



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS

**POSIÇÕES MATERNAS E SUA INFLUÊNCIA NO DESFECHO DO PARTO E
NASCIMENTO: UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

FORTALEZA

2020

LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS

**POSIÇÕES MATERNAS E SUA INFLUÊNCIA NO DESFECHO DO PARTO E
NASCIMENTO: UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M644p Miranda Vidal Cavalcante Farias, Laryssa.
Posições maternas e sua influência no desfecho do parto e nascimento : Um estudo Caso-controle /
Laryssa Miranda Vidal Cavalcante Farias. – 2020.
70 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2020.
Orientação: Prof. Dr. Ana Kelve de Castro Damasceno.
1. Parto normal. 2. Posicionamento da paciente . 3. Parto humanizado . 4. Obstetrícia . 5. Segunda fase
do trabalho de parto . I. Título.

CDD 610.73

LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS

**POSIÇÕES MATERNAS E SUA INFLUÊNCIA NO DESFECHO DO PARTO E
NASCIMENTO: UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dra. Liana Mara Rocha Teles (1º Membro - EFETIVO)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dra. Camila Chaves da Costa (2º Membro - EFETIVO)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)

Prof^ª. Dr. Igor Cordeiro Mendes (Membro suplente)

Centro Universitário Católica de Quixadá (Unicatólica)

A Deus.
Aos meus amados pais, José Valadares e Leyisle Anne.

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema, causa primeira de todas as coisas, criador que nos dá a benção e alegria de sermos có-criadores. O amor e a fé me aproximam de ti cada vez mais.

Aos meus Pais, José Valadares e Leyisle Anne, que nas lutas da vida são meus pilares; nas derrotas meus ombros consoladores, e nas vitórias meus mais ardentes torcedores. Agradeço pelo amor, incentivo, credibilidade e por não medirem esforços para que eu me tornasse a pessoa que hoje sou... Amo vocês!

À minha irmã, Isla Miranda e minha sobrinha Giovanna, pelo carinho, apoio e incentivo sempre.

À Mauro, meu amor, companheiro e grande incentivador. Meus dias ao seu lado são mais alegres e leves. Sua compreensão e auxílio me ajudaram muito nessa jornada.

À minha professora e orientadora, Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno, exemplo de humanidade, sabedoria e firmeza. Proporcionou-me grande aprendizado intelectual e moral durante a minha jornada enquanto residente e mestranda. Uma verdadeira mestra na arte de cuidar e orientar.

A banca, pela disponibilidade, apoio e incentivo. Agradeço por concordar em compor a banca avaliadora dessa defesa de dissertação.

Às amigas de turma, em especial a Marcella e Gabriela, amigas confidentes e companheiras especiais que fizeram esta viagem mais alegre e encantadora, por compartilharmos momentos de angústias e alegrias e estarmos juntas vencendo mais um desafio. Levo vocês no coração e não quero perdê-las de vista.

Residentes de Enfermagem Obstétrica, por todo apoio e ajuda durante a coleta de dados. Não seria possível sem o auxílio de vocês. Gratidão!

Às mães participantes, pela disponibilidade e atenção. Vocês foram à razão principal de tudo o que foi feito.

A Universidade Federal do Ceará que proporcionou recursos e infraestrutura para minha formação como mestre.

Muito Obrigada a todos de coração!

RESUMO

Objetivou-se avaliar as posições maternas e sua influência nos desfechos do parto e nascimento. Trata-se de um estudo observacional, correlacional, do tipo caso-controle, realizado entre os meses de fevereiro de 2019 a abril de 2020 em uma maternidade de referência em Fortaleza-Ceará. A população foi composta por todas as mulheres nulíparas que tiveram parto vaginal na instituição durante a pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para o estudo. Foram 138 mulheres para o grupo controle (nulíparas em trabalho de parto e que pariram em posições não verticalizadas) e 60 mulheres para o grupo caso (nulíparas em trabalho de parto e que pariram em posições verticalizadas). Os dados foram coletados a partir de um formulário com perguntas fechadas, compilados e analisados no SPSS e utilizou-se Teste Estatístico de Fisher e aplicou-se Odds-Ration e Intervalo de Confiança quando significativos. O projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa e aprovado segundo o parecer nº 3.545.134. Verificou-se associação entre a faixa etária e ocorrência do parto na posição vertical ($p=0,011$), sendo observado que mulheres com idade superior a 34 anos possuem 12,59 mais chances (OR=12,59; IC=1,44-110,30) de parirem em posições verticalizadas. Em relação às condições do períneo, não houve associação entre as variáveis posição do parto e a presença de lacerações perineais. Constatou-se a presença de associação entre o parto realizado por enfermeiro e o parto na posição vertical ($p<0,001$) com aumento de 4,53 vezes de chances a mais da ocorrência do parto na posição vertical quando realizado por esses profissionais. Foi possível detectar diferenças significativas quando houve orientação médica ($p=0,045$), observando um aumento em 86% da chance de realizar o parto na posição vertical quando a orientação foi de outros profissionais e não foi do médico. Quanto à vitalidade neonatal, quase a totalidade tiveram índice de Apgar ≥ 7 no primeiro e no quinto minuto de vida, indicando boa vitalidade. Foi verificada relação estatística entre a posição de parir e a satisfação da mulher ($p=0,021$). Para as mulheres que realizaram o parto vertical, existe uma chance de 6,63 vezes maior de serem muito satisfeitas com o parto, quando comparada aquelas insatisfeitas ou pouco insatisfeitas. Conclui-se que há uma menor prevalência de práticas não recomendadas nas posições verticalizadas, os profissionais enfermeiros destacam-se no estímulo a essas posições e há uma maior satisfação materna em mulheres que pariram em posições verticalizadas. No tocante aos desfechos neonatais, ambas as posições foram satisfatórias para os neonatos.

Palavras-chaves: Parto Normal; Posicionamento do Paciente; Parto Humanizado; Obstetrícia; Segunda fase do trabalho de parto.

ABSTRACT

The aim of the study was to assess maternal positions and their influence on the outcomes of childbirth and birth. This is an observational, correlational, case-control study carried out between the months of February 2019 and April 2020 at a reference maternity hospital in Fortaleza-Ceará. The population was composed of all nulliparous women who had a vaginal delivery at the institution during the research and who met the inclusion and exclusion criteria defined for the study. There were 138 women in the control group (nulliparous women in labor and giving birth in non-vertical positions) and 60 women in the case group (nulliparous women in labor and giving birth in vertical positions). Data were collected using a closed questions form, compiled and analyzed in SPSS. Fisher's Statistical Test was used and Odds-Ration and Confidence Interval were applied when significant. The project was submitted to the research ethics committee and approved - No. 3,545,134. There was an association between age group and occurrence of upright delivery ($p = 0.011$), with it being observed that women over the age of 34 have 12.59 more chances ($OR = 12.59$; $CI = 1.44- 110,30$) of giving birth in vertical positions. Regarding the conditions of the perineum, there was no association between the variables position of delivery and presence of perineal lacerations. It was found association between deliveries assisted by nurses and upright delivery ($p < 0.001$) with an increase of a 4.53 in the chances of upright delivery when performed by these professionals. It was possible to detect significant differences when there was medical advice involved ($p = 0.045$), observing an increase of 86% in the chance of carrying out the upright delivery when the advice was from other professionals that not the doctor. As for neonatal vitality, almost all newborns had an Apgar score ≥ 7 in the first and fifth minutes of life, indicating good vitality. There was a statistical relation between the position of giving birth and woman's satisfaction ($p = 0.021$). For women who performed a vertical birth, there is a 6.63 times greater chance of being very satisfied with the delivery, when compared to those who are dissatisfied or not very satisfied. It is concluded that there is a lower prevalence of not recommended practices in verticalized positions, professional nurses stand out in encouraging these positions and there is a greater maternal satisfaction in women who have given birth in verticalized positions. Regarding neonatal outcomes, both positions were satisfactory for neonates.

Keywords: Natural Childbirth; Patient positioning; Humanizing Delivery; Obstetrics; Second stage of labor.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição das combinações dos descritores de acordo com a base de dados. Fortaleza, 2020.....	22
Quadro 2 - Síntese dos artigos que compuseram a amostra da revisão de literatura. Fortaleza, 2020.....	25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos inclusos na revisão de literatura. Fortaleza, 2020.....	23
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tamanhos amostrais em função do erro máximo permitido, de k e do nível de significância.....	31
Tabela 2 - Distribuição dos dados segundo perfil sociodemográficos segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza – CE, 2020.....	35
Tabela 3 - Distribuição da característica posição de parto relacionada a assistência pré-natal segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.....	37
Tabela 4 - Distribuição dos dados informações recebidas no pré-natal e profissional que realizou orientação segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.....	38
Tabela 5 - Distribuição dos dados dilatação na admissão e estado das membranas segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.....	39
Tabela 6 - Distribuição das práticas de atenção ao parto e nascimento segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza – CE, 2020.....	39
Tabela 7 - Distribuição dos dados informações recebidas na sala de parto e profissional que realizou orientação segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.....	42
Tabela 8 - Distribuição das práticas realizadas do terceiro período clínico do parto e desfecho neonatal segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.....	43
Tabela 9 : Distribuição dos dados referentes a satisfação materna segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHU Complexo Hospitalar Universitário

CO Centro Obstétrico

DLE Decúbito Lateral Esquerdo

MEAC Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MNFAD Métodos Não Farmacológicos de alívio da dor

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

OR Odds-Ration

PBE Prática Baseada em Evidências

PN Pré-Natal

PPP Pré-parto, Parto e Pós-parto

RC Rede Cegonha

RI Revisão Integrativa

RN Recém-nascido

SHEG Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidades Básicas de Saúde

UFC Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	20
3	REVISÃO INTEGRATIVA	21
4	MATERIAL E MÉTODOS	29
	4.1 – Tipo de estudo	29
	4.2 – Período e Local do estudo	29
	4.3 – População e Amostra	30
	4.4 – Coleta de Dados	32
	4.5 – Análise dos dados	33
	4.6 – Aspectos Éticos	33
5 -	RESULTADOS	35
6 -	DISCUSSÃO	45
7 -	CONCLUSÃO	55
8 –	REFERÊNCIAS	57
9 –	APÊNDICES	62
	A – Instrumento de Coleta de Dados	62
	B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	67
10-	ANEXOS	68

1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico e inerente à mulher que deve ocorrer com o mínimo de intervenções físicas e ambientais na parturiente e no recém-nascido, constituindo uma experiência relevante na vida da mulher e sua família.

No contexto do parto e nascimento, o Brasil vem apresentando grandes avanços, resultado de uma série de esforços e iniciativas do governo federal e da sociedade civil. Contudo, a redução da morbimortalidade materna e neonatal continua sendo um desafio decorrente da baixa qualidade de atenção à saúde sexual e reprodutiva, as consultas de pré-natais ainda insatisfatórias em termos qualitativos e de um acompanhamento ao parto deficiente, por vezes, caracterizado pelo uso de intervenções rotineiras e sem indicação necessária (BRASIL, 2011).

Entre os fatores que contribuem para o contexto obstétrico tem-se a adoção, pelos profissionais da obstetrícia, de práticas obstétricas marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas, que não proporcionam benefícios a mulher e ao recém-nascido. Sendo uma das principais características da prática obstétrica brasileira a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto determinado pelos profissionais explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo as cesarianas, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão dos profissionais e não na dinâmica do corpo da mulher (LEAL *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2019).

Salienta-se que essa assistência intervencionista é consequência da cultura de hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal. O parto, um processo natural, passou a ser vivenciado em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período, privativo e familiar, com a proposta de oferecer para mulher e seu bebê uma assistência com mais segurança, submetendo a mulher a práticas sem o devido esclarecimento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, contrapondo-se a esse modelo de assistência desenvolveu uma classificação em categorias das práticas comuns na condução do parto normal, recomendando condutas obstétricas segundo utilidade, eficácia e risco, para orientar a conduta do profissional: A) as práticas demonstrativamente úteis e que devem ser

estimuladas; B) as claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; C) aquelas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela; e D) as que frequentemente são utilizadas inapropriadamente (BRASIL, 2011a). Atualmente, um novo documento passou a abordar uma nova categorização: práticas recomendadas, não recomendadas, recomendadas apenas em contextos específicos e recomendada apenas no contexto de pesquisa rigorosa (WHO, 1996; 2018).

Destaca-se que essas recomendações são baseadas em evidências científicas, visando uma assistência ao parto e nascimento de forma adequada, humanizada, resolutiva, com o objetivo de reduzir intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas.

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a inserção das boas práticas e melhorar a qualidade desses serviços, em 2011 foi lançada a Rede Cegonha (RC) que sistematiza e institucionaliza um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento no Brasil. Essa estratégia busca garantir às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, enfatizando a incorporação das boas práticas pelas equipes de cuidados às parturientes e por todos os serviços de atenção ao parto, garantindo autonomia à mulher e gerando impacto na redução de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

Dentre as práticas recomendadas e que devem ser estimuladas no parto, tem-se a liberdade de posição e movimento pela parturiente. Apesar disso, estudo nacional de base hospitalar composto por 23.894 mulheres evidenciou que a posição de litotomia está sendo prevalente, alcançando mais de 90% das parturientes de risco habitual, apesar dos benefícios das posições verticalizadas para o binômio mãe-filho (LEAL *et al.*, 2014). Esta prática, claramente prejudicial no momento do parto, ainda é bastante presente no modelo brasileiro de assistência obstétrica (SOUZA *et al.*, 2016; APOLINÁRIO *et al.*, 2016; PRADO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017; MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

A persistente utilização de práticas não recomendadas pelas evidências científicas, como a imobilização no leito em todo o processo de parturição e posição litotômica no parto, pode levar à compressão de grandes vasos e prolongamento do trabalho de parto e do período expulsivo e, conseqüentemente, repercutir negativamente sobre os resultados maternos e neonatais (LANSKY *et al.*, 2014).

Diversos estudos ratificam os benefícios das posições não supinas durante o parto e relatam que a adoção dessas posturas pela parturiente são superiores a outras posturas. Um

estudo crítico de relevância comparando a posição supina com a vertical ou de cócoras, utilizando um modelo teórico com seis variáveis independentes comprovou que a posição verticalizada favorece a gravidade, na qual a mulher reduz em 35% a força despendida se comparada à que necessita fazer na posição horizontal; e também diminui a compressão dos grandes vasos, melhora a circulação materna e fetal; aumenta a passagem do canal de parto em até 28% e é significativa no auxílio respiratório (SABATINO, 2010).

Além disso, a posição vertical no período expulsivo tem como vantagens a menor duração do parto, redução do desconforto e dificuldade nos puxos, dor menos intensa e menor risco de traumas vaginais e perineais. (LAWRENCE *et al.*, 2013). Sugerem-se ainda que essa posição minimize a ocorrência de episiotomia e intervenções obstétricas (BARACHO *et al.*, 2009; LEAL *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2020). Podendo ainda influenciar no menor número de complicações e na satisfação das mulheres por terem uma experiência positiva de parto normal (SCHETTINI *et al.*, 2017).

Uma revisão Cochrane com meta-análise sobre o efeito da posição vertical no período expulsivo do parto vaginal para a saúde materna em mulheres sem analgesia epidural incluindo 22 estudos mostrou uma redução no parto vaginal instrumental e uma menor proporção de episiotomia no grupo vertical, embora identificado uma maior proporção de hemorragia pós-parto (DELIKTAS; KULULU, 2018).

De acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016), deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que considere mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASIL, 2016).

Apesar disso, a política de adotar uma posição deitada durante o segundo estágio do trabalho de parto foi benéfica em mulheres nulíparas em trabalho de parto com analgesia epidural e feto único, ao aumentar a chance de parto vaginal espontâneo em comparação com uma política de adoção de posição vertical, sem aparentes desvantagens para desfechos de curto ou longo prazo para a mãe ou o bebê (KEMP *et al.*, 2017).

São categorizadas as posições do parto em posição vertical (o eixo principal do corpo igual ou mais de 45° da horizontal) como sentada com ou sem apoio, cócoras, ajoelhada e de

pé e horizontal as posições semissentada (o eixo principal do corpo a menos de 45° da horizontal), de litotomia ou ginecológica e lateral direita ou esquerda (KEMP *et al.*, 2017).

Estudo documental realizado em uma maternidade de referência do Estado do Ceará que objetivou descrever a implementação das boas práticas de atenção ao parto, demonstra que há um percentual alto de mulheres que pariram na posição semissentada (60,7%), seguido pela posição de litotomia (19,7%) (MELO *et al.*, 2017). Assim como em um estudo realizado em uma maternidade localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul, no qual a posição litotômica ou semissentada foi prevalente no parto, alcançando mais de 88% dos partos (REIS *et al.*, 2015).

Vale ressaltar que ainda há uma grande divergência entre os profissionais da saúde quanto à classificação da posição adotada pela mulher no período expulsivo do parto vaginal, por vezes considerando a adoção da posição semissentada como uma posição vertical sem tomar como referência a angulação que a mulher se encontra em relação ao eixo horizontal, repercutindo indicadores que não traduzem a realidade.

Além disso, é visto que as parturientes desconhecem seus direitos e permanecem passivas em seu processo de parto. Isto ocorre apesar dos esforços institucionais em mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento. Em uma pesquisa realizada em uma maternidade de risco habitual, em Curitiba - PR, com 100 puérperas no pós-parto normal, foi possível observar que a maioria das mulheres pariram em posições não verticalizadas e esta prática deve-se à cultura brasileira, protocolos institucionais, comportamento e preferências profissionais (APOLINÁRIO *et al.*, 2016).

No que se refere à assistência ao parto e nascimento, o enfermeiro está em um processo de transformação de sua prática em direção ao rompimento com o modelo medicalizado e uma atuação menos intervencionista, dando preferências às práticas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com as diretrizes preconizadas tendo como premissa o uso de tecnologias de cuidado baseado nas evidências científicas, respeitando e utilizando as boas práticas que qualificam sua assistência.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar a associação entre a posição da mulher no parto vaginal e a categoria profissional que assistiu ao parto, demonstra que a prevalência da posição verticalizada é maior nos partos vaginais assistidos por enfermeiros, evidenciando uma razão de chances de 12,7 vezes maior dos partos vaginais ocorrerem com a mulher em posição verticalizada quando assistidos por enfermeiros obstetras, destacando que esses profissionais

priorizam o uso de práticas de cuidado humanizado, evitando intervenções desnecessárias e considerados por órgãos competentes como prejudiciais à mulher e a seu bebê (SANTOS *et al.*, 2017).

Esses dados corroboram com um estudo realizado com o objetivo de identificar as práticas empregadas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto em maternidades públicas e sua contribuição na consolidação da humanização do parto e nascimento, no qual evidenciou que as práticas mais utilizadas por esses profissionais foram aquelas que não interferem na fisiologia do parto, destacando-se a adoção de posições verticalizadas, com uma frequência de 78,95% dos partos assistidos (VARGENS *et al.*, 2017).

Destaca-se dessa forma a importância do enfermeiro como promotor de saúde materna e neonatal, proporcionando um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde nesse âmbito, visando atender às necessidades de saúde, garantindo a melhoria da qualidade de vida da mulher e sua família.

Este profissional tem sido um agente de fundamental importância na mudança do modo de parir e nascer ao substituir práticas e intervenções classificadas como rotineiras, que geralmente interferem de modo prejudicial com o processo de parturição, por cuidados /práticas que não interferem com o desenvolvimento fisiológico do trabalho de parto e parto e que tornam a parturiente e seus acompanhantes atores ativos e participativos deste processo. Dessa forma, evidencia-se a importância do acompanhamento do trabalho do parto pela enfermeira obstétrica, que valoriza e põe em prática o que é preconizado pelo Ministério da Saúde no que se refere à humanização do parto e nascimento (REIS *et al.*, 2016).

Ressalta-se que a equipe de saúde que proporciona uma assistência à parturiente de acordo com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, guiada pelas novas evidências científicas, garante à mulher e sua família uma assistência segura, eficiente e humanizada, a qual gera experiências positivas e satisfatórias em relação ao trabalho de parto e parto, evitando procedimentos desnecessários, que podem gerar danos à saúde da mulher e do seu filho.

Outra prática associada à adoção de posição não litotômica no parto é o apoio contínuo proporcionado pelo acompanhante durante o trabalho de parto e parto, caracterizando-se como um fator protetor ao favorecer a redução de intervenções e práticas danosas e agressivas em um momento em que a parturiente e o recém-nascido encontram-se extremamente vulneráveis às rotinas hospitalares e às decisões dos profissionais (MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Não existe uma regra quanto às posições adotadas durante o parto e nascimento, uma vez que a mulher possui a liberdade de escolha, podendo assumir a posição de acordo com sua preferência, desde que orientada por profissionais capacitados. No entanto, a liberdade de posições adotada pela parturiente no parto caracteriza-se como um desafio às equipes de saúde, não sendo uma realidade predominante do cenário brasileiro, seja devido à resistência por parte dos profissionais envolvidos, pela falta de estrutura física, ou ainda pelo estranhamento e falta de orientação das mulheres quanto a esta possibilidade.

Na prática profissional, enquanto Enfermeira Obstetra tem-se observado que a liberdade de posição no período expulsivo do parto vaginal ainda vem sendo pouco adotada por profissionais da obstetrícia, mesmo reconhecendo os benefícios da utilização no processo de parto e nascimento. Assim, o presente estudo busca elucidar os seguintes questionamentos: Qual a influência das posições adotadas no período expulsivo do parto vaginal nos desfechos do parto e nascimento?

A relevância desse estudo está pautada na importância de conhecimento que concorram para a humanização da assistência e promoção da liberdade de posição no parto vaginal, pois irá contribuir para a produção de evidências científicas no que se refere a posição adotada pela parturiente e sua influência nos desfechos maternos e neonatais, possibilitando identificar se sua influência é positiva ou negativa. E, dessa forma, possibilitando uma maior conscientização e sensibilização dos profissionais de saúde para mudanças em sua prática clínica.

2 OBJETIVO

2.1. Objetivo geral

- Avaliar as posições adotadas durante o período expulsivo do parto vaginal e sua influência nos desfechos do parto e nascimento.

2.2. Objetivos específicos

- Verificar associação estatística entre os dados sociodemográficos e as posições adotadas no parto;
- Avaliar a associação estatística entre o recebimento de informações sobre posição de parto no pré-natal e em Centro Obstétrico com a posição de parir;
- Avaliar associação entre as práticas obstétricas e a posição adotada no período expulsivo do parto;
- Investigar os efeitos da posição materna (vertical vs não vertical) sobre os desfechos maternos e neonatais;
- Analisar a associação a posição de parto e o profissional que realizou a assistência.
- Avaliar a satisfação das pacientes em relação a posição adotada no parto vaginal.

3. REVISÃO INTEGRATIVA

Percebe-se que na literatura científica existe uma diversidade de trabalhos que apresentam evidências sobre as posições adotadas pela parturiente no período expulsivo do parto vaginal espontâneo. Entretanto, observa-se que estudos que abordem a posição semissentada em comparação com as posições verticalizadas ainda são escassos. Diante disso, surgiu a necessidade de se realizar uma revisão integrativa da literatura em busca dos estudos que abordem sobre a influência da posição adotada pela parturiente no período expulsivo do parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais. Esta RI foi conduzida seguindo as seis etapas recomendadas (MENDES *et al.*, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005), a fim de reunir e sintetizar o conhecimento preexistente sobre a temática.

Para guiar a presente revisão, utilizou-se a seguinte questão norteadora: Qual a influência da posição adotada no período expulsivo de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais?

Utilizou-se a estratégia PICOT (acrônimo para *Patient, Intervention, Comparison, Outcomes e Time*) para formular a questão de pesquisa. A Prática Baseada em Evidências (PBE) propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e organizados utilizando essa estratégia (CAMARGO *et al.*, 2018). Na condução de métodos de revisão, o uso dessa estratégia, possibilita a identificação de palavras-chave, as quais auxiliam na localização de estudos primários relevantes nas bases de dados.

Foram realizados procedimentos de busca *online* via internet para acessar as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis an Retrieval Sistem on-line* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Base de dados da Enfermagem (BDENF), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e Scopus, acessados por meio do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES).

Para localização dos artigos nas referidas bases de dados e sistematização dessa RI foram utilizadas as terminologias em saúde consultadas no Medical Subject Headings (MeSH), a fim de identificar os descritores controlados. Porém, para ampliar a busca, foram utilizados também descritores não controlados.

A fim de combinar os descritores nas estratégias de busca inicialmente, utilizou-se o operador booleano OR e posteriormente o operador AND, como mostrado no quadro 1.

Em virtude das características específicas de cada base, bem como de seu acesso, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma delas, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão, de modo a manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

Quadro 1- Distribuição das combinações dos descritores de acordo com a base de dados. Fortaleza, 2020.

Bases de dados	P	I/C	O	T
MEDLINE/ LILACS/ BDENF / SCIELO/ SCOPUS	("pregnant women" OR "pregnancy" OR "women")	("patient positioning" OR "position" OR "birthing positions")	("pregnancy outcome" OR "maternal health" OR "women's health" OR "Maternal-Child Health" OR "natural childbirth" OR "humanizing delivery" OR "humanized birth")	("labor stage, second" OR "parturition")
CINAHL	“Expectant Mothers” OR “Women” OR “Obstetric Patients”	“Birthing Positions” OR “Patient Positioning” OR “Position	“Women’s Health” OR “Pregnancy Outcomes” OR “Maternal-Child Health” OR “prepared childbirth”	“Labor Stage, Second”

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, artigos completos na íntegra, sem restrição de idiomas, sem restrição quanto ao ano de publicação, artigos que retratassem sobre a influência da posição da parturiente no período expulsivo do parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais.

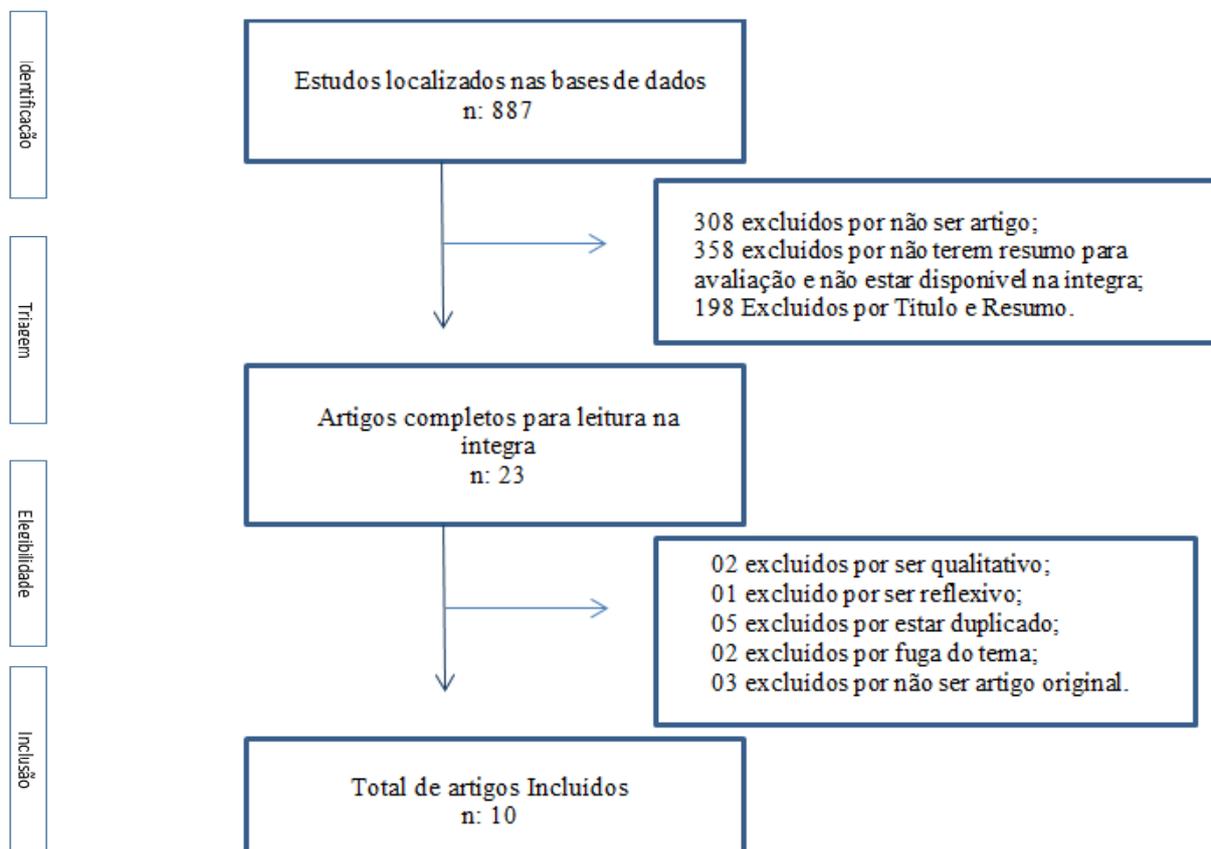
Como critério de exclusão teve-se: Teses, dissertações, monografias, editoriais, manuais, livros, capítulos de livros, artigos reflexivos, revisões de literatura e estudos do tipo qualitativo e repetidos em duas ou mais bases de dados.

A busca ocorreu entre novembro de 2018 a janeiro de 2019. Inicialmente, foi realizada pré-seleção dos artigos localizados nas buscas efetuadas, por meio da leitura do título e do

resumo, e quando surgiram dúvidas em relação ao conteúdo do estudo, o artigo foi pré-selecionado para leitura na íntegra, de modo a decidir quanto à inclusão ou não deste.

Foram identificados 887 artigos, sendo 59 indexados na MEDLINE, 7 na Scielo, 13 na LILACS, 10 na BDNF, 28 na CINAHL e 770 na Scopus. Estes foram submetidos aos critérios de elegibilidade definidos para o estudo, selecionando-se por fim 10 artigos para compor a amostra desta revisão.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos inclusos na revisão de literatura. Fortaleza, 2020.



Fonte: Elaborado pela própria autora.

Depois de finalizadas as estratégias de busca procederam-se à conferência dos artigos eleitos para compor a amostra do presente estudo, de modo a se produzir um agrupamento inicial dos estudos quanto ao delineamento de pesquisa e nível de evidência, bem como a formação de categorias temáticas, o que auxiliou a realização das demais etapas do estudo.

Após identificação dos artigos incluídos, iniciou-se a etapa de extração dos dados dos estudos, de maneira sistematizada, utilizando instrumento de coleta de dados contendo informações referentes à identificação do artigo, características metodológicas e principais resultados e conclusão dos estudos incluídos neste RI.

Verificou-se que a maioria dos estudos encontrados estavam publicados em periódicos internacionais, como: *Midwifery*, *BMJ*, *Health Technology Assessment*, *Birth*, *Acta Obstet Gynecol Scand*, *Br J Obstet Gynaecol*, *Wien Klin Wochenschr*. Apenas dois artigos estavam publicados em periódico nacional, como a *Revista de Enfermagem do Rio de Janeiro* e *Online Brazilian Journal of Nursing*.

Somente dois estudos foram realizados no Brasil, um na região Sul e o outro no Rio de Janeiro. Em relação ao ano de publicação, houve variação entre 1997 a 2017, predominando artigos publicados no ano de 2017.

Quanto ao tipo de estudo, houve predominância, seis dos estudos, do tipo ensaios clínicos randomizados. Três eram estudos transversais e um estudo caso-controle.

No que se refere às posições avaliadas pela parturiente no período expulsivo do parto vaginal, a maioria dos estudos, sete, avaliou a posição vertical em comparação a posição horizontal, dois estudos avaliaram a posição lateral e um a posição de quatro apoios.

A síntese dos artigos que compuseram a amostra da presente revisão foi apresentada em um quadro sinóptico e direcionada para o presente estudo, que contempla os seguintes aspectos: título da pesquisa, autores e ano da publicação, objetivo, tipo de pesquisa e local, amostra, conforme o quadro 2.

Quadro 2 - Síntese dos artigos que compuseram a amostra da revisão integrativa. Fortaleza, 2020.

TÍTULO DA PESQUISA	AUTORES / ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	TIPO DO ESTUDO / LOCAL	AMOSTRA / POSIÇÃO AVALIADA
1. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour	JONG <i>et al.</i> , 1997	Avaliar os efeitos maternos e neonatais da posição vertical em comparação com posições reclinadas durante o parto, em termos de variáveis de desfecho definidas.	Um estudo controlado randomizado, África do Sul.	Quinhentos e dezessete mulheres de baixo risco obstétrico. Vertical vs Horizontal.
2. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome.	BODNER-ADLER <i>et al.</i> , 2003.	Avaliar os resultados maternos, perineais e neonatais de uma posição vertical em comparação com uma posição supina durante o parto vaginal, em termos de variáveis de desfecho definidas.	Caso-controle, Realizado no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário de Viena	Um total de 307 mulheres que pariram em posição vertical foram inscritas no estudo. Vertical versus Horizontal.
3. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia.	DOWNE, S; GERRETT, D; RENFREW, M. J, 2004.	Determinar se a taxa de nascimento instrumental em mulheres nulíparas utilizando analgesia peridural é afetada pela posição materna no segundo estágio passivo do trabalho de parto.	Um estudo prospectivo randomizado pragmático. Maternidade de Midlands	107 mulheres nulíparas utilizando analgesia peridural. Posição lateral versus posição sentada apoiada.
4. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido.	MOUTA <i>et al.</i> , 2008	Analisar os partos assistidos por enfermeiras obstétricas, relacionando a posição da cliente adotada para o parto com a preservação perineal e a vitalidade dos recém-nascidos, em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, em 2005.	Observacional, de cunho descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando análise documental. Maternidade pública do Rio de Janeiro.	Entre os registros de 1715 partos acompanhados por enfermeiras obstétricas. Posição vertical versus posição horizontal
5. Maternal position at birth and the newborn Apgar score: cross-sectional study.	SANTOS <i>et al.</i> , 2009.	Estabelecer a relação entre a posição materna no segundo período de trabalho de parto e a condição do recém-nascido, bebê, avaliada pelo índice de Apgar.	Estudo de natureza quantitativo. Maternidade do sul do Brasil.	Uma análise de 8.538 partos de nascidos vivos.
6. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births.	MEYVIS <i>et al.</i> , 2012	Investigar os efeitos da posição materna (lateral vs litotomia) e outras variáveis sobre a ocorrência de dano perineal.	Transversal retrospectivo. Bélgica	Incluiu o exame de registros hospitalares de 557 mulheres. Lateral versus litotomia.
7. Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births.	THIES-LAGERGREN <i>et al.</i> , 2013.	Comparar o uso de ocitocina sintética para aumento, duração do trabalho de parto e nascimento e resultados infantis em mulheres nulíparas randomizados para	Um estudo randomizado controlado na Suécia	1002 mulheres foram randomizados para nascimento em um assento de parto (grupo

		nascimento em um assento de parto ou qualquer outra posição.		experimental) ou nascimento em qualquer outra posição (grupo controle).
8.A multicentre, randomised controlled trial of position during the late stages of labour in nulliparous women with an epidural: clinical effectiveness and an economic evaluation (BUMPES).	BICK <i>et al.</i> , 2017	Analisar se em mulheres nulíparas com analgesia epidural, a política de adotar uma posição “ereta” durante o segundo período clínico do trabalho de parto aumenta a incidência de parto vaginal espontâneo em comparação com a política de adotar uma posição “deitada”.	Ensaio Clínico Controlado Randomizado. 41 centros na Inglaterra e no País de Gales.	3236 mulheres foram randomizadas. Posição vertical versus posição horizontal
9.Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial.	Grupo colaborativo de experimentação epidural e de posicionamento. 2017	Determinar se estar em pé no segundo estágio do trabalho de parto em mulheres nulíparas com epidural de dose baixa aumenta a chance de parto vaginal espontâneo comparado com o deitar.	Estudo controlado randomizado realizado em maternidades do Reino Unido	Participantes 3093 nulíparas. Vertical versus Horizontal.
10.A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China.	ZHANG <i>et al.</i> , 2017.	Examinar as diferenças nos resultados maternos e neonatais entre mulheres de baixo risco que deram à luz na posição de quatro apoios ou na posição supina.	Ensaio clínico randomizado, 11 hospitais na China.	1400 mulheres foram recrutadas e alocadas aleatoriamente para o grupo experimental (n = 700, 446 completaram o protocolo) que pariram em quatro apoios e o grupo de controle (n = 700, 440 completaram o protocolo) que pariram em decúbito dorsal.

Fonte: Elaborado pela própria autora

Em relação aos desfechos maternos, os estudos mostraram que a escolha da posição vertical em comparação a posição horizontal pelas parturientes nos partos, resultou em índice menor de episiotomia (MOUTA *et al.*, 2008; JONG *et al.*, 1997; BODNER-ADLER *et al.*, 2003).

Quanto às lacerações perineais espontâneas, os estudos identificaram que a frequência não diferiu entre as posições adotadas (BODNER-ADLER *et al.*, 2003). Porém, as mulheres nas posições verticais apresentaram uma menor incidência de trauma perineal (JONG *et al.*, 1997), com uma maior prevalência de lacerações de primeiro grau (MOUTA *et al.*, 2008).

Foi identificada ainda uma diminuição significativa para o uso de analgesia médica e ocitocina em mulheres que pariram na posição vertical. Em relação à perda de sangue materno, não foi encontrada diferenças significativas entre as posições vertical vs horizontal (BODNER-ADLER *et al.*, 2003).

Estudo realizado na Suécia com o objetivo de comparar o uso da ocitocina sintética em mulheres que pariram em um assento de parto, identificou que parturientes alocadas nessa posição tiveram um segundo estágio de trabalho de parto significativamente mais curto, sugerindo essa posição como uma intervenção não médica, para facilitar a redução desse período do processo de parturição (THIES-LAGERGREN *et al.*, 2013).

Apesar dos benefícios identificados na adoção da posição vertical no período expulsivo no parto, um ensaio clínico controlado randomizado realizado no País de Gales com 3236 mulheres nulíparas com analgesia epidural identificou evidências do benefício da posição deitada no segundo período clínico do parto normal, encontrando uma diferença significativa na incidência de parto vaginal espontâneo, sem evidência de diferenças na maioria dos desfechos de curto e longo prazo para a mãe (BICK *et al.*, 2017). Esse estudo corrobora com outro identificado na presente revisão, realizado no Reino Unido com a mesma população, no qual identificou que significativamente menos nascimentos vaginais espontâneos ocorreram em mulheres no grupo vertical (GRUPO COLABORATIVO DE EXPERIMENTAÇÃO EPIDURAL E DE POSICIONAMENTO, 2017).

Em relação ao desfecho neonatal, estudo realizado no sul do Brasil com o objetivo de estabelecer a relação entre a posição materna no segundo período clínico do trabalho de parto e a condição do RN, identificou que quando comparada as posições vertical e horizontal, melhores resultados de Apgar foram observados nas posições verticais, com uma diferença mais pronunciada quando se tratou de adolescente, mostrando-se uma posição segura e vantajosa para o bebê (SANTOS *et al.*, 2009). Outros estudos mostraram que a escolha da posição vertical pelas parturientes resultou em escores de Apgar no primeiro e quinto minuto sempre maiores que sete (MOUTA *et al.*, 2008; BODNER-ADLER *et al.*, 2003). Não foram identificadas diferenças significativas nos resultados do RNs.

Conclui-se dessa forma que, em relação aos desfechos maternos, a escolha da posição vertical em comparação a posição horizontal pelas parturientes nos partos, resulta em índice menor de episiotomia, em uma menor incidência de trauma perineal, em menor tempo do segundo período clínico do parto. Não foram identificadas diferenças significativas nos resultados do RNs em relação as posições adotadas.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, correlacional, do tipo caso-controle. As pesquisas observacionais caracterizam-se por ser delineamento de pesquisa no qual os investigadores simplesmente observam os sujeitos sem realizar quaisquer intervenções. O modelo observacional escolhido para o presente estudo justifica-se por permitir determinar as condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. As pesquisas correlacionais busca interrelação ou associação entre duas ou mais variáveis (POLIT, BECK; 2015; ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

Os estudos de caso-controle podem ser utilizados para investigar a etiologia de doenças ou de condições relacionadas à saúde, e para avaliar ações e serviços de saúde. O custo relativamente baixo de estudos de caso-controle e a sua aplicabilidade para desfechos incomuns os tornam atrativos para muitas questões de pesquisa. O que os estudos de caso-controle podem fornecer são informações descritivas sobre as características dos casos e, o que é mais importante, uma estimativa da magnitude da associação entre cada variável preditora e o desfecho (HULLEY *et al.*, 2015; POLIT, BECK; 2015).

4.2. Período e Local do Estudo

O estudo foi realizado entre os meses de fevereiro de 2019 e abril de 2020 e foi desenvolvido no Centro Obstétrico (CO) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), maternidade pública, de nível terciário onde são desenvolvidas atividades de média e alta complexidade na atenção hospitalar e ambulatorial à mulher e ao recém-nascido, referência para atendimento obstétrico no Estado do Ceará e considerada Centro de Apoio as Boas Práticas ao Parto e Nascimento Norte/Nordeste, situada no município de Fortaleza, Ceará.

Trata-se de uma maternidade pertencente ao Complexo Hospitalar Universitário (CHU) da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como missão promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizagem, ensino, pesquisa e extensão, realizando um serviço de excelência à mulher e recém-nascido. A média de partos ocorridos no centro obstétrico da maternidade

do presente estudo é de 404 por mês, os quais destes 59,7%, em média, são cesariana e 40,3% evoluem para parto vaginal (MEAC, 2018).

O CO é composto por oito enfermarias e nove leitos, sendo dois leitos destinados à assistência de pacientes com Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG) e sete a assistência ao parto vaginal entre outras demandas obstétricas. São sete quartos com estrutura para assistência a mulher no pré-parto, parto e pós-parto, com banheiro privativo para a parturiente, composto por camas do tipo Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP) entre outros equipamentos que estimulam a promoção da livre movimentação durante o processo de parturição, como bola, banqueta ou cadeira de parto, escada de Ling e o arco que se acopla a cama promovendo apoio da mulher.

4.3 População e amostra

A população foi composta por todas as mulheres que evoluíram para parto vaginal no CO da MEAC. Participaram do estudo parturientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: nulíparas, gestação a termo (entre 37 e 41 semanas e 6 dias), com feto único, vivo, em apresentação cefálica e que evoluíram para parto vaginal espontâneo. Dessa forma, foi utilizado a seguinte conceituação para os grupos casos e controles:

- Grupo caso: Nulíparas em trabalho de parto internadas no CO da Instituição que ocorreu a pesquisa e que pariram em posições verticalizadas.

- Grupo Controle: Nulíparas em trabalho de parto internadas no CO da Instituição que ocorreu a pesquisa e que pariram em posições não-verticalizadas.

Foram excluídas para ambos os grupos mulheres em uso de analgesia farmacológica, uso de ocitocina para indução ou condução do parto vaginal, com diagnóstico prévio de malformação fetal, com peso fetal igual ou menor que 2500g e maior que 4000g e mulheres cujo parto foi induzido e ocorreu em domicílio ou fora do ambiente do CO.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se fórmula para estudos caso-controle considerando a diferença dos riscos (LEMESHOW et al., 1990). Nesse sentido seja p_1 a proporção de casos na população de mulher que evoluem para partos em posições verticais e seja p_2 a proporção de casos na população de mulher que evoluem para partos em posições não-verticais. O objetivo é medir a diferença $p_1 - p_2$. Para medir esse objetivo, segundo os autores, a seguinte expressão é adotada:

$$n = \frac{[p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)k](Z_{\alpha/2})^2}{kd^2}$$

Os parâmetros para o cálculo amostral são: $Z_{\alpha/2}$ é o nível de confiança; p_1 e p_2 são as proporções de resultados de laceração no grupo 1 ou 2; $1 - p_1$ e $1 - p_2$ são as proporções de resultados de não laceração no grupo 1 ou 2, respectivamente; grupo 1 representa o grupo na posição vertical e o grupo 2 representa o grupo de posição não-vertical; d representa o intervalo máximo permitida a diferença entre p_1 e p_2 ; k representa a proporcionalidade existente entre os dois grupos, se houver.

Para cálculo são necessárias informações prévias de estudos pilotos ou de informações prévias de estudos já conhecidos ou publicados (Miot, 2011). Nesse sentido, o estudo ‘Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal’ (SOUZA et al., 2020) fornece informações iniciais dos parâmetros k , p_1 e p_2 . Mais precisamente, $k = 0,8$, $p_1 = 0,689$ e $p_2 = 0,707$. Para o cálculo amostral faremos variações de k , d e α , conforme apresentado na tabela 1.

Considerando esses valores e variações de k , d e α , vários tamanhos amostrais são possíveis. Por exemplo, substituindo $p_1 = 0,689$ e $p_2 = 0,707$, $k = 0,7$ (ou seja, a relação 70% não vertical e 30% vertical), para estimar o risco da diferença de no máximo 10% (ou seja, $|p_1 - p_2| < 0,1$) com confiança de 95% de verdade, encontramos um total de 197 mulheres. Fazendo a proporcionalidade de 70% e 30%, logo foram 138 mulheres para o grupo não vertical e 60 mulheres para o grupo vertical.

Tabela 01: Tamanhos amostrais em função do erro máximo permitido, de k e do nível de significância. Fortaleza, 2020.

		Intervalo de valores para d						
		0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,10	0,15
Confiança		Considerando k = 0,7						
95%		789	548	402	308	243	197	88
90%		552	383	282	216	170	138	61
Confiança		Considerando k = 0,8						
95%		730	507	372	285	225	182	81
90%		511	355	261	200	158	128	57

Fonte: Dados gerados pelo autor

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2019 a fevereiro de 2020 e se deu da seguinte forma: 1. Identificação da parturiente no CO da instituição e convite para participação do estudo; 2. Coleta de informações no prontuário após observação não participante, direta e sistemática das ações antes, durante e após o parto por um profissional de saúde para definição da posição correta; 3. Entrevista com paciente no pós-parto imediato (na 1 hora) para informações complementares.

Foi utilizado um instrumento (APÊNDICE A) estruturado composto por perguntas fechadas, elaborado pela pesquisadora, contemplando as seguintes informações: Sociodemográficas (idade materna, procedência, estado civil, ocupação, cor/raça e escolaridade); Obstétricas (idade gestacional, quantidade de aborto anteriores, consultas de pré-natal, sobre orientações relativas a liberdade de posições no parto vaginal recebidas no PN e em CO presença de intercorrências gestacionais em gestação atual, estado das membranas e dilatação cervical na admissão, utilização de MNFAD no trabalho de parto, duração do período expulsivo, posição adotada no período expulsivo do parto, presença e grau da laceração perineal espontânea, realização de episiotomia, uso de manobra de Kristeller, presença de acompanhante de livre escolha e profissional de saúde que realizou o parto) e Pós-parto (contato pele a pele, estímulo ao aleitamento materno na primeira hora após o parto, o Apgar e o peso do RN e internamento em Unidade de Terapia Intensiva - UTI).

Em relação à duração do período expulsivo do parto vaginal, foi considerado o tempo a partir do momento em que foi detectada a dilatação completa (10 cm) até a expulsão completa do concepto ou hora do parto.

As posições verticais incluíram a posição sentada (incluindo cadeira de parto ou banqueta de parto), cócoras (sem apoio ou usando barras), a posição semissentada (tronco inclinado igual e maior de 45 graus em relação à horizontal), de pé e quatro apoios. E as posições não verticalizadas: a posição semissentada ou semideitada (tronco inclinado para trás < 45 graus em relação à horizontal), as posições lateralizadas e de litotomia.

Para analisar a posição da parturiente no momento do parto, quando este ocorrer na cama PPP, foi utilizado um medidor da angulação anexado as camas presentes nos leitos do CO, conforme figura.

Ressalta-se que a equipe foi orientada quanto a definição das posições de parto a fim de prevenir possíveis erros na classificação da posição de parir.

Os dados foram coletados nos turnos manhã e tarde, em dias aleatórios, contemplando seis dias por semana pela pesquisadora principal e por residentes de enfermagem obstétricas que foram orientados e treinados para utilização do instrumento.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram tabulados utilizando o software *Microsoft Excel* 2016. Em seguida, foram importados para o software estatístico *IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 24, para devido tratamento analítico. Fez-se uso de estatísticas descritivas dispostos em forma de tabela, onde foram contabilizados as frequências e porcentagens das variáveis em estudo. Após avaliações iniciais dos dados aplicou-se métodos estatísticos para verificar associações e correlações entre as variáveis. Para avaliar o comportamento entre duas variáveis categóricas fez-se uso do Teste Estatístico de Fisher (Teste de Associação), quando significativo aplicou-se Odds-Ratio (OR). Para as comparações quantitativas calculou-se a média seguido do intervalo de confiança de 95%. Para avaliar diferenças entre as médias fez-se Teste de Kruskal-Wallis.

4.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand via Plataforma Brasil e aprovado segundo o parecer nº 3.545.134 (ANEXO A). Os princípios éticos previstos segundo as normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos foram respeitados (BRASIL, 2012).

Foram utilizados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para fase observacional e o outro para entrevista no período pós-parto (APÊNDICE B). Destaca-se que todas as participantes e acompanhantes foram orientadas quanto aos objetivos do estudo.

Foi assegurado o direito de decidir participar ou não da pesquisa ou de desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Também foi assegurado o anonimato sendo garantido sigilo sobre todas as informações coletadas dos participantes e todos ficaram

cientes de que os dados obtidos poderão ser divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades.

5 RESULTADOS

Inicialmente, apresentaram os dados relativos a caracterização sociodemográfica das 197 parturientes envolvidas no estudo, através da associação da posição de parto com as seguintes variáveis preditoras: faixa etária, estado civil, raça, escolaridade, procedência e ocupação, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos dados segundo perfil sociodemográficos associados com a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.

Características	Posição				P-valor	OR (IC de 95%)
	Vertical		Não vertical			
	n	%	n	%		
Faixa etária					0,011	
<=34 anos	54	91,5	136	99,3		-
>34 anos	5	8,5	1	0,7		12,59 (1,44 - 110,30)
Estado civil					>0,999	
Parceiro fixo	39	66,1	91	65,9		
Sem parceiro fixo	20	33,9	47	34,1		
Raça					0,505	
Branca	16	26,7	44	31,9		
Não branca	44	73,3	94	68,1		
Nível de escolaridade					0,593	
<= 9 anos	16	26,7	32	23,2		
>9 anos	44	73,3	106	76,8		
Procedência					0,634	
Capital	52	86,7	123	89,1		
Interior	8	13,3	15	10,9		
Ocupação					0,579	

Remunerado	15	25,0	29	21,0
Não remunerado	45	75,0	109	79,0

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Em relação a faixa etária, a distribuição das parturientes estudadas não foi homogênea e constatou-se que houve predominância de mulheres com idade entre 18 e 34 anos (148, 75,5%), com mínima de 14 e máxima de 38 anos. Ao observar os dois grupos isoladamente e realizar uma comparação entre ambos evidenciou um percentual maior de mulheres que pariram na posição vertical nessa faixa etária de 18 a 34 anos, equivalendo a 72,9% dos casos (n=43), enquanto 76,6% (n=105) das mulheres incluídas no grupo controle possuíam faixa etária nesse intervalo. Verificou-se associação estatística entre a faixa etária e ocorrência do parto na posição vertical ($p=0,011$), sendo observado que mulheres com idade superior a 34 anos possuem 12,59 mais chances (OR=12,59; IC = 1,44 - 110,30) de parirem em posições verticalizadas comparada a mulheres com faixa etária inferior.

Quanto as variáveis procedência, estado civil e raça das mulheres incluídas no estudo, identificou-se que a maioria das parturientes dos grupos caso e controle eram provenientes de Fortaleza (86,7%; 89,1%), viviam com seus parceiros em união estável (39%; 43,5%) e casadas (27,1%; 22,5%), ou seja, com parceria fixa e se autodeclaravam pardas (63,3%; 63,8%). Não foi observada associação estatística entre essas variáveis e a posição de parto.

Acerca da escolaridade, apresentou-se semelhante a distribuição entre os grupos, observando uma predominância de mulheres com nível educacional superior a 9 anos de estudo nos grupos caso e controle (73,3%; 76,8%). Em relação a ocupação, notou-se que apenas uma pequena parcela das mulheres envolvidas em ambos os grupos realizava alguma espécie de trabalho formal e remunerado (25%; 21%), a maioria realizava trabalho doméstico no próprio lar ou ainda eram estudantes. Entretanto, não foi identificado associação estatística entre as variáveis escolaridade e ocupação com a posição de parto.

Outras características que foram avaliadas nesse estudo, consistem em variáveis relacionadas a assistência pré-natal, dentre essas variáveis estão as seguintes: quantidade de consultas pré-natais; local de realização do pré-natal, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição da característica posição de parto relacionada a assistência pré-natal segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.

	Posição				P-valor
	Vertical		Não vertical		
	n	%	n	%	
Local que realizou o pré-natal (UBS)					0,494
Não	4	6,7	6	4,3	
Sim	56	93,3	132	95,7	
Local que realizou o pré-natal (Serviço particular)					0,439
Não	59	98,3	131	94,9	
Sim	1	1,7	7	5,1	
	Média	DP (máx - mín)	Média	DP (máx - mín)	
Número de consultas de pré-natal:	6,4	2,8 (13-0)	7,2	2,6 (14-0)	0,075
Número de abortos	0,1	0,3 (1-0)	0,1	0,3 (2-0)	>0,999

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Quanto às consultas de pré-natal, verificou-se que a maioria das parturientes dos grupos caso e controle foi acompanhada por um profissional de saúde durante a gestação e que esse acompanhamento ocorreu com maior prevalência (93,3%; 95,7%) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Evidenciou-se ainda que essas mulheres participaram de seis ou mais consultas, com média de 6,4 consultas no grupo caso e 7,2 no grupo controle respectivamente. Não foi possível detectar diferenças estatísticas nas

características analisadas. Ressalta-se que houve mulheres que realizou consulta de PN em mais de um local.

Tabela 4: Distribuição da posição de parto associado as informações recebidas no pré-natal e profissional que realizou orientação. Fortaleza, no período de set/2019 a jan. /2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.

Características	Posição				P-valor	OR (IC de 95%)
	Vertical		Não vertical			
	n	%	n	%		
Informações no PN					0,069	
Sim	12	20,0	14	10,1		
Não	48	80,0	124	89,9		
Profissional que orientou (Enfermeiro)					0,114	
Não	51	85,0	128	92,8		
Sim	9	15,0	10	7,2		
Profissional que orientou (Médico)					0,539	
Não	55	91,7	130	94,2		
Sim	5	8,3	8	5,8		
Profissional que orientou (outros)					>0,999	
Não	60	100,0	136	98,6		
Sim	0	0,0	2	1,4		

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Quando questionadas sobre receber informações no pré-natal acerca liberdade de posição no parto vaginal, verificou-se que apenas uma pequena parcela das parturientes dos grupos caso e controle (20%; 10,1%) foi orientada por um profissional de saúde durante esse acompanhamento, apesar da quantidade de consultas realizadas. Não foi possível observar significância para a essa variável ($p = 0,069$), indicando que não há

associação entre receber informações no pré-natal acerca da liberdade de movimento e parir na posição vertical.

Tabela 5: Distribuição dos dados dilatação na admissão e estado das membranas segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.

Características	Posição				P-valor
	Vertical		Não vertical		
	n	%	n	%	
Dilatação na admissão					0,756
< 6 cm	28	46,7	60	43,5	
>= 6 cm	32	53,3	78	56,5	
Estado das membranas					0,426
Íntegras	36	60,0	91	65,9	
Rota	24	40,0	47	34,1	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Identificou-se que a maioria das mulheres dos grupos caso e controle foram admitidas no CO em fase ativa do trabalho de parto, ou seja, apresentando dilatação cervical entre 6 e 10 cm (53,3%; 56,6%) e com membranas íntegras (60%; 65,9%). Não foi possível detectar efeitos significativos em relação as variáveis mencionadas e a posição adotada no parto.

Tabela 6: Distribuição das práticas de atenção ao parto e nascimento segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE, 2020.

Características	Posição				P-valor
	Vertical		Não vertical		
	n	%	n	%	
Uso de MNFAD no TP					0,353
Sim	58	96,7	128	92,8	
Não	2	3,3	10	7,2	
Presença do acompanhante no TP					-

Sim	60	100,0	138	100,0	
Não	0	0,0	0	0,0	
Escolha da posição					>0,999
Livre escolha da mulher	59	98,3	135	97,8	
Imposição profissional	1	1,7	3	2,2	
Realizado krisleller					>0,999
Sim	0	0,0	2	1,4	
Não	58	100,0	136	98,6	
Episiotomia					0,109
Sim	0	0,0	8	5,8	
Não	60	100,0	129	94,2	
Laceração Perinel					>0,999
Ausente	9	15	22	15,9	
Presente	51	85	116	84,2	
Grau de Laceração					0,249
Lacerações leve	47	92,2	112	96,6	
Lacerações graves	4	7,8	4	3,4	
Sutura de laceração perineal					0,516
Ausência de sutura	5	9,8	7	6,0	
Sutura de laceração	46	90,2	109	94,0	
Intercorrências obstétricas no parto					0,701
Sim	3	5,0	5	3,6	
Não	57	95,0	133	96,4	
Intercorrências obstétricas após o parto					0,641
Sim	2	3,3	3	2,2	
Não	58	96,7	134	97,8	
	Média	DP (máx - mín)	Média	DP (máx - mín)	
Duração do Período Expulsivo	53,5	236,9 (1394 - 5)	45,2	158,3 (1341- 2)	0,221

Em relação as práticas de assistência durante o primeiro período clínico do parto vaginal, uma variável analisada foi o uso de MNFAD, dentre os quais destacam-se os seguintes: banho de aspersão, uso da bola, uso do cavalinho, deambulação, respiração consciente, massagem, musicoterapia, dança e escada de ling. Dentre as mulheres pertencentes aos grupos envolvidos nessa pesquisa, evidenciou-se que quase a totalidade fez uso de um ou mais desses métodos durante o trabalho de parto correspondendo a 96,7% do grupo caso e 92,8% do grupo controle, porém, apesar dos métodos citados favorecer a verticalização da mulher, essa variável não apresentou associação estatística com a posição de parir. Foi respeitado a presença do acompanhante para todas as mulheres do estudo.

Em relação às condições do períneo, não houve associação entre as variáveis posição do parto e a presença de lacerações perineais espontâneas. Foi possível observar, quando presente, uma maior frequência das lacerações de 1º e 2º grau em ambos os grupos. A posição não vertical no momento do parto resultou em uma menor frequência de lacerações graves, observando 6,7% no grupo caso e 2,9% no grupo controle. Foi semelhante a presença de períneos íntegros em ambos os grupos, correspondendo a 15% do grupo caso e 15,9% do grupo controle. Não foi identificado laceração perineal de grau 4.

Não foi evidenciado presença de intervenções no segundo período clínico do parto como episiotomia e manobra de Kristeller no grupo caso, enquanto no grupo controle a prevalência dessas práticas foi de 5,8% e 1,4% respectivamente. Apesar disso, não foi identificado associação estatística entre essas variáveis e a posição de parto.

Em relação a presença de intercorrências, as taxas foram mínimas para os grupos caso e controle no momento do parto (5,0%; 3,6%) e após o parto (3,3%; 2,2%), apresentando proporções semelhantes nos grupos estudados.

Vale ressaltar que, contraditoriamente, as mulheres que pariram na posição vertical tiveram período expulsivo mais longo, porém tal diferença não foi estatisticamente significativa.

Tabela 7: Distribuição dos dados referentes ao recebimento de informações na sala de parto e profissional que realizou orientação associados com a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE , 2020.

Características	Posição				P-valor	OR (IC de 95%)
	Vertical		Não vertical			
	n	%	n	%		
Orientação sobre posição de parto na SP					0,511	
Não	2	3,3	9	6,5		
Sim	58	96,7	129	93,5		
Profissional que orientou (Médico)					0,048	
Não	28	46,7	44	31,9		1,86 (1,01 - 3,47)
Sim	32	53,3	94	68,1		-
Profissional que orientou (Enfermeiro)					0,145	
Não	6	10,0	27	19,6		
Sim	54	90,0	111	80,4		
Profissional que orientou (Téc. de enfermagem)					0,174	
Não	52	86,7	107	77,5		
Sim	8	13,3	31	22,5		

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Quanto a variável orientação sobre liberdade de posição em CO, constatou-se algo bastante frequente, sendo verificada que grande parte das mulheres envolvidas no estudo (187, 94,4%) foram orientadas quanto aos benefícios e importância das posições verticalizadas durante o parto e nascimento. Destaca-se que essas mulheres receberam orientações de um ou mais profissionais envolvidos nesse processo, destacando-se os médicos e enfermeiros.

Foi possível detectar diferenças significativas quando houve orientação médica ($p=0,055$), estando associada a posições não verticais. Dessa forma, observou-se um

aumento de 86% a chance de realizar o parto na posição vertical quando a orientação foi de outros profissionais e não foi do médico.

Em relação à posição adotada no período expulsivo do parto, as posições verticalizadas utilizadas foram: sentada com apoio na banquetela de parto (35, 58,4%), cócoras (14, 23,3%), semissentada $\geq 45^\circ$ (6, 10%), Gaskin (3, 5%) e pé (2, 3,3%). E as posições não-verticalizadas foram: a posição semi-deitada $< 45^\circ$ (120, 87%), ginecológica/litotômica (10, 7,2%), Decúbito Lateral Esquerda (DLE) (8, 5,8%).

Tabela 8: Distribuição das práticas realizadas do terceiro período clínico do parto e desfecho neonatal segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE , 2020.

Características	Posição				P-valor
	Vertical		Não vertical		
	n	%	n	%	
Contato pele a pele					0,556
Sim	59	100,0	135	97,8	
Não	0	0,0	3	2,2	
Estímulo ao ame na primeira hora de vida					0,517
Sim	55	91,7	131	94,9	
Não	5	8,3	7	5,1	
Apgar no 1 minuto					0,174
< 7	5	8,3	5	3,6	
≥ 7	55	91,7	133	96,4	
Apgar no 5 minuto					0,905
≥ 7	60	100	138	100	
Internação na UTI ou BMR					0,202
Sim	4	6,7	3	2,2	
Não	56	93,3	135	97,8	
	Média	DP (máx - mín)	Média	DP (máx - mín)	
Peso RN	3213,3	313,6 (3910 - 2540)	3177,0	378,4 (3995 - 2510)	0,571

Apgar no 1 minuto	8,3	1 (9,0 – 5,0)	8,4	0,9 (9 – 4)	0,623
Apgar no 5 minuto	8,9	0,4 (10 – 7)	8,9	0,4 (7 – 10)	0,609

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Quase totalidade das mulheres dos grupos caso e controle receberam estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida (91,7; 94,9%) e realizaram contato pele a pele (100,0%; 97,8%) com o RN logo após o nascimento, fatores primordiais para humanização do parto. Não foi identificada associação estatística entre as práticas avaliadas e a posição de parto.

Quanto à vitalidade do RN, quase totalidade dos sujeitos envolvidos nos grupos caso e controle tiveram índice de Apgar ≥ 7 no primeiro minuto de vida (91,7%; 96,4%) e no quinto minuto essa porcentagem subiu para 100% em ambos os grupos indicando boa vitalidade dos RNs.

Tabela 9: Distribuição dos dados referentes a satisfação materna e profissional que realizou o parto segundo a posição de parto. Fortaleza, no período de set/2019 a jan/2020, MEAC. Fortaleza –CE , 2020.

Características	Posição				P-valor
	Vertical		Não vertical		
	n	%	n	%	
Satisfação					0,021
Muito satisfeita	18	30,0	19	13,8	6,63 (1,74 - 59,39)
Satisfeita	41	68,3	112	81,2	2,56 (0,31 - 21,47)
Pouco insatisfeita ou Insatisfeita	1	1,7	7	5,1	-
Profissional que realizou o parto					<0,001
Enfermeiro	46	76,7	58	42,0	4,53 (2,28 - 9,01)
Médico	14	23,3	80	58,0	-

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Foi verificada relação estatística entre a posição de parir e a satisfação da mulher com a posição de parir ($p=0,021$). Para as mulheres que realizaram o parto vertical, existe

uma chance de 6,63 vezes de serem muito satisfeitas com o parto, quando comparada aquelas insatisfeitas ou pouco insatisfeitas.

Acerca do profissional que realizou assistência ao parto, o enfermeiro se destacou nos partos realizados em posições verticalizadas (76,7%). Constatou-se a presença de associação estatística entre essa variável e ocorrência do parto na posição vertical, sendo observado que a realização de parto pelo o enfermeiro aumenta em 4,53 (IC= 2,28 - 9,01) vezes a chance da ocorrência do parto nas posições verticalizadas.

6 DISCUSSÃO

Ao analisar as características sociodemográficas das mulheres, um estudo realizado na mesma maternidade desta pesquisa com primíparas observou o predomínio de mulheres da faixa etária de 20 a 29 anos (47,8%), em união estável (46,5%), que não exercia atividade remunerada (69,9%), procedente de Fortaleza (85,4%) e que cursaram o ensino médio completo (41,6%), dados semelhantes aos da presente pesquisa e aos encontrados em Belo Horizonte (MG) (SOUZA *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2016).

Ressalta-se a prevalência de mães nas idades extremas, sendo 21,4% adolescentes e 3,1 % de mães com idade igual ou maior de 35 anos, ambas com potencial de risco para a saúde materno-fetal. A idade materna é algo relevante, porém não deve ser vista como fator isolado para complicações maternas e obstétricas, sendo de fundamental importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento acerca das implicações de uma gestação com riscos (ALVES *et al.*, 2017). A taxa de adolescentes, ou seja, menores de 20 anos, assemelha-se a outro estudo (REIS *et al.*, 2016) e indicam maior necessidade de um bom acompanhamento pré-natal e da presença do acompanhante em todo o ciclo gravídico-puerperal.

Estudos apontam nas gestações tardias, ou seja, as gestações em que as mulheres engravidam após os 34 anos de idade, uma maior frequência de resultados perinatais adversos e maiores riscos obstétricos quando comparadas com as mulheres que engravidam em idade inferior, com destaque para a prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia e índice de Apgar abaixo de 7 (ALVES *et al.*, 2017; BEZERRA *et al.*, 2015; PAULA *et al.*, 2013). Em relação à idade materna elevada, o resultado encontrado no presente estudo está próximo aos encontrados em outros estudos (VARGENS *et al.*, 2017), (PRADO *et al.*, 2017).

Muitos são os fatores que levam as mulheres contemporâneas ao adiamento da maternidade, destacando-se a espera pela estabilidade financeira com o desejo da mulher em investir na formação e na carreira profissional, a postergação da época do casamento e as taxas aumentadas de divórcios seguidos de novas uniões (ALDRIGHI *et al.*, 2016).

Observou-se que a idade materna maior que 34 anos representou um dos fatores que aumenta a chance de ter parto em posições verticalizadas. Essa associação pode estar relacionada com o maior risco de complicações na gestação dessa faixa etária, que levaria

essas mulheres a ter um acompanhamento obstétrico com maior atenção pelos profissionais de saúde, sendo orientadas quanto a importância de assumir posições verticalizadas, além de perceberem-se mais maduras e preparadas para o parto vaginal.

Quanto ao acompanhamento PN, os dados indicaram que, do ponto de vista quantitativo, o pré-natal realizado foi de acordo com o recomendado. O Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo seis consultas, sendo: uma consulta no primeiro trimestre; duas consultas no segundo trimestre; e três ou mais consultas no terceiro trimestre. Uma atenção ao pré-natal, com qualidade e humanização, é necessária para assegurar o desenvolvimento de uma gestação saudável e para que haja uma mudança no processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Achado semelhante foi observado em estudo nacional de base hospitalar, realizado com 23 894 mulheres, verificando que 73,2% apresentaram um número adequado de consultas de pré-natal, porém considerou-se que apesar da assistência pré-natal no Brasil alcançar cobertura praticamente universal, persistem desigualdades no acesso a um cuidado adequado, que teria potencial de reverter os indicadores perinatais desfavoráveis ainda observados no país (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Analisando o acompanhamento pré-natal do ponto de vista qualitativo, observou-se que uma pequena proporção das mulheres do estudo recebeu informações sobre liberdade de posição de parto durante o pré-natal, demonstrando uma deficiência na qualidade desses acompanhamentos. Esse dado corrobora com um estudo realizado com 358 puérperas de maternidade pública do sul do Brasil com o objetivo de avaliar a relação entre assistência pré-natal e orientações para o parto na Atenção Primária à Saúde, identificando que mais da metade das mulheres (52%) não receberam qualquer orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal, sendo que destas, 38,2% estavam gestando o primeiro filho. Apesar da oferta ideal do número de consultas pré-natais, a qualidade do cuidado vem sendo classificada como intermediária ou inadequada, evidenciando acesso precário às orientações para o parto durante o acompanhamento pré-natal (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Em relação as práticas recomendadas na assistência ao parto, um estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, revelou que a presença de acompanhante foi respeitada pelos profissionais das instituições estudadas em mais de 95% das mulheres e que a

utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor ao longo do trabalho de parto ocorreu em 74% das puérperas, semelhante ao presente estudo (SOUSA *et al.*, 2016).

Sobre a presença do acompanhante, todas as mulheres de ambos os grupos possuíram durante o parto, o que reforça a afirmativa da instituição ser referência obstétrica e está em consonância com as leis que regularizam a presença do acompanhante em todos os partos.

Estudo realizado com o objetivo de analisar se a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul do Brasil, onde foram analisados dados de 2.070 mulheres, aponta que a presença do acompanhante esteve estatisticamente relacionada à maior oferta de líquidos/alimentos (RPa=1,34), prescrição de dieta (RPa=1,34), uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (RPa=1,37), amniotomia (RPa=1,10), analgesia peridural ou ráqui (RPa=1,84), adoção de posição não litotômica no parto (RPa = 1,77), permanência na mesma sala durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (RPa=1,62), contato pele a pele no parto (RPa=1,81) e na cesariana (RP = 2,43), bem como redução da manobra de Kristeller (RPa = 0,67), tricotomia (RPa = 0,59) e enema (RPa=0,49), o que justifica o estímulo a presença do acompanhante para maior adesão as boas práticas obstétricas, concordando com o presente estudo (MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Em relação à posição adotada no período expulsivo do parto, as posições mais utilizadas foram: sentada com apoio na banquetta de parto (35, 58,4%) no grupo vertical e a posição semissentada <45° (120, 87%) no grupo não vertical.

No que se refere ao posicionamento da parturiente no parto vaginal, é importante ressaltar que a posição litotômica (10, 7,2%) está sendo pouco utilizada pelos profissionais que trabalham no CO, sendo considerada como uma boa prática na assistência obstétrica. Segundo as práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, encorajar ou induzir a parturiente a assumir a posição horizontal (litotômica) é considerada uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada (OMS, 2018). Mesmo assim, chama atenção para que o registro da angulação da cama seja feito de forma correta, pois a angulação da posição litotômica é caracterizada pela angulação zero e talvez este pequeno percentual de profissionais não estejam se atentando a classificação correta da posição por ocasião do parto.

Dentre os recursos de promoção de posições não supinas durante o trabalho de parto e parto, tem-se a banqueta de parto, a qual vem sendo utilizada em algumas maternidades brasileiras como tecnologia para incentivar a mobilidade da mulher durante o trabalho de parto e para a promoção do parto verticalizado. Estudo realizado em Campina Grande, na Paraíba, revelou que 78,92% dos partos avaliados foram realizados na posição vertical, sendo que 15,7% foram na banqueta de parto (ALVES *et al.*, 2015). Percebe-se, dessa forma, um aumento na utilização desse recurso pelas mulheres.

Em relação aos traumas perineais espontâneos, podem ser únicos ou múltiplos e são classificados de acordo com os tecidos lesados, em virtude da intensidade e gravidade, as quais são classificadas em: primeiro grau (lesão apenas na pele); segundo grau (lesão dos músculos do períneo sem o envolvimento do esfíncter anal), terceiro grau (lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal), e quarto grau (lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal) (BRASIL, 2016).

Semelhante a outro estudo, não foi identificada associação entre posições adotadas no segundo período clínico do parto e laceração vaginal espontânea ($p=0,81$), demonstrando que não há maior probabilidade de lacerações perineais apesar da posição escolhida pela mulher para parir, podendo a mulher adotar posições mais confortáveis para si no momento do nascimento (SOUZA *et al.*, 2020)

Porém, em relação ao grau de laceração, na presente pesquisa não foi possível observar relação estatística, diferente de outro estudo retrospectivo com amostra de 164 prontuários, realizado com o objetivo de verificar a relação entre o posicionamento no parto vaginal e a ocorrência de lacerações perineais espontâneas em mulheres assistidas em uma casa de parto, no qual identificou que na posição horizontal, a taxa de ocorrência de laceração de 3º grau (8,0%) foi a maior. Observou-se, ainda uma prevalência de lacerações leves, como as de lacerações de 1º e 2º grau, entre as posições verticais e horizontais respectivamente (87%, 72%), corroborando com os dados da presente pesquisa. (SCHETTINI *et al.*, 2017).

A realização da episiotomia é considerada uma prática não recomendada no segundo período clínico do parto, não devendo ser realizado sem indicação e de forma rotineira (OMS, 2018). Neste estudo, independentemente da posição do parto, a taxa encontrada foi inferior daquela recomendada pela OMS, que é em torno de 10% a 30%

(WHO, 1996), assim como observado em outros estudos realizados com o objetivo de discutir práticas na assistência ao parto em instituições de saúde, onde atuam conjuntamente médicos e enfermeiras obstétricas identificando taxas de 8,4% e 4,0% (VARGENS *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2016).

Pesquisa documental realizada com 226 primíparas de risco habitual que pariram por via vaginal em uma maternidade terciária no estado do Ceará, com o objetivo de identificar as associações entre o desfecho perineal em primíparas e as intervenções ocorridas durante o trabalho de parto, parto, peso e APGAR do recém-nascido verificou associação ($p= 0,012$) entre a posição no período expulsivo do parto e a realização de episiotomia. Todas as mulheres submetidas a episiotomia estavam na posição horizontal, das quais 17,4% estavam na posição deitada e 82,6%, na posição semissentada, corroborando com o presente estudo (SOUZA *et al.*, 2020).

Essa prática encontra-se fortemente associada a partos atendidos por médicos da equipe, em primíparas e com parto instrumental, sendo menos comum nos partos atendidos por enfermeiras (BRAGA *et al.*, 2014).

Em relação a outra prática não recomendada no segundo período clínico do parto, a manobra de Kristeller não apresentou no presente estudo associação com posição de parto, sendo ausentes em posições verticais. Estudo de intervenção aponta que essa prática esteve associada ao alongamento da incisão da episiotomia e a maiores lacerações cervical (ACMAZ *et al.*, 2015). Portanto, considera-se que ao utilizar essa prática o profissional está indo de encontro com a humanização da assistência, visto ser uma conduta que não traz benefícios ao binômio, além de ser uma violação ao direito da mulher a sua integridade corporal, uma vez que, além dessa manobra oferecer riscos potenciais que devem ser considerados, causa à parturiente o desconforto da dor durante a sua realização (SOUSA *et al.*, 2016).

Dessa forma, percebe-se que a adoção de posições verticalizadas tem sido apontada como fator importante para a redução de práticas não recomendadas como a episiotomia e a realização da Manobra de Kristeller nas parturientes.

Em relação a escolha da posição assumida no parto, quase totalidade das mulheres avaliadas referiram que foi de livre escolha, sendo orientada pelos profissionais sobre os benefícios da liberdade de posição no para o binômio, tendo a autonomia de decidir ficar como se percebia mais confortável. Portanto, percebe-se os esforços dos profissionais envolvidos na assistência no intuito de devolver à mulher o seu protagonismo na cena do

parto, inclusive, o de poder escolher a posição mais adequada a seu parto. As orientações oferecidas pelos profissionais é o fator relevante na escolha da posição no parto.

A importância das orientações acerca do parto, desde o pré-natal e o reforço dessas informações na admissão para a assistência ao parto, são aspectos que favorecem ou contribuem para a adesão às posições não supinas no parto. Quanto mais informações forem disponibilizadas à mulher, mais chance ela terá de assumir-se enquanto protagonista no cenário de nascimento. O preparo da gestante deve ser iniciado precocemente e incluir informações sobre as boas práticas, possíveis posições no período expulsivo e as vantagens e desvantagens de cada uma (SILVA *et al.*, 2019). As informações podem embasá-la e fortalecê-la em suas escolhas, dando-lhe condições de participar ativamente do processo de parturição (REIS *et al.*, 2017).

Percebe-se dessa forma que as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento se relacionam principalmente às tecnologias leves de cuidado em saúde, isto é, às orientações pré-natais e em sala de parto bem conduzidas proporcionando autonomia, ao acolhimento e à livre escolha da mulher não só nas diferentes etapas do parto, mas também na inclusão da família e/ou do acompanhante no processo de parturição (PEREIRA *et al.*, 2018).

Em relação as práticas recomendadas no terceiro período clínico do parto, o contato pele-a-pele entre a mãe e o bebê na primeira hora após o nascimento e estímulo a amamentação na primeira meia hora de vida do RN são fatores primordiais na humanização do atendimento ao parto, descrito nos passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que é uma estratégia do Ministério da Saúde para incentivar a amamentação exclusiva. Destaca-se que a maternidade sob estudo apresentou resultados favoráveis, uma vez que se verificou que essa prática esteve presente em quase totalidade das mulheres avaliadas, o que justifica a sua titulação como Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2011c).

Essas práticas reconhecidas pela OMS como um importante componente na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, deve ser implementada como rotina hospitalar no conjunto dos países no intuito de reduzir a mortalidade neonatal e atingir as metas do componente quatro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio devendo ser incentivada uma vez que pode reduzir em 22% a mortalidade neonatal (BOCCOLINI *et al.*, 2013). O resultado encontrado nesta pesquisa foi positivo, pois quase a totalidade dos

recém-nascidos foram amamentados na primeira hora de vida. É importante considerar que os bebês que não receberam o contato pele a pele e leite materno na primeira hora foram os que necessitaram de atendimento imediato neste período.

Em relação às variáveis neonatais, não houve divergência relevante nos desfechos de recém-nascidos em relação à posição adotada pela parturiente no parto apontando que o parto vaginal proporciona condições de boa vitalidade para o RN. Um estudo realizado com 317 primíparas que tiveram parto normal, identificou que 300 (94,6%) bebês tiveram índice de *Apgar* ≥ 7 no primeiro minuto de vida e que no quinto minuto de vida esse valor subiu para 310 (97,8%), indicando boa vitalidade da quase totalidade dos RNs, conforme encontrado no presente estudo (MUSSUMECI *et al.*, 2018).

Foi identificada associação estatística entre parto vertical e ser assistido por enfermeiro, assim como em outro estudo sobre a temática (ROSA, 2016; SANTOS *et al.*, 2017; ALVARES *et al.*, 2018). Os enfermeiros obstetras estão em um processo de transformação de sua prática em direção ao rompimento com o modelo medicalizado e uma atuação menos intervencionista, dando preferências às práticas que não interferem na fisiologia do parto e que está em consonância com as diretrizes preconizadas pela OMS, destacando-se o estímulo a adoção de posições verticalizadas e a livre movimentação.

Uma Revisão Sistemática realizada com o objetivo de comparar o modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetras versus outros modelos de assistência, incluiu um total de 15 estudos e envolveu 17.674 mulheres, demonstrando que a enfermeira obstétrica é componente fundamental na assistência ao parto. Há evidências de que as gestantes têm menor probabilidade de sofrer intervenções, maior probabilidade de se sentirem satisfeitas com os cuidados recebidos e uma probabilidade semelhante de terem desfechos adversos maternos ou perinatais (SANDALL *et al.*, 2016).

Fica evidente a importância do profissional enfermeiro obstetra ao permitir uma assistência integral e com conhecimento técnico e científico, capaz de mensurar as necessidades humanas, para se utilizar as condutas úteis e recomendadas pela OMS no trabalho de parto e parto. Isso justifica a recomendação para a implementação de um modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetra na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2017).

Com relação aos resultados sobre satisfação materna, um estudo comparou resultados obstétricos e a satisfação do parto das mulheres em dois modelos diferentes de maternidade, onde uma predominância o modelo de atenção biomédico, com uma atenção intervencionista, e outra com atenção humanizada, tratando-se de dois hospitais universitários no sudeste da Espanha. O modelo humanizado ofereceu melhores escores de satisfação das mulheres durante o parto, nascimento e período pós-natal imediato do que o modelo biomédico (CONESA *et al.*, 2016).

No estudo foi identificada associação estatística ($p=0,021$) entre satisfação materna e a posição adotada na hora de parir. Uma experiência positiva de parto influencia a vida futura da mulher, aumentando a sua autoestima, bem-estar e sensação de competência. A posição no período expulsivo está associada a maior satisfação quando a posição de parir foi a de escolha da mulher proporcionando a parturiente o controle desse momento (TORRES *et al.*, 2018).

Percebe-se que a alta prevalência da satisfação materna com a posição de parto independentemente da posição adotada para parir pode estar relacionada a algo mais amplo, como a atenção humanizada da assistência dos profissionais que, apesar de ter esse momento como corriqueiro, percebe como único e inesquecível para cada parturiente e da Instituição do estudo ao aderir e estimular o uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Ao analisar separadamente as posições mais prevalentes nos grupos analisados, destacou-se o uso da banqueta de parto. Um estudo dinamarquês de coorte observacional baseado em informações sobre o nascimento coletadas prospectivamente com 10 629 nascimentos vivos, únicos e não instrumentais em apresentação cefálica, identificou que as mulheres que deram à luz na banqueta de parto tiveram menos probabilidade de realizar uma episiotomia (0,5%) e aumentou o risco de ruptura perineal de terceiro ou quarto grau (3,70 %), independentemente da paridade, corroborando com o presente estudo. O estudo afirma ainda que a banqueta leva a expulsivo mais rápido, o que é um fator influenciado da lesão, recomendando que os profissionais retardem esse período, para que a saída do bebê seja mais suave e que os riscos sejam reduzidos (THIES-LAGERGREN *et al.*, 2020).

No presente estudo observou-se um período expulsivo mais longo, quando comparado com as demais posições. Este dado pode estar relacionado ao fato dos

profissionais de saúde oferecerem a banqueta após identificarem uma prolongação desse período, com o objetivo de evitar riscos ao binômio.

Recomenda-se estudos mais aprofundados sobre essa tecnologia de parto, a fim de avaliar o uso correto e os possíveis riscos e benefícios para parturiente e RN. É importante ressaltar a necessidade de um registro adequado das posições de parto em prontuários e indicadores, atentando para uma descrição correta e de acordo com a angulação da cama/leito PPP e também respeitando o desejo da mulher.

Como limitações apresentadas neste estudo, destaca-se que a qualidade das informações fornecidas pelas mulheres entrevistadas, que depende de suas recordações sobre os eventos, fato minimizado pela realização da entrevista no pós-parto imediato.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo propôs avaliar a influência das posições maternas nos desfechos do parto e nascimento. Após obtenção e análises dos resultados e comparação com a literatura pertinente, conclui-se que as posições podem influenciar em diversos aspectos.

Constatou-se associação estatística entre a faixa etária e ocorrência do parto na posição vertical, sendo observado que mulheres com idade superior a 34 anos possuem mais chances de parirem em posições verticalizadas comparada a mulheres com faixa etária inferior.

Quanto aos aspectos relacionados à assistência pré-natal, foi possível observar associação entre a presença de informações nesse acompanhamento e parir na posição vertical. Desse modo, evidenciou uma maior chance de o parto ocorrer na posição vertical quando a paciente foi informada sobre a liberdade de posição no pré-natal.

Em relação as práticas obstétricas relacionadas a assistência ao parto vaginal, não houve associação entre o uso de MNFAD, presença de acompanhante e a posição de parir, evidenciado uma adesão por quase totalidade das pacientes avaliadas de ambos os grupos. Assim como não foi observado associação entre a realização de Kristeller e episiotomia e a posição de parto, apesar de não ser evidenciado essas práticas nos partos realizados em posições verticalizadas. Verificou-se que, na instituição do estudo, há prevalência do uso das práticas obstétricas que estão de acordo com as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde no que concerne as boas práticas de parto e nascimento na assistência ao trabalho de parto e parto, o que representa um avanço para a instituição frente a outras realidades em vários locais no País.

Em relação às condições do períneo, não houve associação entre as variáveis posição do parto e a presença de lacerações perineais espontâneas, demonstrando que não há maior probabilidade de lacerações perineais apesar da posição escolhida pela mulher para parir, podendo a mulher adotar posições mais confortáveis para si no momento do nascimento.

Quanto a variável orientação sobre liberdade de posição em CO, foi possível detectar diferenças significativas quando houve orientação médica, estando associada a posições não verticais. Dessa forma, observou-se um aumento da chance de realizar o

parto na posição vertical quando a orientação foi de outros profissionais e não foi do médico.

Foi verificada relação estatística entre a posição de parir e a satisfação da mulher. Para as mulheres que realizaram o parto vertical, existe maior chance de serem muito satisfeitas com o parto, quando comparada aquelas insatisfeitas ou pouco insatisfeitas.

No tocante aos desfechos neonatais, ambas as posições foram satisfatórias para os neonatos. Quase totalidade tiveram índice de Apgar ≥ 7 no primeiro e no quinto minuto de vida, indicando boa vitalidade dos RNs nas posições verticais e não-verticais.

O estudo evidencia associação da posição vertical no período expulsivo em partos assistido por enfermeiro, sendo observado que a realização de parto pelo enfermeiro aumenta a chance da ocorrência do parto nas posições verticalizadas. Com isso, esta pesquisa aponta implicações importantes relacionadas à prática que integram o parto e nascimento, reforçando a importância desse profissional para contribuir para a melhoria da qualidade de assistência à saúde.

Sugere-se ações para a liberdade de posição no período expulsivo do parto vaginal e estímulo à variação de posição de parto verticalizadas, visto seus benefícios diante das outras, deixando a mulher livre para parir na posição que proporcione mais conforto e confiança. Além disso, indica-se a melhoria da atuação profissional como educador em saúde desde o acompanhamento pré-natal até o momento da admissão no parto para desfechos favoráveis e maior satisfação materna.

Diante da relevância dos achados, entende-se como fundamental a continuidade e aprofundamento dos resultados aqui encontrados através de estudos de intervenção e de base populacional, que possibilitem a superação das limitações aqui verificadas.

REFERÊNCIAS

ACMAZ, G. et al. The effect of Kristeller maneuver on maternal and neonatal outcome. *Arch Clin Exp Surg.*, v.4, n.1, p.29-35, 2015.

ALDRIGHI, J. D. *et al.* The experiences of pregnant women at an advanced maternal age: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP.**, v.50, n.3, p.509-518, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400019>

ALVARES, A. S. et al. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Rev Bras Enferm** [Internet]. V.71(Suppl 6), p. 2620-27, 2018. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>

ALVES, A. C. *et al.* Parto Humanizado e Gestão Pública: Estudo de caso do ISEA - Campina Grande - PB. **Revista Pensamento e Realidade**, v. 30, n. 2, p. 100-116, 2015.

ALVES, N. C.C. *et al.* Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev Gaúcha Enferm.**; v. 38, n. 4, p. 2017-0042, 2017.

APOLINÁRIO, D. *et al.* Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene.**, v. 17, n. 1, p. 20-28, jan-fev, 2016.

BARACHO, M. B. *et al.* Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.9, n.4, p. 409-414 out. / dez., 2009.

BEZERRA, A. C. L.; MESQUITA, J. S.; BRITO, M. C. C.; TEIXEIRA, F. V. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Rev Bras Ciênc Saúde.** v. 19, n. 2, p.:163-8, 2015.

BICK, D. *et al.* A multicentre, randomised controlled trial of position during the late stages of labour in nulliparous women with an epidural: clinical effectiveness and an economic evaluation (BUMPES). **Health technology assessment**, v. 21, n.65, 2017.

BODNER-ADLER, B. *et al.* Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. **Wien Klin Wochenschr**, v.115, n.19–20, p.720–723, 2003.

BRAGA, G. C., et al. Risk factors for episiotomy: a case-control study. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.60 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, de 24 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), A Rede Cegonha. **Diário Oficial da União.** Brasília, p. 109, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de**

baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. **CONITEC**, Janeiro, 2016.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr.**, v.89, n.2 p.131-6, 2013.

CAMARGO, F. C. *et al.* Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n.4, p.2030-8, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>

CONESA, F. M. A. B. *et al.* Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. **BMJ Open**; N.6: e011362, 2016. doi:10.1136/bmjopen-2016-011362

DELIKATAS, A.; KULULU, K. A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. **J Adv Nurs.**, v. 74, p.263–278, 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 37, n.3, p. 140 –7, 2015.

DOWNE, S; GERRETT, D; RENFREW, M. J. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. **Midwifery**, v.20, p. 157–168, 2004.

GONCALVES, M. F. *et al.* Pre-natal: preparo para o parto na atenção primaria a saude no sul do Brasil. *Ver Gaucha Enferm.*, v.38, n.3:e2016-0063, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>.

GRUPO COLABORATIVO DE EXPERIMENTAÇÃO EPIDURAL E DE POSICIONAMENTO. Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial. **BMJ** (Clinical research ed.), v. 359, p. j4471, 2017.

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**.4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

JONG, P. R. *et al.* Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.104, n.5, p.567-571, 1997.

KEMP, E. *et al.* Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2013.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 Sup:S192-S207, 2014.

LAWRENCE, A. *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour: update. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.20, n.8, p.1-6, 2013.

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.

MELO, B. M. *et al.* Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Rev Rene**, v.18, n.3, p. 376-82, 2017 maio-jun.

MEYVIS, I. *et al.* Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. **BIRTH**, v.39, n.2, p. 115-20, 2012.

MENDES, K. D. S., *et al.* Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing.. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 17, n.4, p.758-64, Out-Dez 2008.

MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Nascir no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Ver Saude Publica**, v.52, p.1, 2018.

MOUTA, R. J. O. *et al.* Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n.16, v.4, p. 472-6, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

PAULA, M. G *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 130-5, 2013.

PEREIRA, S. B. *et al.* Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]; v.71, n.Suppl 3, p.1313-9, 2018. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>

PRADO, D. S. *et al.* Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. **Rev Assoc Med Bras**, v.63, n.12, p.1039-1048, 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

REIS, T. R. *et al.* Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.esp, p. 94-101, 2015.

REIS, C. S. C. *et al.* Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **J. res.: fundam. care.** online., v.8, n.4, p. 4972-4979, out./dez 2016.

ROSA, M. L. Laceração perineal e enfermagem Obstétrica: Um estudo de revisão integrativa (Dissertação). Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, 2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. R. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SABATINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Rev Tempus Actas Saúde Col.**, v.4, n.4, p. 143-148, 2010.

SANTOS, J. M. J. *et al.* Posição da parturiente durante o parto vaginal: divergência entre a prática médica e da enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 19, n.4, p. 58-64, out-dez, 2017.

SANTOS, P. Q. *et al.* Maternal position at birth and the newborn Apgar score: cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.8, n.3, 2009.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, CD004667, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>>. Acesso em: 17 feb.2019.

SILVA, F. *et al.* “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.171-184, 2019.a

SILVA, C. R. *et al.* Parto em posição não supina: percepção de profissionais na assistência hospitalar. **Cienc Cuid Saude.**, v.18, n.4, e45203, Out-Dez 2019. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v18i4.45203. b

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery.**, v.20, n.2, Abr-Jun 2016.

SOUZA, M. R. T. *et al.* Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. **Rev Esc Enferm USP**. V. 54:e03549, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>

SCHETTINI, N. J. C. *et al.* Normal childbirth cared for by obstetric nurses: birthing positions and the relationship with spontaneous perineal laceration. **Rev. enferm. UFPE** on line, v.11, n. 2, p.932-940, 2017.

THIES-LAGERGREN, L. *et al.* Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. **Midwifery**, v.29, p.344–350, 201.

TORRES, M. *et al.* Evidence in the maternal position in the second stage of labor. **Acta**

Obstet Ginecol Port. v.12, n.4, p:277-283, 2018.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc. Anna Nery.**, v.21 n.1, 2017.

ZHANG, H. *et al.* A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. **Midwifery**, v.50, p.117–124, 2017.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv.Nur.**, v. 52, n.5, p. 546-553, 2005.

_____. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO, 1996.

_____. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO DO PARTO VAGINAL E SUA INFLUÊNCIA NAS VARIÁVEIS DO PARTO E NASCIMENTO

Prontuário: _____

Grupo: (1) Vertical (2) Não vertical

SEÇÃO 1 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1 **Idade:** [_____] anos

(1) < 18 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 _____

Dados da internação

2.4 Data: [____]____]____] Hora [____]____]

Dia / Mês / Ano Hora / min

2.5 Idade gestacional: IG [_____] (USG com _____) ou por DUM [_____]

2.6 Dilatação na Admissão:

(1) < 6 cm (2) 6 – 9 cm (3) 10cm

2.7 Estado das membranas:

(1) íntegras (2) rotas (3) não informado

2.8 Aspecto do líquido na internação:

(1) claro (2) meconial (3) não informado

Outro: _____

2.9 Intercorrências/ Doenças na gestação atual:

(1) sim, qual: _____ (2) não (3) não informado

2.10 Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor

(1) musicoterapia (2) cavalinho (3) massagem (4) bola (5) Banho (6) Respiração

(7) outros: _____

2.11 Ruptura das membranas:

(1) espontânea: horário: [_____]____]Hora / min Dilatação do colo: [_____] cm

(2) artificial: horário: [_____]____] Hora / min Dilatação do colo: [_____] cm

2.13 Cor do líquido (expulsivo/parto):

(1) Claro (2) Meconial (0) não informado

PARTO

2.14 Hora que entrou no período Expulsivo: :[_____]____]

2.15 Hora do nascimento:[_____]____]

2.16 Posição de parto:

(1) Cócoras (2) Sentada com apoio (banqueta) (3) Sentada sem apoio (4) Pé (5) semissentada (6) litotomia (7) Outra : _____

2.17 Escolha da posição no parto:

(1) Livre escolha da mulher (2) profissional (3) Acompanhante

(4) Outros _____

2.18 Profissional que realizou o parto:

(1) Enfermeiro (2) médico (3) Outro _____

2.19 Orientação sobre a posição no parto na sala de parto?

(1) sim (2) não (3) Outro _____

2.20 Intercorrências no parto:

(1) Distorcia de ombro (2) Circular de Cordão (3) outra: _____

2.21 Episiotomia:

(1) Sim (2) Não (3) não informado

2.22 Condições do períneo:

(1) sem trauma perineal (2) laceração de primeiro grau (3) laceração de segundo grau (4) laceração de terceiro grau (5) laceração de quarto grau

2.23 Sutura Perineal:

(1) episiorrafia (2) sem sutura de laceração (3) sutura de laceração (4) sem registro

2.24 Delivramento da Placenta: (1) Espontâneo (2) Ativo

2.25 Condições da Placenta: (1) Íntegra (2) Retenção de membranas placentárias

2.26 Realizado contato pele a pele? (1) Sim (2) Não

2.27 Clampeamento do cordão:

(1) Oportuno (2) Imediato, porque _____

2.28 Houve estímulo ao AME na 1 hora de Vida? (1) Sim (2) Não

2.29 Presença do acompanhante? (1) Sim (2) Não

Dados do pós-parto imediato

2.26 Intercorrências obstétricas:

(1) hipotonia uterina (2) hipotensão arterial (3) hemorragia (4) sem intercorrência

(5) Outra _____

2.27 Uso de medicação no pós parto (1h): (1) ocitocina (2) não utilizado (3) Outro

SEÇÃO 3 VARIÁVEIS DO RECÉM-NASCIDO (RN)

3.1 Peso do RN: [__]__[__]__[__]__[__] g

3.2 Apgar do RN: 1 min: [__]__[__] 5 min: [__]__[__]

3.3 Assistência realizada ao RN na sala de parto:

(1) Não (2) VPP balão/máscara (3) massagem cardíaca (5) oferta de oxigênio (6)
aspiração das vias aéreas superiores (7) não informado (8) outra: _____

3.4 Internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal(UTIN):

(1) Sim, motivo:_____ (2) Não

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

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

Eu, LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS, Enfermeira e aluna de mestrado da Universidade Federal do Ceará, estarei desenvolvendo a pesquisa com título “**POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO DO PARTO VAGINAL E SUA INFLUÊNCIA NAS VARIÁVEIS DO PARTO E NASCIMENTO**”, 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 da MEAC / UFC por meio do telefone (85) 3366-8569. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome, e-mail e endereço: Laryssa Miranda Vidal Cavalcante Farias / Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará / Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448 / (85) 998180037 / E-mail: laryvidal@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

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

Fortaleza, ____ de _____ 2019.

Assinatura da participante

Assinatura de quem coletou os dados

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS, enfermeira e mestranda da UFC, estarei desenvolvendo a pesquisa com título “POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO DO PARTO VAGINAL E SUA INFLUÊNCIA NAS VARIÁVEIS DO PARTO E NASCIMENTO”, 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. Dou-lhe a garantia de que as informações complementares ao prontuário obtidas neste momento após o parto – primeira hora - serão utilizadas apenas para a realização desta pesquisa. Informo ainda que você tem o direito de não participar, 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 confidenciais prestadas durante a pesquisa.

Lembramos que a realização da entrevista poderá durar alguns minutos, correndo o risco de deixá-la cansada. Além disso, a resposta a algumas perguntas poderá trazer algum desconforto. Na tentativa de amenizar esses riscos, a pesquisadora deixará você à vontade para responder às questões, ofertando apoio e escuta. Caso sintase cansada, interrompemos a entrevista e retomamos em outro momento.

Caso concorde em participar do estudo, você irá responder apenas algumas informações complementares ao prontuário podendo contemplar dados sociodemográficos: idade, procedência, raça/cor.

Este documento será emitido duas vezes, sendo que um ficará comigo (pesquisadora) e o outro, com você (entrevistada). Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da MEAC / UFC por meio do telefone (85) 3366-8569.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome, e-mail e endereço: Laryssa Miranda Vidal Cavalcante Farias / Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará / Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448 / E-mail: laryvidal@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO Eu,
_____, RG nº _____,
declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ 2019.

Assinatura do participante

Assinatura de quem coletou os dados

ANEXOS A

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO DO PARTO VAGINAL E SUA INFLUÊNCIA NO DESFECHO DO PARTO E NASCIMENTO

Pesquisador: LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15826919.3.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.545.134

Apresentação do Projeto:

Projeto sobre avaliação das posições maternas durante o período expulsivo do parto vaginal, com pendências anteriores.

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliados e sem pendências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não sofreram alteração em relação ao parecer anterior. Sem pendências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos devidamente apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações. Pendências atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado aprova o parecer do relator e solicita relatório final e/ou parciais se necessário.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8525 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

**UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC**



Continuação do Parecer: 3.545.124

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1347973.pdf	21/08/2019 21:12:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFaseobservacional.docx	21/08/2019 21:09:44	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/08/2019 20:48:42	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETOMESTRADO.docx	29/06/2019 13:14:51	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.docx	29/06/2019 13:14:38	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Outros	Cartadeanuenciaassinada.pdf	17/06/2019 15:41:21	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Outros	termodefeldepositariaoassinado.pdf	17/06/2019 15:39:08	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Outros	termodecompparautilizacaodeprontuarios.pdf	17/06/2019 15:38:26	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Outros	termodeciencia.pdf	17/06/2019 15:35:17	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA ASSINADA.pdf	17/06/2019 15:31:50	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.docx	17/06/2019 15:31:03	LARYSSA MIRANDA VIDAL CAVALCANTE FARIAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	17/06/2019 15:19:39	LARYSSA MIRANDA VIDAL	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8589 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



Continuação do Parecer: 3.545.124

Folha de Rosto	FÓLHADERÓSTOASSINADA.pdf	17/06/2019 15:19:39	CAVALCANTE FARIAS	Aceito
----------------	--------------------------	------------------------	----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Agosto de 2019

Assinado por:

**Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador(a))**