acha que poderia ter escolhido outra posição? Por que?
4. Você conhece as posições de parir? Fale para mim.
5. Você já teve outros filhos antes? Se sim, quais posição você adotou para parir?
6. Você teve laceração? Acha que a posição pode ter influenciado para tal fato?
7. Foi realizada episiotomia?
8. Algum profissional da saúde lhe orientou sobre as posições que você poderia adotar durante o parto? Se sim, qual profissional?
9. Você teve acompanhante durante o trabalho de parto e parto?
10. Qual posição você acredita que traria mais benefícios para você, e por que?

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Fase Observacional**

Acadêmica do curso de Enfermagem Bacharelado da Universidade Estadual do Maranhão, estarei desenvolvendo a pesquisa com título “VIVÊNCIA DO PARTO NORMAL: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A POSIÇÃO LITOTOMICA”, que tem como objetivo geral verificar a influência da posição adotada pela mulher no período expulsivo do parto vaginal em variáveis inerentes ao processo de parto.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido você a participar do estudo. A coleta de dados será feita por meio da observação direta e não participante durante a assistência ao seu processo de parto e nascimento. Comunico que não haverá nenhuma interferência ou intervenção do pesquisador no seu processo de parturição.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas neste momento por meio da observação serão utilizadas apenas para a realização desta pesquisa. Informo ainda que você tem o direito de não participar ou desistir a qualquer momento caso sinta-se constrangida ou apresente algum desconforto com a presença do pesquisador ou por qualquer outro motivo, se assim desejar, sem qualquer prejuízo no atendimento no serviço de saúde; garanto o anonimato e sigilo quanto ao seu nome e quanto às informações obtidas durante a pesquisa. Você poderá ter acesso às informações e esclarecer suas dúvidas sobre este trabalho a qualquer momento.

Acredita-se que a realização deste estudo terá como benefício o conhecimento sobre as posições adotadas durante o parto pela parturiente, contribuindo para melhoria da qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, para uma melhor experiência de parto para a mulher e seus familiares.

Este documento será emitido duas vezes, permanecendo uma com você e outra com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), pertencente ao Centro de Estudos Superiores de Caxias. Rua Quininha Pires, nº 746, Centro. Anexo Saúde. Caxias - MA. Telefone: (99) 3521-3938. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome, e-mail e endereço: Jhuly Gabriela Silva dos Santos / Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão/ Rua Rio de Janeiro, 07. Fone: (98) 98747-0634 / E-mail: jhulysantos@aluno.uema.br.

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Brasil, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2024.

Assinatura da participante

Assinatura de quem coletou os dados

## NEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO DE ESTUDOS  
SUPERIORES DE CAXIAS -  
CESC/UEMA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIVÊNCIA DO PARTO NORMAL: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A POSIÇÃO LITOTOMICA

**Pesquisador:** Aline Santana Figueredo

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 82358124.7.0000.5554

**Instituição Proponente:** Centro de Estudos Superiores de Santa Inês

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.190.255

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa cujo título VIVÊNCIA DO PARTO NORMAL: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS SOBRE A POSIÇÃO LITOTOMICA, nº de CAAE 82358124.7.0000.5554 e Pesquisador(a) responsável Aline Santana Figueredo. Trata-se de um estudo do tipo analítico/exploratório, com abordagem qualitativa.

O cenário da realização desse estudo, bem como os participantes, não foi identificado e no projeto nota-se que a orientanda não fez a correção (Coloca aqui o nome do hospital e os dados de Santa Inês, tipo região geográfica, quantos habitantes).

Os participantes desta pesquisa serão (Participarão do estudo puérperas que tiveram parto normal natural, que estejam no alojamento conjunto e maiores de idade).

Os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa não foram apresentados.

Os instrumento(s) de Coleta e Análise de Dados apresentados no projeto foram:

A coleta de dados será realizada em abril de 2024, na qual será aplicado um roteiro de entrevista semi estruturado, com questões abertas e fechadas.

#### Objetivo da Pesquisa:

Quanto aos objetivos apresentados no projeto:

1 Objetivo Geral

Descrever a percepção das puérperas acerca da posição litotomica adotada no trabalho de

**Endereço:** Rua Quinhinha Pires, 746 ramal 6382

**Bairro:** Centro

**CEP:** 65.600-000

**UF:** MA

**Município:** CAXIAS

**Telefone:** (98)2016-8175

**E-mail:** cepe@cesc.uema.br