

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto

Fabiana Villela Mamede

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação, nível Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública, inserido na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

**RIBEIRÃO PRETO**  
2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto

Fabiana Villela Mamede

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação, nível Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública, inserido na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria de Almeida

**RIBEIRÃO PRETO**  
2005

### **Ficha Catalográfica**

Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo de  
Ribeirão Preto /USP.

Mamede, Fabiana Villela  
O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de  
parto, 2005.  
100p. 29,7 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola  
de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP, 2005.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria de Almeida

1 Parto. 2.Dor, 3 Deambulação

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Fabiana Villela Mamede

O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para  
obtenção do Título de Doutor pelo Programa de Pós-  
Graduação, nível Doutorado em Enfermagem em  
Saúde Pública, inserido na linha de pesquisa  
Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

**Aprovada em:** \_\_\_\_\_

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

## ***Dedicatória***

*Aos meus pais, **Rui e Marli**, que tanto me incentivaram e acreditaram em mim, por ter me ensinado a lutar pelos meus objetivos.*

*Ao meu marido, **Yuri**, amigo de todas as horas que me apóia e respeita incondicionalmente, como só quem ama é capaz.*

*Aos meus filhos **Ian e Bruno**, maior razão do meu existir, sem vocês não teria a oportunidade de experimentar a parturição.*

*Aos meus irmãos **Fabíola e Fabrício**, cunhados **Cristiano e Karina** e sobrinho **Felipe** pelo carinho.*

*Às mulheres que participaram deste estudo, por acreditarem em mim e que se dispuseram a participar da pesquisa*

## *Agradecimento*

*À todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que eu conseguisse vencer este desafio.*

# SUMÁRIO

## RESUMO

## ABSTRACT

## RESUMÉN

1- Introdução.....	16
2- Delineamento do objeto de estudo .....	21
2.1 - As diversas facetas do processo de parturição .....	21
2.2- Posição vertical e deambulação durante o trabalho de parto.....	26
3- Hipótese.....	33
4- Objetivos.....	34
5- Metodologia.....	35
5.1- Tipo de estudo .....	35
5.2- Aspectos éticos .....	35
5.3- Local do estudo.....	36
5.4- Critérios de inclusão e exclusão .....	37
5.5- População do estudo .....	38
5.6- Material e método .....	38
5.6.1 – Mensuração (em metros) da deambulação, durante o trabalho de parto .....	39
5.6.2 – Mensuração da dor.....	40
5.6.3 – Instrumento de registro dos dados .....	41
5.6.4 – Procedimentos.....	41
5.6.5 – Variáveis de estudo .....	42
5.7- Terminologia utilizada.....	44
5.8- Tratamento e análise dos dados .....	45
5.8.1 – Análise descritiva.....	45

5.8. – Análise comparativa: .....	46
6 –Resultados .....	47
6.1- Caracterização do grupo estudado .....	47
6.2- Condições clínico-obstétricas .....	49
6.3- Condições neonatais .....	52
6.4- Deambulação durante o trabalho de parto .....	53
7- Discussão .....	68
7.1- Caracterização do grupo estudado .....	68
7.2- Condições clínico-obstétricas .....	69
7.3- Condições neonatais .....	72
7.4- Deambulação durante o trabalho de parto .....	73
8- Conclusões.....	83
9- Implicações para a prática e pesquisa.....	84
Referências.....	85
Anexos	



## Lista de tabela:

Tabela 1	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo a cor, estado civil, escolaridade, ocupação e faixa etária (anos), durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	48
Tabela 2	Valor médio desvio-padrão (dp), mediana, mínimo e máximo do número de consulta pré-natal, ganho de peso ponderal durante a gravidez (kg) e idade gestacional (semanas) das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal. durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	49
Tabela 3	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo intervalo de distância percorrida (metros) durante a primeira fase ativa do trabalho de parto. durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	54
Tabela 4	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal segundo a dilatação cervical (cm) na interrupção da deambulação durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	55
Tabela 5	Valores médios e respectivos desvios padrão da distância percorrida (metros) em cada hora da fase ativa de trabalho de parto das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	56
Tabela 6	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal que completaram a fase ativa do trabalho de parto, segundo o tempo de trabalho de parto (horas) e a distância percorrida (metros) durante toda esta fase, durante o período de julho a agosto de 2004.	57
Tabela 7	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo a distância percorrida(metros) na primeira hora de trabalho de parto e a duração da fase ativa do trabalho de parto (horas) durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	58
Tabela 8	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo a distância percorrida(metros) até a segunda hora de trabalho de parto e a duração da fase ativa do trabalho de parto (horas) durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	59
Tabela 9	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo a distância percorrida(metros) até a terceira hora de trabalho de parto e a duração da fase ativa do trabalho de parto (horas) durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	60
Tabela 10	Valores das regressões lineares simples realizados entre a distância percorrida durante o trabalho de parto e o tempo da fase ativa do trabalho de parto das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	61

Tabela 11	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) até 5 cm de dilatação cervical durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	64
Tabela 12	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) até 6 cm de dilatação cervical durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	65
Tabela 13	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) até 7 cm de dilatação cervical durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	65
Tabela 14	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) até 8 cm de dilatação cervical durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	66
Tabela 15	Valores da Correlação de Spearman dos escores de dor segundo a dilatação cervical e a distância percorrida das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	67

**Lista de figuras:**

Figura 1	Curva das fases da cervicodilatação, de acordo com Friedman (1955)	27
Figura 2	Foto da parturiente utilizando podômetro	40
Figura 3	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de parto normal, segundo o tempo da fase ativa do trabalho de parto, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	50
Figura 4	Distribuição das parturientes atendidas no Centro de parto normal, segundo o uso de ocitócito e o tempo de uso em horas durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	51
Figura 5	Distribuição dos recém nascidos, no Centro de parto normal, segundo o escore do Apgar, no primeiro minuto. durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	52
Figura 6	Distribuição dos recém nascidos, no Centro de parto normal, segundo o escore do Apgar, no quinto minuto. durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.	53

Mamede, FV. **O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto.** Ribeirão Preto SP, 2005. 100f. Tese (Doutorado) – EERP/USP, Ribeirão Preto, 2005.

## **RESUMO**

O trabalho teve como objetivo analisar a associação entre a deambulação e a duração da fase ativa do trabalho de parto e avaliar o nível de dor da parturiente durante toda esta fase. Objetivos específicos: 1) identificar quantitativamente o trajeto percorrido durante a deambulação de parturientes no trabalho de parto; 2) verificar a presença de correlação entre a distância deambulada e a duração da fase ativa do trabalho de parto; 3) verificar a presença de correlação entre a distância deambulada a cada hora do trabalho de parto com a duração do mesmo; 4) avaliar o nível de dor da parturiente durante toda a fase ativa do trabalho de parto. Metodologia: estudo analítico de intervenção do tipo quase experimental. Fizeram parte do estudo 80 parturiente primíparas, admitidas em trabalho de parto espontâneo, no início da fase ativa (4 a 5 cm de dilatação cervical), que foram monitoradas em toda a fase ativa do trabalho de parto, ou seja, até completar 10 cm de dilatação cervical e encaminhamento para a sala de parto. Instrumentos de coleta de dados: podômetro para medir a distância percorrida em metros, Escala Visual Numérica de dor (EVN), formulário para o registro de dados. Análise dos dados: distribuição de frequência, teste de Correlação paramétrico de Pearson, teste de Correlação não paramétrico de Spearman e teste de Regressão Linear Simples. Resultados: as participantes percorreram uma distância média de 1624 metros, 63,09% da fase ativa do trabalho de parto e em um tempo médio de 5 horas. Verificou-se que a quantidade deambulada durante as três primeiras horas da fase ativa está associada a um encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora. Os dados apontam que a indicação do uso de ocitócito e ruptura da bolsa amniótica não influenciaram na duração da fase ativa do trabalho de parto. Quanto aos escores de dor, verificou-se que a pontuação

dos mesmos aumentou à medida que a dilatação cervical avançava. Foi encontrada uma correlação positiva apenas aos 5 cm de dilatação, ou seja, quanto maior os trajetos percorridos maiores foram os escores de dor pontuados pelas parturientes.

Palavras chaves: 1 Parto. 2.Dor, 3 Deambulação

Mamede, FV. **The effect of walking on the active phase of labor.** Doctoral Dissertation. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2005, 100p.

## **ABSTRACT**

This study aimed to analyze the association between walking and the duration of the active phase of labor and obstetric results, with the following specific objectives: 1) identify the distance women walked during labor; 2) verify whether the distance walked is correlated with the duration of the active phase of labor; 3) verify whether the distance walked during each hour of labor is correlated with its duration; 4) evaluate the parturient women's pain level throughout the active phase of labor. Methodology: We realized an analytic, quasi-experimental intervention study. Study participants were 80 primiparous parturient women, who were admitted during spontaneous labor, at the start of the active phase (4 to 5cm of cervical dilatation) and were monitored throughout the entire active phase of labor, that is, until they reached 10cm of cervical dilatation and were sent to the delivery room. Data collection instruments: podometer to measure the distance walked in meters, numerical visual pain scale, and form for data registration. Data analysis: frequency distribution, Pearson's parametric correlation test, Spearman's non-parametric correlation test and Simple Linear Regression test. Results: the parturient women walked an average distance of 1624 meters, 63.09% of the active phase of labor and during an average time of 5 hours. We observed that the distance walked during the first three hours of the active phase is associated with a shorter labor time. For every 100 meters walked, duration decreased by 22 minutes during the first hour, by 10 minutes during the second hour and by 6 minutes during the third hour. Data revealed that the indication of oxytocic agents and the rupture of the amniotic bag did not influence the duration of the active phase of labor. Pain scores increase along with the advance in cervical dilatation. However,

we only found a significant positive correlation when 5cm of dilatation had been reached, that is, the more distance the participants walked, the higher the pain scores they reached.

**Key Words:** 1. Labor, 2. Pain, 3. walking

Mamede, FV. El efecto de la deambulaci3n en la fase activa del trabajo de parto. Tesis de Doctorado. Escuela de Enfermeria de Ribeir3o Preto, Universidad de S3o Paulo, Ribeir3o Preto, 2005, 100h.

## **RESUMEN**

La finalidad de este trabajo fue la de analizar la asociaci3n entre la deambulaci3n y el tiempo de la fase activa del trabajo de parto y resultados obst3tricos, con los siguientes objetivos especifcos: 1) identificar cuantitativamente el trayecto transcurrido durante la deambulaci3n de parturientes en el trabajo de parto; 2) verificar la presencia de correlaci3n entre la distancia deambulada y la duraci3n de la fase activa del trabajo de parto; 3) verificar la presencia de correlaci3n entre la distancia transcurrida a lo largo de cada hora del trabajo de parto y su duraci3n; 4) evaluar el nivel del dolor de la parturiente durante toda la fase activa del trabajo de parto. Metodologia: estudio analitico de intervenci3n del tipo casi experimental. Participaron del estudio 80 parturientes primiparas, admitidas en trabajo de parto espont3neo, en el inicio de la fase activa (4 a 5cm de dilataci3n cervical), y monitorizadas durante toda la fase activa del trabajo de parto, o sea, hasta completar 10cm de dilataci3n cervical y seguimiento para la sala de parto. Instrumentos de recopilaci3n de datos: pod3metro para medir la distancia transcurrida en metros, Escala visual num3rica de dolor, Formulario para el registro de datos. An3lisis de los datos: distribuci3n de frecuencia, test de Correlaci3n param3trico de Pearson, test de Correlaci3n no param3trico de Spearman y test de Regresi3n Lineal Simple. Resultados: las participantes transcurrieron una distancia media de 1624metros, 63,09% de la fase activa del trabajo de parto y en un tiempo promedio de 5 horas. Se verific3 que la cantidad deambulada durante las tres primeras horas de la fase activa est3 asociada a un acortamiento del trabajo de parto. Para cada 100 metros transcurridos ocurri3 una disminuci3n de 22 minutos en la primera hora, 10 minutos en la segunda hora y 6 minutos en la tercera hora. Los datos muestran que la indicaci3n del uso de ocitocina y en la ruptura de la bolsa amni3tica no



influyeron en la duración de la fase activa del trabajo de parto. Se verificó que la puntuación de los scores de dolor aumenta a medida que la dilatación cervical avanza. Sin embargo, se encontró una correlación positiva significativa sólo a los 5 cm. de dilatación, o sea, cuanto mayor los trayectos transcurridos, mayores fueron los scores de dolor alcanzados por las parturientes.

**Palabras-clave:** 1. Parto, 2. Dolor, 3 Deambulaci3n



*De tudo ficaram três coisas:  
A certeza que estava sempre começando,  
A certeza de que era preciso continuar e  
A certeza que seria interrompido  
Antes de terminar*

*Fazer da interrupção, um caminho novo.  
Fazer da queda, um passo de dança,  
Do medo, um escada,  
Do sonho, uma ponte,  
Da procura, um encontro*

Fernando Pessoa

## **1- Introdução**

Durante a graduação em enfermagem, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, comecei a refletir sobre a necessidade de discutir aspectos relacionados à humanização no cuidado ao paciente.

Familiarizada à linguagem utilizada pelos professores em sala de aula e estágios sobre “enxergar o paciente como um todo”, “respeitar suas necessidades biopsicoespirituais”, “realizar o cuidado com base em uma visão holística de todo o processo saúde-doença”, despertei para exercer uma prática de enfermagem diferenciada a cada cliente, buscando reconhecer suas reais necessidades físicas e emocionais, bem como compreendê-lo como ser humano único e individual em sua essência.

Ao cursar a disciplina Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, fiquei cada vez mais fascinada com a possibilidade de acompanhar a gestação e o parto, ao compreender esses momentos especiais e de transição na vida da mulher, do casal, da família como um todo e da própria sociedade.

Por outro lado, a prática do estágio curricular me incomodava por revelar que a assistência obstétrica estava consolidada como tecnicista, rápida em diagnósticos e condutas com primazia para intervenções no processo de nascimento e parto. Nesse modelo, as mulheres enfrentavam o trabalho de parto assistidas por estudantes que privilegiavam a realização de procedimentos, característica marcante de um hospital-escola de grande porte.

Após a graduação, ainda recém-formada, fui aprovada no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, e posso dizer que a busca por um modelo humanizado na assistência ao parto começou a ser delineado.

Apesar da enorme preocupação em aprender a executar técnicas, consultas de pré-natal, acompanhar o trabalho de parto e realizar o parto normal com êxito, surgiram inúmeros questionamentos em relação à assistência obstétrica dirigida ao binômio mãe-filho. Aprofundar os conhecimentos referentes à fisiologia, anatomia e dinâmica do parto eram metas a serem alcançadas, mas não menos importantes do que o desejo em aprender a conduzir o processo de parturição com tranquilidade, junto à parturiente e seu acompanhante, para um nascimento saudável e seguro.

Com o constante aperfeiçoamento e aprofundamento teórico a que me propus, aliados ao amadurecimento profissional e pessoal, advindos da prática diária proposta, tornaram-se cada vez mais freqüentes meus questionamentos quanto a um ambiente mais adequado para uma mulher dar à luz. O que fazer para diminuir as intervenções ocorridas em processos naturais como a gestação, o trabalho de parto e o parto propriamente dito? Quais condutas e práticas dos profissionais envolvidos resultam em assistência obstétrica de qualidade, segura e menos intervencionista no momento do parto?

Chamava-me a atenção, ainda, que as intervenções, que tinham como pano de fundo a segurança e a qualidade da assistência, não ganhariam esses preceitos, além de muitas vezes colocarem em risco a saúde da mulher e do recém-nascido.

Em uma época caracterizada pelo magnetismo no uso de tecnologias em todas as áreas de conhecimento, na saúde não seria diferente. Assim, adotando um modelo em que a fragmentação do cuidado é preponderante, perde-se a visão da singularidade e da individualidade da pessoa e o cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal também segue esse modelo. Aliada à adoção de tecnologias de cuidado que são introduzidas na assistência à mulher após a concepção, hoje vivemos o fetiche do controle da fertilidade, com ampla divulgação dos avanços na produção de fetos em laboratórios; da possibilidade do controle de doenças genéticas e mais recentemente a discussão sobre a escolha do sexo,

entre tantas outras intervenções. Toda essa evolução científica reflete a maneira na qual encaramos o momento do parto e a forma como as crianças vêm ao mundo.

Felizmente, observa-se, nos últimos anos, uma tendência, que parece ser contraditória nesse mundo desenvolvido e globalizado, em resgatar comportamentos relacionados à humanização do nascimento. Assim iniciamos o século XXI com a certeza de que mudanças profundas se faziam necessárias frente à atual assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal. É cada vez mais crescente a procura de casais por cursos preparatórios para o parto, durante a gestação, e o desejo por viverem o parto em ambiente mais humanizado, aconchegante e cercado por pessoas da família, assegurando assistência obstétrica de qualidade e menos invasiva.

O movimento de preparação para o parto e para a maternidade vem sendo muito divulgado entre os casais grávidos e tem como um dos objetivos básicos humanizar o processo de nascimento, atualmente tão mecanizado e dissociado de seu contexto emocional (Maldonado, 1991).

A modernidade, portanto, parece contrariar uma série de conceitos já assumidos como primordiais e que, no setor saúde, não está atendendo às necessidades individuais e coletivas, uma vez que verificamos em todo o mundo mudança no comportamento das pessoas, com forte tendência a valorizar e a experimentar aspectos simples e humanos da assistência, contestando modelos que privilegiam a ordem hierárquica, consumista e tecnológica. Estamos de acordo que é sob a perspectiva desse movimento de transformação que deve ocorrer uma nova reflexão sobre a saúde da mulher e a qualidade de vida do ser humano, que se inicia ao nascimento.

Atualmente, discute-se no mundo inteiro se as intervenções e tecnologias utilizadas no nascimento são realmente valiosas e necessárias. A filosofia da humanização é amplamente implementada em vários países, tais como Inglaterra, Holanda e Japão.

Um dos maiores desafios da obstetrícia moderna é assegurar a qualidade da assistência à parturiente, na qual se incluem as medidas de conforto durante o trabalho de parto e aquelas que promovam um parto mais fisiológico e prazeroso possível para a mãe e família.

O resgate desses valores da humanização e naturalização do parto toma força no Projeto Maternidade Segura quando, em 1996, a Organização Mundial da Saúde-OMS em conjunto com várias organizações internacionais estabeleceu estratégias no sentido de assegurar práticas seguras para o atendimento a gestações e partos. Nesse sentido, a OMS elegeu entre suas prioridades o planejamento familiar, a atenção perinatal, o parto seguro, bem como os cuidados obstétricos essenciais (OMS, 1996).

A Conferência sobre Tecnologia Apropriada, ocorrida em Fortaleza – Ceará, em 1985, foi um importante marco na revisão das tecnologias adotadas no nascimento e parto e do resgate dos conceitos de nascimento e parto como eventos fisiológicos. Nessa ocasião, foram elaboradas recomendações para a obtenção de partos e nascimentos mais naturais. Dentre tais recomendações aquela que diz "*não se recomenda colocar as parturientes em posição de litotomia e/ou dorsal durante o trabalho de parto e parto. Deve-se encorajar a mulher a andar durante o trabalho de parto, e cada mulher deve ter a liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parindo.*"

A partir de 1996, buscando o alcance da maternidade segura, a OMS começa a publicar uma série de guias práticos para a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Na publicação “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, a OMS faz uma cuidadosa revisão das práticas correntemente adotadas no parto, classificando-as em quatro categorias:

Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;

Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para amparar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas esclareçam a questão;

Práticas freqüentes utilizadas de modo inadequado (OMS,1996).

Tendo por base as recomendações da Maternidade Segura e da nossa convicção de considerar a mulher como agente ativo no trabalho de parto, e parto buscamos, neste estudo, contribuir para a construção de bases científicas para aplicação de certas práticas que são úteis e devem ser estimuladas, particularmente a “ movimentação durante o trabalho de parto”.

## **2- Delineamento do objeto de estudo**

### **2.1 - As diversas facetas do processo de parturição**

A construção de um modelo “ideal” de humanização no momento do parto é um aspecto desafiador que vem fazendo parte da nossa prática e trajetória profissional, enquanto enfermeira obstétrica, mulher, mãe, e, sobretudo, ser humano.

A humanização do atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal compreende um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Deve-se evitar o excesso de intervenções e utilizar os recursos tecnológicos disponíveis de forma criteriosa. A humanização inclui o respeito ao processo fisiológico e dinâmico de cada nascimento (OMS, 1996).

Desse modo, a assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo, para cada mulher, os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (Brasil, 2001).

O nascimento é historicamente um evento natural, considerado fato mobilizador e marcante na vida da mulher. Mesmo as primeiras civilizações atribuíram a este acontecimento inúmeros significados culturais que sofreram transformações, através das gerações. A experiência do parto varia amplamente de uma cultura para outra. Toda sociedade possui regras que controlam o nascimento, especificando o local de sua ocorrência, determinando quem atende a parturiente e indicando comportamentos a serem adotados, durante o trabalho de parto (Gualda, 1998).

Para entender o processo de parturição, é preciso considerar os contextos sociais, culturais e a individualidade físico-psicológica da parturiente, os quais influenciam na maneira como ela interpreta e sente as diferentes sensações físicas do trabalho de parto.



Dessa forma, dar à luz não é simplesmente um ato fisiológico. O parto representa um fenômeno sociocultural porque redefine a identidade da mulher e afeta suas relações com os grupos com quem mantém contato, além de ocorrer num contexto em que estão incluídos os valores, as crenças, as práticas, os cuidados e o seu próprio significado de ser mulher/mãe (Gualda, 1998).

Nas mais diferentes culturas, as vivências do parto foram de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre mulheres. A assistência obstétrica, do século XVI ao XIX, era atribuída às parteiras, “comadres” ou “curiosas” e o acesso ao quarto da parturiente era oculto, sendo proibida, por ordem moral, a entrada de homens em seus aposentos. Havia uma grande variedade de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações e a mulher era auxiliada por mulheres, geralmente idosas, que junto com as parteiras acompanhavam todo o trabalho de parto. No entanto, já no final do século XIV, médicos e teólogos passaram a questionar as práticas das mulheres quanto ao uso de poções e cuidados em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério (Brasil, 2001; Gualda, 1998; Osava, 1997; Osava, 1990).

Nas ocasiões em que a parteira ficava diante de um caso complicado, ela procurava primeiro reconhecer o que estava acontecendo, para, em seguida, sair em busca de outra parteira mais experiente. Apenas em último caso, ela buscava auxílio de um cirurgião. Desse modo, a presença de um cirurgião no parto era vivenciada com ansiedade pela mulher, pois indicava a gravidade da situação (Osava, 1990). Assim gradualmente, entre os séculos XVI e XVII, começou a surgir, na assistência ao parto, a figura do cirurgião, e a parteira foi perdendo a primazia e o seu espaço.

No ensino médico, a obstetrícia surge como especialidade, em 1806, incorporando um conjunto de práticas tocológicas apesar de ter sua origem no conhecimento adquirido pelas parteiras. Ainda, no século XVII, a participação masculina no parto era pouco

freqüente, justificando o relativo atraso da tocologia médica, quando comparado ao desenvolvimento da medicina como um todo. A medicina moderna nasceu sob a tutela cirúrgica, e os primeiros cirurgiões que atendiam ao parto estavam mais focalizados na hemostase, na sutura e na drenagem, fato que retardou o desenvolvimento de um saber voltado às particularidades da gestação e do parto (Osava, 1990).

Por outro lado, a profissão de parteira começou a sofrer um declínio ao final do século XVI, ocasião da invenção do fórceps obstétrico pelo cirurgião britânico Peter Chamberlen, que idealizou o primeiro instrumento em 1598. O “cuidar da parturiente”, percebido como uma série de procedimentos ao pé-do-leito, ganhou uma expressão concreta com o fórceps. Tal instrumento permitia a visualização da luta do homem contra a natureza e a substituição do paradigma não-intervencionista, pela idéia de parto como um ato controlado pelo homem (Osava & Tanaka, 1997; Osava, 1990).

Vale ressaltar também que, com a entrada do médico no quarto da parturiente, ocorreram várias mudanças no processo de assistir a parturiente e uma delas diz respeito à postura e à posição adotadas pela mulher durante o período de dilatação, expulsão ou mesmo dequitação, pois ela passa a permanecer deitada no leito até o nascimento do bebê. Há menos de três séculos, a maioria das mulheres de todas as raças e culturas adotava uma posição vertical durante o trabalho de parto e parto. Atribui-se a François Mauriceau, médico francês do século XVII, a maior influência na mudança da posição do parto de vertical para horizontal. Ele afirmava que a posição reclinada seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional que assiste o parto. A posição supina – deitada de costas – que no início foi usada apenas durante os períodos de expulsão e nascimento passou, posteriormente, a ser indicada também para a fase de dilatação cervical. O aumento do uso de fórceps e da prática das cirurgias, a partir do século XVIII, parece ter sido também

importante fator na manutenção das posições reclinadas e de litotomia (Sabatino et al., 2000).

No decorrer da progressiva medicalização do parto, a posição horizontal se estabeleceu em definitivo por facilitar o trabalho do profissional para extrair a criança e observar atentamente a situação do períneo, a fim de realizar a episiotomia (Maldonado, 1991). Segundo Osava (1990), o parto em posição supina é mantido devido à comodidade médica, em detrimento de uma participação mais ativa da mulher. A autora também ressalta o conforto do profissional ao afirmar que a posição litotômica é adotada com frequência no contexto hospitalar, pois privilegia a ação do profissional durante a expulsão do bebê.

A obstetrícia, firmando-se como matéria médica, acompanhou a evolução e supervalorização da tecnologia, ocorrendo então, as primeiras ações voltadas a disciplinar o nascimento. O parto, antigamente visto como acontecimento natural e fisiológico, ocorrido na própria residência da mulher, acompanhado de familiares, e sob os cuidados de parteiras, passou a ser compreendido como um “fenômeno médico” e, portanto, necessitando de intervenções. A partir daí, o parto deixa de ser privado, íntimo e feminino, passando a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais (Brasil, 2001; Gualda, 1998; Osava, 1990).

Com a transferência do nascimento do domicílio para um local desconhecido e estranho como o hospital, ocorreram mudanças significativas desde o ambiente até o momento em que uma mulher dá à luz. A partir da entrada de outros profissionais em cena, com seus instrumentos e intervenções, desloca-se a atenção da mãe para o bebê, relegando a mulher ao papel de objeto no processo de parturição. Ao se estabelecer o foco de atenção em torno da segurança da mãe e da criança, privilegiaram-se os progressos tecnológicos,

porém penalizaram-se alguns outros aspectos essenciais do nascimento (Osava, 1990; Maldonado, 1991).

Apesar de a gravidez não ser doença, no hospital, a parturiente adquire a condição de paciente, perde o controle sobre seu próprio corpo, sua privacidade, individualidade e muitas vezes torna-se submissa à equipe. Com frequência vê-se diante de instrumentos e equipamentos, de pessoas ao seu redor que não sabem o seu nome, referem-se a ela como a paciente do pré-parto, ou o oligoâmnio do leito tal, rotulando-a com números e patologias, mantendo-a presa no leito, o que leva à sua despersonalização enquanto mulher e pessoa. Neste ambiente frio e ameaçador em que se encontra, é afastada do apoio emocional da família, ficando aos cuidados de profissionais estranhos que nunca viu antes (Vila, 2001; Gualda, 1998; Osava, 1990; Maldonado, 1991).

Toda a tecnologia colocada à disposição do processo de parturição não resultou em segurança e qualidade na assistência à mulher e passa a ser questionada em âmbito mundial. A partir daí, organismos internacionais têm buscado resgatar o processo de parturição como um processo fisiológico, com menos intervenções, ressaltam os aspectos mais naturais do processo. Movimentos em prol da humanização da assistência surgiram como resposta à necessidade de mudanças sobre a forma como está organizada a assistência obstétrica.

A intensa medicalização sofrida pelo corpo feminino e a perda de sua autonomia, nas últimas décadas, refletem o poder que os profissionais de saúde exercem na transformação de eventos fisiológicos em processos intervencionistas e patológicos. Maldonado (1991) lembra que os movimentos que buscam o resgate da humanização do nascimento recusam-se a considerar a maternidade e o parto como doença. Para o autor, ambos representam fatos fisiológicos, normais e não devem ser medicalizados quando desnecessários. O que é mais científico, rápido, conveniente e asséptico para os

profissionais de saúde pode não ser o mais agradável para a mulher, transformando o parto em uma experiência sofrida e traumatizante.

## **2.2- Posição vertical e deambulação durante o trabalho de parto**

O parto humano é um ato cultural em que, num contexto de costumes, tem lugar processos fisiológicos espontâneos, cuja realização é considerada essencial ou desejável para que tenha êxito.

Estes processos fisiológicos que culminam com o início do trabalho de parto ainda não estão completamente esclarecidos (Cunningham et al., 2000).

A única avaliação objetiva que se tem da evolução do trabalho de parto é a mensuração da cervicodilatação uterina, por meio do toque vaginal. A progressão da dilatação cervical acelera-se a partir dos quatro centímetros, caracterizando a fase ativa do trabalho de parto, quando a velocidade da dilatação cervical se dá em torno de um centímetro por hora (Brasil, 2001).

Greenhil & Friedman (1976) propuseram um modelo conceitual da evolução do trabalho de parto, por meio de uma representação gráfica entre a progressão da dilatação cervical *versus* o tempo decorrido e descida da apresentação fetal, conceituando que o primeiro período clínico do parto, denominado dilatação, é subdividido em duas fases: latente e ativa. A fase de latência inicia-se quando as contrações uterinas estabelecem-se de maneira regular e já existe dilatação cervical. A fase ativa é normalmente mais rápida. Esta fase subdivide-se em três outras fases: aceleração, inclinação máxima e desaceleração.

Quando representadas graficamente, a fase de latência termina quando a curva apresenta inflexão com acentuada tendência à elevação. A fase ativa inicia-se no momento da inflexão da curva (Figura 1).

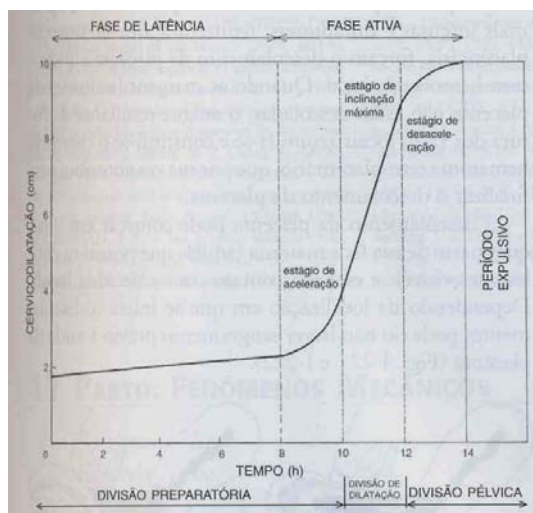


Figura 1- Curva das fases da cervicodilatação, de acordo com Friedman (1955)

Quando se considera a mensuração da dilatação cervical, o período de latência inicia-se com 1 a 2 cm e termina por volta de 4 cm. A principal característica desta fase é a modificação cervical, que consiste em seu amolecimento e apagamento. Em nulíparas, dura cerca de 8,6 horas, não excedendo 20 horas. Nas múltiparas, dura em torno de 5,3 horas, não excedendo 14 horas. A fase ativa inicia-se, aproximadamente, com 4 a 5 cm de dilatação cervical, estende-se até a dilatação total do colo, ou seja, 10 cm de dilatação, com duração de cerca de um terço da fase latente, com velocidade máxima de dilatação de 3,0cm por hora; não sendo menor que 1,2 cm por hora em nulípara (Greenhil & Friedman, 1976; Neme, 2000; Lowdermilk et al., 2002).

No entanto, o comportamento humano ignora, muitas vezes, alguns destes mecanismos fisiológicos, pois freqüentemente a cultura os reinterpreta de tal modo que as ações resultantes podem ser inadequadas. Um exemplo dessa reinterpretação é a incorporação de práticas relacionadas ao controle do trabalho de parto centradas na figura dos especialistas que implicou em mudanças no comportamento da parturiente, permitindo que ela fosse afetado por fatores externos e sociais e menos por fatores internos provenientes da sua própria fisiologia (Kitzinger, 1978).

O parto, à semelhança de muitos outros processos fisiológicos, não é totalmente natural, pois, há um conjunto de atitudes e comportamentos socialmente controlados e

culturalmente definidos que refletem esses valores nas diversas sociedades (Kitzinger, 1978; Gualda, 1993; Largura, 2000; Lowdermilk et al., 2002). As modificações, na forma de dar à luz, se deram especialmente nas sociedades ocidentais dando origem à obstetrícia ocidental.

A obstetrícia ocidental teve suas raízes na Europa, no século XVII, quando Mauriceau passou a encorajar as mulheres a adotarem postura em decúbito dorsal. Na verdade, esta posição ficou conhecida como *posição francesa*, em contraste com a postura deitada em decúbito lateral, utilizada na Inglaterra, conhecida como *posição inglesa* (Dunn, 2000).

A princípio, a postura deitada ou reclinada era recomendada somente para o momento do parto, porém, durante os três séculos seguintes, seu uso foi estendido para o trabalho de parto. A incorporação desta posição no processo de parturição foi acentuada, especialmente, com a adesão ao parto hospitalar, quando houve um aumento no número de hospitais-maternidades, em que as mulheres eram admitidas em trabalho de parto e colocadas em posição litotômica, permanecendo deitadas durante todo o processo (Dunn, 2000).

O fortalecimento de tal prática se deu à medida que a introdução de muitas intervenções obstétricas, tais como o monitoramento eletrônico fetal, infusão de ocitocina e anestesia epidural, exigia a manutenção das mulheres deitadas e estáticas durante o trabalho de parto. Contudo, a história e a antropologia revelam que as mulheres em sociedades sem influências da obstetrícia ocidental, desde a sua origem até o momento, ainda adotam preferencialmente posturas eretas durante o trabalho de parto e o parto, ficando agachadas, sentadas, ajoelhadas, de cócoras ou andando, e freqüentemente mudam sua posição durante cada contração (Chamberlain & Stewart, 1987).

Muitos obstetras famosos, desde o final do século XVII, já reforçavam a importância da posição ereta durante o trabalho de parto. O próprio Mauriceau volta a defender esta idéia, talvez por ter percebido que a introdução da posição horizontal prejudicava a evolução do trabalho de parto, como pode ser observado em uma de suas citações:

“...as mulheres sempre tiveram trabalhos de partos mais difíceis quando permaneciam demasiado tempo em suas camas durante o trabalho de parto, sobretudo muito pior quando tratava-se dos primeiros filhos, do que quando lhes era permitido andar e movimentar-se, suportando sua barriga sob os seus braços, se necessário, pois desta maneira, o peso da criança, estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama, suas dores são menos fortes e freqüentes, e seu trabalho de parto muito mais curto” (Mauriceu apud Dunn, 2000, pg 28).

Apesar de todas as evidências favoráveis à posição supina, ela foi completamente ignorada, sendo considerado irônico o fato de que predominou a conveniência da posição dorsal da parturiente para aqueles que as atendiam (Dunn, 2000).

Somente nos últimos 30 anos é que voltaram as discussões acerca das desvantagens da posição dorsal no trabalho de parto, bem como as vantagens da mobilidade da mãe e da postura ereta nesse processo. Estas discussões começaram a surgir lideradas, principalmente pelo obstetra uruguaio Caldeyro-Barcia e seu grupo em Montevidéu, que tem se dedicado a demonstrar as evidências científicas em obstetrícia. Tais pesquisadores demonstraram a interferência da posição materna, na evolução do parto, especialmente nos períodos de dilatação e parto sobre o grau de bem-estar da mãe e seus efeitos no feto, nos períodos de dilatação e parto. Todavia, apesar da evidência concreta das vantagens da postura ereta e da mobilidade materna, as idéias preconcebidas e os costumes continuaram a prevalecer, com predomínio da posição dorsal, independente do desejo da parturiente (Dunn, 2000).



Estudos têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto, quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto e a dor é menor (Bloom et al., 1998, Kitzinger, 1978, Osava, 1997, Robertson, 2000<sup>a</sup>, Manual, 2000; La Fuente, 2000). Acresce-se o fato de que, na posição supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia estará facilitada pela postura materna e assim podem-se prevenir complicações do trajeto.

Alguns autores chamam a atenção sobre a importância dessa posição especialmente quanto aos seguintes mecanismos: ação da gravidade, compressão dos grandes vasos maternos, aumento dos diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-básico, além da eficiência das contrações uterinas (Sabatino, 1997 e La Fuente 2000).

A posição vertical assumida pela parturiente tem ganhado destaque na assistência ao parto humanizado por produzir melhor efeito na progressão do trabalho de parto, devido à melhor circulação uterina, permitindo que as fibras musculares cumpram com sua função contrátil de maneira eficiente, resultando em uma duração do trabalho de parto mais curta (Sabatino, 1997).

Os pesquisadores que avaliaram a ventilação pulmonar materna e o equilíbrio ácido-básico dela e do bebê, em relação à posição materna, são unânimes em demonstrar que na posição vertical se obtêm os melhores resultados, tanto durante o período de dilatação como no expulsivo (Gallo, 2000).

Muitos autores relatam que a deambulação durante o trabalho de parto tem um papel importante para o alívio da dor (Mendez-Bauer e cols., 1975, Sabatino, 1997, Albers

et al., 1997, Bloom et al., 1998), embora nenhum deles explique como se dá esta influência.

Mendez-Bauer e cols. (1975) realizaram um estudo com 20 nulíparas com contrações esporádicas e dilatação cervical de 2-3 cm, com o objetivo de estudar o efeito da posição vertical nas contrações uterinas, levando em consideração alguns fatores, tais como a paridade, as condições das membranas amnióticas e as medicações utilizadas. Os pesquisadores pediam para as parturientes mudar de posição (posição supina e de pé) a cada 30 minutos, até o início do segundo período clínico do trabalho de parto, sendo que neste período a parturiente permaneceu na posição supina. No final do estudo, foi questionado sobre a dor em cada posição e o relato de qual posição foi mais confortável. Os autores concluíram que a maioria das parturientes sentia menos dor, quando permaneciam na posição “de pé”, quando comparadas com aquelas que estavam na posição supina.

Concordando com esse estudo, Albers et al., 1997, em um estudo realizado com nulíparas em trabalho de parto, com o objetivo de avaliar o efeito da deambulação durante o trabalho de parto, identificaram que a deambulação está associada com um índice reduzido de partos operatórios e uso menos freqüente de analgesia narcótica, por diminuir a sensação dolorosa das mulheres pesquisadas.

Estudos vêm revelando que a duração do trabalho de parto pode também estar relacionada à posição bem como a deambulação que a parturiente assume durante o trabalho de parto e parto (Mendez-Bauer e cols., 1975, Sabatino, 1997, Albers et al., 1997, Bloom et al., 1998).

A duração diminuída do trabalho de parto em mulheres que deambulavam foi atribuída à melhora na contratilidade uterina, à necessidade diminuída de uso de ocitocina

e de analgesia além de menor frequência de parto vaginal instrumental como fórceps, extração a vácuo, episiotomia, entre outros (Bloom e cols., 1998).

A literatura revisada sobre a deambulação e posições assumidas pela mulher no trabalho de parto e parto aponta uma série de vantagens e benefícios para a mãe e filho, como descritos anteriormente. Tais evidências nos permite concordar com autores que chamam a atenção de que a liberdade de posição e deambulação da parturiente em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado que provavelmente são benéficas à parturiente e que devem ser encorajadas (Piotrowski, 2000; Sabatino, 1996).

No entanto, restam ainda dúvidas sobre em que medida a deambulação é capaz de produzir tais benefícios? Ou seja, o nosso questionamento se dirige para saber, em termos objetivos, como deve ser a deambulação para obter benefícios durante o trabalho de parto.

Acreditamos que a objetivação dessa medida virá acrescentar conhecimento sobre o papel da deambulação no trabalho de parto e parto, como também auxiliará os profissionais na determinação de orientações sobre o estímulo à deambulação, na condução do trabalho de parto.

### **3- Hipótese**

A distância percorrida pela parturiente, durante o trabalho de parto, está associada à diminuição do tempo da fase ativa do trabalho de parto e à melhora do escore de dor.

## **4- Objetivos**

### **Geral**

Analisar a associação entre a deambulação e a duração da fase ativa do trabalho de parto e avaliar o nível de dor da parturiente, durante toda a fase ativa do trabalho de parto.

### **Específicos**

1. Identificar quantitativamente o trajeto percorrido, durante a deambulação de parturientes no trabalho de parto.
2. Verificar a presença de correlação entre a distância deambulada e a duração da fase ativa do trabalho de parto.
3. Verificar a presença de correlação entre a distância deambulada a cada hora do trabalho de parto com a duração do mesmo.
4. Avaliar o nível de dor da parturiente, durante toda a fase ativa do trabalho de parto.

## **5- Metodologia**

### **5.1- Tipo de estudo**

O presente trabalho trata de um estudo analítico de intervenção do tipo quase-experimental em que cada sujeito é controle dele mesmo.

Os estudos analíticos, também conhecidos como estudo de correlação, têm como objetivo investigar a relação entre dois ou mais eventos, expressos sob a forma de estatísticas (Pereira, 2002).

Segundo Almeida Filho & Rouquayrol (2002), nos estudos de intervenção o investigador introduz elementos a serem pesquisados para transformar o estado de saúde dos indivíduos ou dos grupos participantes do estudo, visando a testar e avaliar a eficácia ou a efetividade destes elementos.

Devido ao fato deste estudo ter sido realizado em uma instituição onde se estimulam todas as parturientes a deambular, se tornou inviável a realização de um estudo tipo experimental randomizado. Portanto a opção foi realizar um estudo quase-experimental. Segundo Pereira (2002), os estudos quase-experimentais agrupam diferentes tipos de delineamentos os quais têm em comum a implicação de uma intervenção e não-ocorrência de alocação aleatória para a formação dos grupos comparados.

### **5.2- Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Diretor Clínico e pela Coordenadora da equipe de enfermeiras obstétricas, e o consentimento da instituição foi dado pela Coordenadora da equipe de enfermeiras obstétricas do Amparo Maternal certificando-se de que a assistência às parturientes estivesse em consonância com o protocolo da instituição.

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).

A coleta de dados iniciou-se somente após a aprovação do referido Comitê e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas parturientes que concordaram em participar do estudo. Foi dada total liberdade à mulher para participar ou não da pesquisa, assegurando-lhe o direito de exclusão do estudo em qualquer momento, sem que isto interferisse na assistência prestada a ela e ao recém-nascido. O termo de responsabilidade foi impresso em duas vias, nas quais se procedeu à assinatura da parturiente e da pesquisadora. Uma cópia foi mantida com a pesquisadora e a outra foi dada à participante do estudo.

No caso de parturientes menores de idade, pedimos para um responsável legal assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido juntamente com a parturiente (Anexo 2).

### **5.3- Local do estudo**

Este estudo foi realizado no Centro de Parto Normal (CPN) do Amparo Maternal, que é uma maternidade filantrópica, situada na região sul da capital paulista. A instituição é credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recebe gestantes e parturientes de toda a cidade de São Paulo. Possui 16 leitos de pré-parto, 9 de observação obstétrica e 104 de puerpério normal e cirúrgico, assistindo em média 1.100 partos mensais, tendo como referência o ano de 2003. A assistência ao parto normal é feita exclusivamente por enfermeiras obstétricas e/ou obstetizes. Além de prestar assistência ao parto, a maternidade oferece atenção ao pré-natal de baixo risco, sendo realizado por enfermeiras obstétricas e proporciona abrigo para gestantes sem moradia.

O Centro de Parto Normal (CPN) do Amparo Maternal foi inaugurado em maio de 2001; antes as parturientes eram assistidas no antigo Centro Obstétrico pela equipe de enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizas que vem atuando desde 1998. Esta equipe é composta por 17 profissionais, com escala diária de três enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizas por plantão.

Segundo o protocolo da instituição, a assistência da equipe de enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizas é caracterizada pela adoção de condutas com intervenção mínima na condução do trabalho de parto. A episiotomia, venóclise, infusão de ocitocina e a ruptura artificial das membranas amnióticas deveriam ser utilizadas de acordo com a necessidade de cada parturiente e não rotineiramente. O oferecimento de sucos, água e dietas leves à parturiente é uma prática rotineira da instituição, bem como o incentivo à deambulação e o uso de banhos de aspersão e imersão fazem parte da rotina de atendimento para o alívio da dor do trabalho de parto.

Após o parto, a puérpera permanece em observação por uma hora no Centro de Parto Normal (CPN) e depois é encaminhada à enfermaria de alojamento conjunto. O recém-nascido permanece em observação na unidade de berçário do CPN e, depois da avaliação do pediatra, o mesmo é encaminhado às enfermarias de alojamento conjunto.

#### **5.4- Critérios de inclusão e exclusão**

##### Critérios de inclusão:

- Primigesta;
- gestação única e tópica, feto vivo em apresentação cefálica de vértice com boas condições de vitalidade;
- gestação a termo (37 até 42 semanas);



- estar no início da fase ativa de dilatação (maior ou igual a duas contrações de intensidade média a cada vinte minutos) e dilatação cervical de quatro a cinco centímetros;
- presença de líquido amniótico claro constatado na amnioscopia;
- ausência de intercorrências na gestação.

Critérios de exclusão:

- apresentar intercorrências clínicas ou obstétricas no decorrer do trabalho de parto.

### **5.5- População do estudo**

Todas as mulheres que foram internadas de segunda a sexta-feira nos períodos diurnos dos meses de julho e agosto de 2004, no Centro de Parto Normal, e que atendiam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo.

Nesse período, internaram-se 80 parturientes que atenderam aos critérios de inclusão e todas aceitaram participar do estudo. Portanto a população do estudo constituiu-se de 80 mulheres admitidas no Centro de Parto Normal do Amparo Maternal em trabalho de parto espontâneo, no período mencionado. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora. A evolução e o acompanhamento do trabalho de parto bem como a assistência ao parto foram realizados, segundo o protocolo da instituição pela equipe de enfermeiras obstétricas/ obstetrizes. Cabe destacar que o estímulo à deambulação durante o trabalho de parto já faz parte do protocolo de atendimento da instituição estudada, o que modificou neste estudo foi a presença constante da pesquisadora ao lado da parturiente, estimulando-a e fornecendo orientações sobre suas necessidades.

### **5.6- Material e método**

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Podômetro para medir a distância percorrida
- Escala visual numérica de dor (Anexo 3)
- Formulário para o registro de dados (Anexo 4)

#### *5.6.1 – Mensuração (em metros) da deambulação, durante o trabalho de parto*

Para o registro efetivo da deambulação, utilizamos recursos tecnológicos idealizados para este fim por um profissional do Departamento de Física e Matemática da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O podômetro é um contador digital, correspondente a dois pares de eletrodos que registram a velocidade média, o número de passos, transformando-os em metros. Para a realização do podômetro, foi adaptado, para este estudo, um sensor de contato em um propé cirúrgico, que era calçado nas parturientes do estudo, o qual registrava o número de passos e os transformava em medição de distância percorrida em metros. A sua calibração foi feita no início da coleta de dados para cada parturiente. O propé era colocado nos dois pés, embora somente um continha o podômetro. Uma vez calçado na parturiente, o mesmo era ligado no início da fase ativa do trabalho de parto e retirado somente quando a parturiente atingia a dilatação cervical completa (10 cm) e iniciava os reflexos de puxos, ocasião em que a parturiente era encaminhada para a sala de parto para o nascimento. A retirada do podômetro era também efetuada naquelas situações onde a parturiente era encaminhada para o desfecho do trabalho de parto, independente da dilatação cervical.

As parturientes que aceitaram fazer parte do estudo eram orientadas e estimuladas a deambular durante todo o trabalho de parto, sendo instruídas a retornar aos leitos, quando sentissem necessidade, quando fossem submetidas a exames vaginais e durante o procedimento de introdução de medicamentos por via endovenosa.



Figura 2- Foto da parturiente utilizando podômetro

#### 5.6.2 – Mensuração da dor

Para o presente estudo, foi utilizada a Escala Visual Numérica (EVN), que é um instrumento comumente utilizado para avaliar a intensidade de dor no primeiro período clínico do parto. E por avaliar apenas a intensidade da dor, é considerada unidimensional (Pimenta & Teixeira, 1997).

As escalas numéricas variam de 0 a 10, sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor imaginável. Para Pimenta & Teixeira (1997), estas escalas são de fácil aplicação e compreensão pelos participantes da pesquisa, embora a maioria deles encontre dificuldade em quantificar sua experiência dolorosa em termos numéricos.

Ex: 0 \_ 1 \_ 2 \_ 3 \_ 4 \_ 5 \_ 6 \_ 7 \_ 8 \_ 9 \_ 10

- Zero (0) = Ausência de dor
- Um a três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade

- Quatro a seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada
- Sete a nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade
- Dez (10) = Dor de intensidade insuportável

As parturientes que aceitaram fazer parte do estudo foram orientadas sobre a EVN e, em seguida, realizaram avaliação da dor sentida no início da pesquisa por meio de notas (de 0 a 10). Após esta resposta, era colocado o propé com o podômetro e a parturiente era estimulada a deambular. A avaliação da dor era feita de hora em hora até o nascimento (Anexo 3).

#### *5.6.3 – Instrumento de registro dos dados*

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário que constou de quatro partes. A primeira parte composta por dados demográficos, a segunda parte pelos dados obstétricos referentes ao período de internação. A terceira parte consistia de dados relacionados à observação clínica, registro dos valores da dilatação cervical, distância percorrida e valores da avaliação do nível da dor mensurada pela EVN. A última parte refere-se aos resultados obstétricos e neonatais, tais como tipo de parto, ocorrência de episiotomia, lacerações, suturas, peso do recém-nascido e valor de Apgar do primeiro e quinto minutos (Anexo 4).

#### *5.6.4 – Procedimentos*

Após a abordagem da parturiente, sua aceitação em participar na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tomamos os dados demográficos e obstétricos relacionados à gestação e à internação os quais foram extraídos do prontuário, cartão de pré-natal e da própria participante (Anexo 4).

Em seguida, foi aplicada a Escala de dor (EVN) e iniciado o estímulo à deambulação, ocasião em que o propé com o podômetro eram colados na parturiente e permaneciam durante toda a fase ativa do trabalho de parto.

Os escores de dor bem como o trajeto deambulado foram tomados e registrados a cada hora até o final da fase ativa do trabalho de parto. Da mesma forma, dados referentes à avaliação da dilatação cervicouterina, batimento cardíaco fetal, uso de fármacos, bolsa amniótica entre outros foram tomados, conforme evolução do trabalho de parto e procedimentos realizados pela equipe de profissionais da instituição.

#### *5.6.5 – Variáveis de estudo*

Na análise descritiva, as seguintes variáveis foram apresentadas:

##### Variáveis obstétricas:

- Idade gestacional – foi classificada em semanas completas e calculada na data de admissão hospitalar da parturiente, sendo utilizados para esse cálculo, prioritariamente, o ultra-som de primeiro trimestre e a data da última menstruação, conforme registrado no prontuário;
- Número de consultas de pré-natal – indica o número de consultas de pré-natal que a parturiente realizou durante a gravidez, conforme registrado no cartão de pré-natal;
- Ganho de peso – indica o aumento de peso, em quilos, durante a gestação, conforme registrado no cartão de pré-natal;
- Dilatação cervical – indica o valor em centímetros (0 a 10) da dilatação cervical. Avaliada na admissão e durante o trabalho de parto (de acordo com a rotina da instituição), conforme registrado no prontuário;

- Amniorexe – indica o horário do rompimento espontâneo ou artificial da bolsa das águas, conforme registrado no prontuário;
- Uso de ocitocina – indica o início da infusão da ocitocina, a qual é infundida por via endovenosa numa diluição de 5UI em 500 mililitros de soro glicosado a 5%, conforme registrado no prontuário;
- Tipo de parto – classificado como parto normal, fórceps ou cesárea, conforme registrado no prontuário;
- Integridade do períneo – indica a presença de períneo íntegro, laceração e/ou episiotomia, conforme registrado no prontuário.

#### Variáveis neonatais:

- Apgar – representado por escores atribuídos, pelo neonatologista, utilizando a Escala de Apgar, no primeiro e quinto minutos de vida do recém-nascido, cujos valores variam de 0 a 10, conforme registrado no prontuário;
- Peso do recém-nascido – representa o valor, em gramas, do peso do recém-nascido, logo após o nascimento, conforme registrado no prontuário.

#### Variáveis sociodemográficas:

- Idade – classificada em anos completos no momento da admissão hospitalar, conforme registrado no prontuário;
- Estado civil – classificada como solteira, casada, amasiada e viúva, conforme registrado no prontuário. Vale salientar que o termo amasiada coletada no prontuário foi classificada como união consensual;
- Cor – classificada como branca e não branca, conforme registrado no prontuário;

- Ocupação – atividade que a parturiente exercia, sendo remunerada ou não, conforme informação da parturiente;
- Grau de escolaridade – classificado pelo grau máximo de instrução, primeiro, segundo ou terceiro grau completo ou incompleto, conforme terminologia utilizada no prontuário.

Na análise comparativa, as seguintes variáveis foram consideradas:

Variável independente:

- deambulação durante toda a fase ativa do trabalho de parto.

Variável dependente:

- Duração da fase ativa do trabalho de parto que indica o tempo em horas, calculado a partir do momento em que a parturiente iniciou na pesquisa (início da fase ativa do parto), até a completa dilatação cervical (10 cm) associada ao início do reflexo de puxos e encaminhamento da parturiente para a sala de parto para o nascimento.
- Intensidade da dor – avaliada por meio da Escala Visual Numérica de Dor – EVN (Anexo 3), cujos escores variam de zero a dez.

### **5.7- Terminologia utilizada**

- Primeira fase do trabalho de parto: inicia-se com as contrações uterinas regulares e vai até a dilatação completa da cérvix (Lowdermilk et al., 2002);

- Segunda fase do trabalho de parto: começa no momento da dilatação completa da cérvix e vai até o nascimento do feto (Lowdermilk et al., 2002);
- Fase latente do trabalho de parto: é uma subdivisão da primeira fase do trabalho de parto; inicia-se quando as contrações uterinas estabelecem-se de maneira regular, com 1 a 2 cm de dilatação cervical e termina por volta de 4 cm de dilatação (Greenhil & Friedman, 1976).
- Fase ativa do trabalho de parto: é uma subdivisão da primeira fase do trabalho de parto; inicia-se com 4 a 5 cm de dilatação cervical e termina com a dilatação total do colo uterino, ou seja, 10 cm de dilatação (Greenhil & Friedman, 1976).

## **5.8- Tratamento e análise dos dados**

Os dados foram armazenados em um banco de dados do aplicativo Excel do Software e a análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for Social Sciences*, (SPSS 10.1), conforme descrito a seguir.

### *5.8.1 – Análise descritiva*

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados, permitindo a caracterização sociodemográfica das parturientes do estudo, cujos dados estão apresentados em forma de distribuição de frequência ou gráficos. Para a caracterização sociodemográfica, foram utilizadas frequências relativas (percentuais) e frequências absolutas das classes de cada variável estudada. Para as variáveis obstétricas e neonatais, foram usados valores das médias e medianas e valores dos desvios-padrão, valores mínimo e máximo para indicar a variabilidade das mesmas.



### 5.8. – *Análise comparativa:*

Para a análise das variáveis, foram utilizados os seguintes testes:

- Teste de Correlação paramétrico de Pearson

Este teste é usado para variáveis contínuas com distribuição normal e tem a finalidade de quantificar o grau em que duas variáveis aleatórias estão relacionadas, desde que a relação seja linear (Pagano & Gauvreau, 2004).

Este teste foi utilizado para avaliar a correlação entre as variáveis deambulação *versus* ganho ponderal de peso na gestação e, deambulação *versus* idade.

- Teste de Correlação não paramétrico de Spearman

Este teste tem a mesma finalidade que o anterior, embora seja usado para variáveis com nível de mensuração ao menos ordinal (Pagano & Gauvreau, 2004).

Este teste foi utilizado para avaliar a correlação entre deambulação e escore de dor das parturientes.

- Teste de Regressão Linear Simples

O teste de Regressão Linear Simples explora a natureza da relação entre duas variáveis aleatórias contínuas como a correlação, e a sua diferença é que possibilita investigar a mudança em uma variável, chamada resposta, correspondente à mudança na outra, conhecida como variável explicativa. Este teste prevê ou estima o valor da resposta associada com um valor fixo da variável explicativa (Pagano & Gauvreau, 2004).

No presente estudo, foi utilizado para estimar o tempo de duração da fase ativa do trabalho de parto em relação à deambulação.

## 6 – Resultados

### 6.1- Caracterização do grupo estudado

Fizeram parte deste estudo 80 parturientes sendo 24 (30,0%) brancas e 56 (70,0%) não brancas. A idade variou de 15 a 35 anos com média de 21,5 anos e desvio-padrão de 4,7 anos (Tabela 1).

Conforme observamos na Tabela 1, ressalta-se o número das parturientes (34 - 42,5%) adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, seguido de mulheres jovens de 20 a 24 anos (26 - 32,5%). As parturientes com 25 anos ou mais totalizaram 20 (25,1%) mulheres.

Observamos na Tabela 1 que, dentre as mulheres estudadas, a maioria (59 – 73,7%) relatou não exercer nenhuma ocupação remunerada. As demais (21 - 26,2%) afirmaram que realizavam alguma ocupação remunerada as quais relacionavam-se a atividades domésticas – 9 (38,1%), comércio – 10 (38,1%) e culturais, tais como teatro e artes – 2 (23,8%).

No que se refere à escolaridade, observamos que 2 (2,5%) participantes chegaram a cursar o 3º. grau, embora não o tenham concluído, enquanto 15 (18,8%) não terminaram o 1º grau. As demais se distribuíram entre 1º. grau completo (19 - 23,8%), 2º. grau incompleto (23 - 28,8%) e 2º. grau completo (21 - 26,3%) (Tabela 1).

Quanto ao estado civil, 18 (22,5%) parturientes eram casadas, 25 (31,2%) solteiras e 37 (46,2%) viviam em união estável.

A Tabela 1 nos mostra a distribuição das parturientes segundo a cor, estado civil, escolaridade, ocupação e faixa etária.

Tabela 1 – Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo a cor, estado civil, escolaridade, ocupação e faixa etária (anos), durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

	<b>Variável</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Cor</b>	Branca	24	30,0
	Não branca	56	70,0
<b>Estado civil</b>	Solteira	25	31,2
	Casada	18	22,5
	União consensual	37	46,2
<b>Escolaridade</b>	1º. grau incompleto	15	18,8
	1º. grau completo	19	23,8
	2º. grau incompleto	23	28,8
	2º. grau completo	21	26,3
	3º. grau incompleto	2	2,5
<b>Ocupação</b>	Remunerada*	21	26,2
	Não remunerada	59	73,8
<b>Faixa etária</b>	15   20	34	42,5
	20   25	26	32,5
	25   30	14	17,5
	30   35	05	6,3
	35	01	1,3

\* Atividades domésticas (9), no comércio (10) e culturais (2).

## 6.2- Condições clínico-obstétricas

Todas as mulheres estudadas realizaram o pré-natal cujo número de consultas variou de 3 a 12, com uma média de 7,21 e desvio-padrão igual a 2,08 consultas. A maioria (65 - 81,2%) realizou 6 ou mais consultas, como pode ser observado na Tabela 2.

O ganho ponderal de peso durante a gestação variou de 9 a 27 kg, com uma média de 12,53 e desvio-padrão igual a 3,43 kg. A maioria (49 - 61,2%) das gestantes teve um ganho de até 12 kg, 27 (33,7%) de 13 a 18 kg e 4 (5,0%) acima de 19 kg (Tabela 2).

A idade gestacional das participantes do estudo, no momento da internação, esteve assim representada: 41 parturientes (51,3%) encontravam-se entre 40 e 42 semanas de gestação e as demais (39 - 48,8%) estavam com 37 a 39 semanas de gestação. Os valores da média, mediana e desvio-padrão referentes se encontram na Tabela 2.

Tabela 2 – Valor médio, desvio-padrão (dp), mediana, mínimo e máximo do número de consulta pré-natal, ganho de peso ponderal durante a gravidez (kg) e idade gestacional (semanas) das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>dp</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Consulta pré-natal	7,21	2,08	7,0	3	12
Ganho de peso ponderal na gestação	12,53	3,43	12,0	9	27
Idade gestacional	39,57	1,11	39,54	37,1	42,1

As parturientes foram incluídas no estudo quando, após avaliação da equipe da maternidade, se constatou que elas se encontravam na fase ativa do trabalho de parto, sendo que 78 (97,5%) mulheres encontravam-se com 4 cm de dilatação e 2 (2,5%) com 5 cm.

Das 80 parturientes estudadas, 6 (7,5%) foram submetidas ao parto cesárea, cuja indicação foi, para cinco delas, por parada ou falta de progressão do trabalho de parto e para uma foi em decorrência de bradicardia fetal, identificada no período expulsivo. Assim, 75 parturientes (93,75%) completaram a fase ativa do trabalho de parto.

O tempo de evolução do trabalho de parto, a partir da fase ativa destas 75 parturientes, variou de 3 a 14 horas, com uma média de 7,66 horas e desvio-padrão igual a 2,41 horas, mediana de 7,52 horas. A maioria delas (54, 72,0%) teve uma duração da fase ativa do trabalho de parto de 6 horas ou mais, conforme mostrado na figura 3.

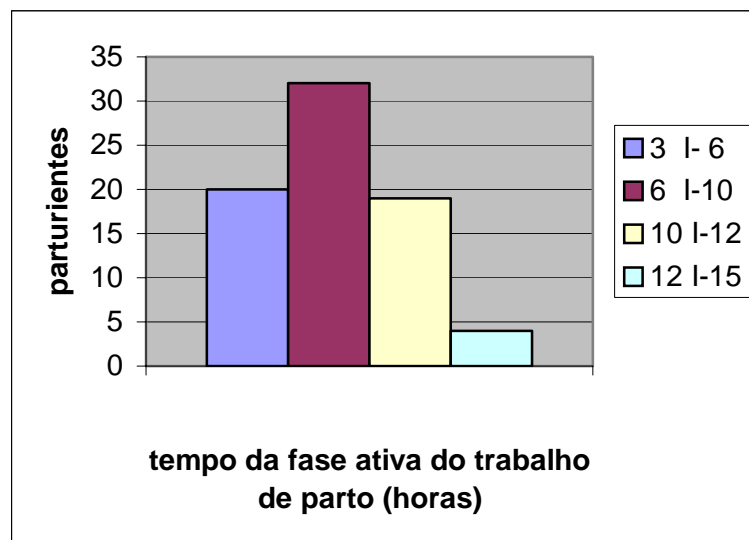


Figura 3- Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o tempo da fase ativa do trabalho de parto (horas), durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

Verificamos que 63 (78,75%) das 80 parturientes estudadas se submeteram à amniotomia artificial cujo procedimento foi realizado quando as mesmas se encontraram com uma média de dilatação cervical de 6,28 e desvio-padrão igual a 1,37 cm. Por outro lado, as 17 (21,25%) restantes tiveram uma amniorrexe espontânea com uma média de dilatação cervical de 5,70 e desvio-padrão igual a 2,28 cm.

Quanto ao uso de ocitócito, apenas 26 (35,5%) parturientes não tiveram indicação de uso, durante o trabalho de parto. Das 54 parturientes em que foi administrado, 24 (44,4%) o receberam logo na primeira hora da fase ativa do trabalho de parto, 19 (35,18%) iniciaram seu uso de 2 a 3 horas após o início da fase ativa e 11 (20,37%) após 4 horas de início da fase ativa do trabalho de parto (Figura 4).

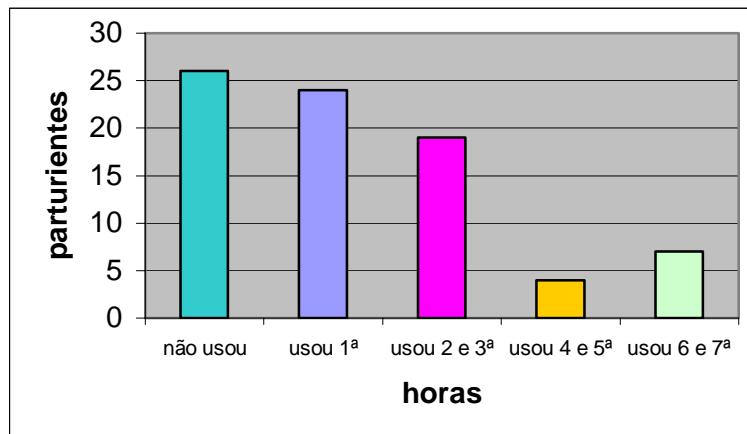


Figura 4- Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o uso de ocitócito e o tempo de uso em horas, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

Quanto ao tipo de parto, 6 (7,5%) tiveram parto cesárea. Das 74 (92,5%) parturientes que evoluíram para o parto normal, 12 (16,2%) mantiveram a integridade do períneo, 12 (16,2%) tiveram laceração de primeiro grau, em 48 (64,9%) foi realizada episiotomia, e as 2 (2,7%) restantes tiveram conjuntamente laceração e episiotomia.

### 6.3- Condições neonatais

O peso ao nascer dos recém-nascidos variou de 2.500 a 4.050g, com uma média de 3.252 e desvio-padrão igual a 385,7 gramas. A estatura destes recém-nascidos variou de 35 a 53 cm, com uma média de 48,8 e desvio-padrão igual a 2,45 cm.

Os resultados perinatais estão apresentados nas figuras 5 e 6. Observa-se que 77 (96,25%) dos recém-nascidos obtiveram, no primeiro minuto, pontuação maior ou igual a 7 na escala de Apgar, dois recém-nascidos (2,5%) pontuação de 6 e apenas um (1,25%) valor 3. Por outro lado, no quinto minuto, 79 (98,7%) deles obtiveram valor maior ou igual a 7 na escala de Apgar e um deles (1,25%) manteve valor 4.

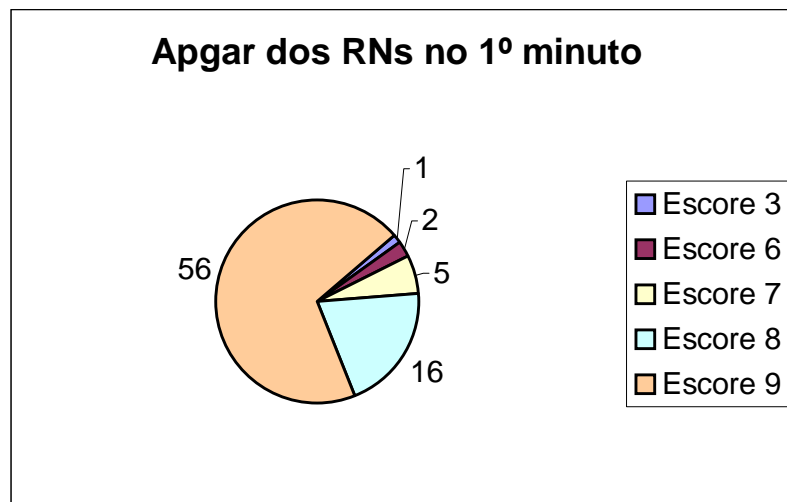


Figura 5- Distribuição dos recém-nascidos, no Centro de Parto Normal, segundo o escore do Apgar, no primeiro minuto, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

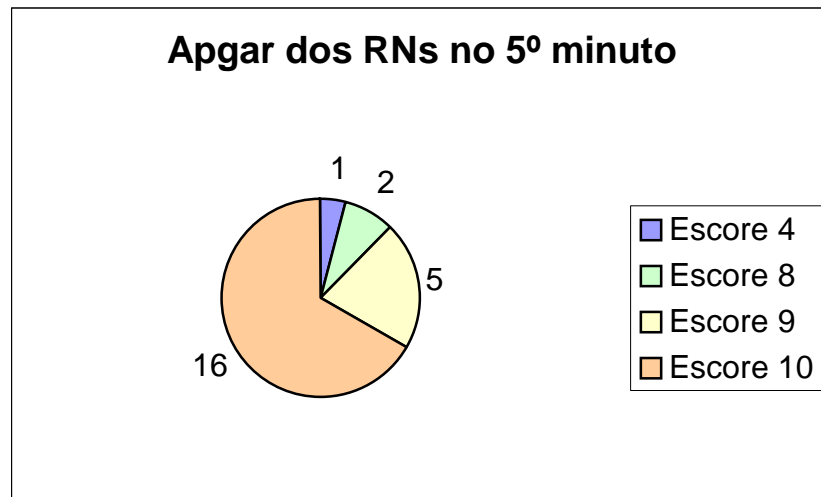


Figura 6- Distribuição dos recém-nascidos, no Centro de Parto Normal, segundo o escore do Apgar, no quinto minuto, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

#### **6.4- Deambulação durante o trabalho de parto**

Como anteriormente descrito, as parturientes permaneceram com o propé no qual foi adaptado o podômetro, durante toda a fase ativa do trabalho de parto, sendo o mesmo retirado no momento em que elas eram encaminhadas para a sala de parto, ou seja, na segunda fase do trabalho de parto - expulsão fetal.

Todas as 80 parturientes estudadas deambularam durante a fase ativa do trabalho de parto. O registro, em metros, da distância total percorrida durante toda a fase ativa do trabalho de parto nos revelou que o mesmo variou de 101 a 3.736 metros, com uma média de 1.624,57 e desvio-padrão igual a 836,79 metros.



A Tabela 3, a seguir, nos mostra a distribuição das parturientes, segundo intervalos de distância percorrida em metros durante esta fase.

Tabela 3 - Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo intervalo de distância percorrida (metros), durante a primeira fase ativa do trabalho de parto, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

<b>Deambulação (metros)</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
0   301	6	7,5
301   601	6	7,5
601   901	5	6,25
901   1201	6	7,5
1201   1501	9	11,25
1501   1801	13	16,25
1801   2101	12	15,0
2101   2401	11	13,75
2401   2701	5	6,25
2701   3001	3	3,75
3001   3301	2	2,5
3301   3601	1	1,25
3601   3901	1	1,25
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Entre as mulheres estudadas, não houve correlação entre a distância percorrida, durante a fase ativa do trabalho de parto, e idade e ganho de peso ponderal, durante a gestação. (Teste de Correlação de Pearson –  $r = -0,071$ ,  $p = 0,532$ ;  $r = -0,056$ ,  $p = 0,621$  respectivamente).

Em relação ao momento da interrupção da deambulação pelas mulheres pesquisadas, observamos que as parturientes deambularam uma média de 5,0 e desvio-padrão igual a 1,74 horas e esta interrupção se deu por volta de 63,09% da fase ativa do trabalho de parto.

A interrupção da deambulação, como podemos verificar na Tabela 4, para a maioria das parturientes (61 - 76,2%) ocorreu aos 8,0 cm ou mais de dilatação, sendo que cerca da metade destas (32 - 52,5%) o fez com 9,0 cm de dilatação. Verificamos, portanto, que a

interrupção da deambulação se deu com uma dilatação média de 8,36 e desvio-padrão igual a 1,33 cm.

Tabela 4 – Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal segundo a dilatação cervical (cm) na interrupção da deambulação, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

<b>Dilatação na interrupção da deambulação (cm)</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
4	1	1,2
5	1	1,2
6	7	8,7
7	10	12,5
8	15	18,7
9	32	40,0
10	14	17,5
Total	80	100,0

Média: 8,36 cm      Desvio-padrão: 1,33 cm

Os dados da Tabela 5 nos revelam que o percurso realizado pelas parturientes foi maior na primeira hora da fase ativa do trabalho de parto com uma média de 557,9 e desvio-padrão igual a 305,8 metros, decrescendo com o passar das horas. Mostram, ainda, que o último percurso se deu em torno das 9 horas da fase ativa do trabalho de parto.

Tabela 5 – Valores médios e respectivos desvios-padrão da distância percorrida (metros) em cada hora da fase ativa de trabalho de parto das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

<b>Hora de Trabalho de parto</b>	<b>Média deambulada (metros) ± dp</b>	<b>Média deambulação acumulada (metros) ± dp</b>
1ª. Hora	557,87 ± 305,84	557,9±305,8
2ª. Hora	451,56 ± 326,33	1.004,4±567,9
3ª. Hora	316,92 ± 304,53	1.341±710,6
4ª. Hora	170,82 ± 220,68	1.508,9±803,7
5ª. Hora	107,65± 155,88	1.607,4±887,2
6ª. Hora	34,24±68,99	1.574,1±923,9
7ª. Hora	21,06±52,10	1.585,5±889
8ª. Hora	30,78±91,58	1.465,5±823,5
9ª. Hora	7,19±18,19	1.696,10±760,1
10ª. Hora	0	1.653,8±796,7
11ª. Hora	0	1.468,6±900,6

Em relação à distância percorrida (metros) pelas 75 parturientes que completaram a fase ativa do trabalho de parto, observamos que 21 (28%) delas percorreram uma distância entre 1.801 e 2.400 metros. Por outro lado, verificamos que 16 (21,3%) parturientes deambularam menos que 900 metros, conforme observado na Tabela 6. Podemos ainda observar que, entre as parturientes que tiveram uma duração da fase ativa do trabalho de parto de até 8 horas (53 parturientes, 70,61%), 19 (35,85%) deambularam até 1.500 metros, 26 (49,06%) deambularam entre 1.501 e 2.400 metros e 8 (15,09%) deambularam mais que 2.401 metros. E as parturientes que tiveram a fase ativa do trabalho de parto

maior que 9 horas (22 parturientes, 29,33%) 10 (45,45%) deambularam até 1.500 metros, 8 (36,36%) deambularam entre 1.501 e 2.400 metros e 4 (18,18%) deambularam mais que 2.401 metros.

Tabela 6 – Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal que completaram a fase ativa do trabalho de parto, segundo o tempo de trabalho de parto (horas) e a distância percorrida (metros), durante toda esta fase, durante o período de julho a agosto de 2004.

Deambulação total (metros)	Duração da fase ativa do trabalho de parto (horas)				Total
	3-5	6-8	9-11	12-14	
<901	3	7	5	1	<b>16</b>
901   1.201	2	0	3	0	<b>5</b>
1.201   1.501	4	3	1	0	<b>8</b>
1.501   1.801	4	5	2	2	<b>13</b>
1.801   2.401	8	9	4	0	<b>21</b>
2.401   3.001	0	4	3	1	<b>8</b>
≥3.001	0	4	0	0	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>75</b>

Quando avaliamos a distância percorrida pelas 75 parturientes a cada hora da fase ativa do trabalho de parto, verificamos que, na primeira hora da fase ativa do trabalho de parto, a distância média percorrida foi de 1.011,92 e desvio-padrão igual a 565,07 metros. A distância de 601 a 900 metros foi a mais freqüente, sendo percorrida por 28 (37,33%) parturientes, conforme se observa na Tabela 7. Observamos ainda que, entre as 53 (70,61%) parturientes que tiveram uma duração da fase ativa do trabalho de parto de até 8 horas, 34 (64,15%) deambularam mais que 601 metros na primeira hora. Das 22 parturientes (29,33%) que tiveram mais de 9 horas da fase ativa do trabalho de parto, 16 (72,73%) deambularam até 600 metros na primeira hora.

Tabela 7 – Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal que completaram a fase ativa do trabalho de parto, segundo a distância percorrida(metros) na primeira hora de trabalho de parto e a duração desta fase (horas), durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.

Deambulação 1ª. Hora (metros)	Duração da fase ativa do trabalho de parto (horas)				Total
	3-5	6-8	9-11	12-14	
<301	3	7	8	2	20
301   601	3	6	6	0	15
601   901	9	13	4	2	28
901   1.005	6	6	0	0	12
Total	21	32	18	4	75

Quando avaliamos a distância percorrida durante a segunda hora de trabalho de parto e a duração da fase ativa do trabalho de parto, observamos que, entre as 53 parturientes que completaram esta fase em até 8 horas, 35 (66,04%) percorreram mais que 901 metros até a segunda hora. Das 22 parturientes que completaram a fase ativa mais que 9 horas, 13 (59,10%) percorreram uma distância de até 900 metros até a segunda hora, conforme é observado na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal que completaram a fase ativa do trabalho de parto, segundo a distância percorrida(metros) até a segunda hora de trabalho de parto e a duração desta fase (horas), durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo - SP.

Deambulação até a 2ª. Hora (metros)	Duração da fase ativa do trabalho de parto (horas)				Total
	3-5	6-8	9-11	12-14	
<301	3	2	3	2	10
301   601	0	5	4	0	9
601   901	1	7	4	0	12
901   1.201	3	7	5	2	17
1.201   1.501	5	1	2	0	8
1.501   1.801	7	6	0	0	13
1.801   1.974	2	4	0	0	6
Total	21	32	18	4	75

Na terceira hora, ocorreu um nascimento entre as parturientes estudadas, portanto o número de participantes neste momento passa a ser 74. Na Tabela 9, observamos que, entre as 52 (70,27%) parturientes que tiveram uma duração da primeira fase do trabalho de parto de até 8 horas, 29 (55,77%) deambularam mais que 1.501 metros até a terceira hora. Das 22 parturientes (29,73%) que tiveram mais de 9 horas da fase ativa do trabalho de parto, 19 (86,36%) percorreram uma distância de até 1.500 metros até a terceira hora.

Tabela 9 – Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal que terminaram a fase ativa do trabalho de parto, segundo a distância percorrida (metros) até a terceira hora de trabalho de parto e a duração desta fase (horas), durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.

Deambulação até a 3 <sup>a</sup> . Hora (metros)	Duração da fase ativa do trabalho de parto (horas)				Total
	3-5	6-8	9-11	12-14	
<301	2	2	3	1	8
301   601	0	3	1	1	5
601   901	0	3	5	0	8
901   1.201	2	2	2	0	6
1.201   1.501	4	5	4	2	15
1.501   1.801	4	4	1	0	9
1.801   2.101	7	4	1	0	12
2.101   2.401	1	3	1	0	5
2.401   2.701	0	4	0	0	4
2.701   2.820	0	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>74*</b>

\*Houve um nascimento.

Ao efetuarmos o teste de correlação entre a distância percorrida, durante toda a fase ativa do trabalho de parto e a duração da mesma, verificamos que não houve significância estatística entre tais variáveis (Tabela 10). No entanto, ao correlacionarmos o trajeto percorrido a cada hora da fase ativa do trabalho de parto, desde o seu início, verificamos que houve diferença significativa nas três primeiras horas desta fase, ou seja, as parturientes que deambularam uma distância maior, durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, tiveram uma redução na duração do trabalho de parto, conforme é observado no Tabela 10. Entretanto, a partir da quarta hora tal correlação não se fez mais presente.

Tabela 10 - Valores das regressões lineares simples realizados entre a distância percorrida (metros) durante o trabalho de parto e o tempo da fase ativa do trabalho de parto (horas) das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.

Momento da deambulação	coeficiente linear	coeficiente angular	coeficiente de determinação	intervalo de confiança de 95%	valor do p	Número de observações
<b>Durante toda a fase ativa do trabalho de parto</b>	466,59	0,0018	0,01	-0,038 a 0,041	0,927	75
<b>Primeira hora</b>	590,06	-0,2161	-0,45*	-0,316 a -0,117	0,000	75
<b>Segunda hora</b>	566,80	-0,096	-0,37*	-0,151 a -0,041	0,001	75
<b>Terceira hora</b>	557,36	-0,061	-0,31*	-0,105 a -0,018	0,007	74
<b>Quarta hora</b>	535,29	-0,030	-0,18	-0,070 a 0,009	0,126	69
<b>Quinta hora</b>	576,83	-0,027	-0,21	-0,062 a 0,008	0,130	54
<b>Sexta hora</b>	584,06	-0,0133	-0,12	-0,047 a 0,020	0,431	45
<b>Sétima hora</b>	609,11	-0,013	-0,12	-0,049 a 0,023	0,477	37

\*Correlação negativa significativa.

Procedendo à estimativa da redução da fase ativa do trabalho de parto nas três primeiras horas, conforme o Teste de Regressão Linear apresentado na Tabela 10 (coeficiente angular), verificamos que, na primeira hora a cada 100 metros deambulados, a



duração da fase ativa do trabalho de parto é diminuída cerca de 22 minutos, revelando que a deambulação nesta primeira hora favoreceu uma diminuição na fase ativa do trabalho de parto de 2,04 horas. Na segunda hora, a redução na duração da fase ativa do trabalho de parto foi de 10 minutos a cada 100 metros deambulados, levando portanto a uma diminuição de 1,67 horas. Na terceira hora, a redução da fase ativa do trabalho de parto foi de 6 minutos por cada 100 metros deambulados, assim a redução da fase ativa do trabalho de parto nesta terceira hora foi de 1,34 horas.

No que se refere à ruptura das membranas amnióticas, verificamos que entre as 63 mulheres que se submeteram à amniorexe artificial, 58 (92,06%) delas completaram a fase ativa do trabalho de parto e tiveram um trajeto médio deambulado, durante toda esta fase de 1.605,55 e desvio-padrão igual a 858,10 metros. Este procedimento foi realizado por volta de 58,75% do tempo de trabalho de parto com dilatação cervical média de 6,3 e desvio-padrão igual a 1,4 cm no momento da ruptura.

As 17 (21,25%) parturientes que tiveram a ruptura espontânea das membranas amnióticas percorreram, durante toda a fase ativa do trabalho de parto, um trajeto entre 900 e 3.737 metros, com uma média de 1.695,06 e desvio-padrão igual a 772,83 metros. Este procedimento foi realizado por volta de 56,87% do tempo de trabalho de parto, com uma dilatação cervical média de 5,8 e desvio-padrão igual a 2,1 cm durante o rompimento.

Quanto ao uso de ocitócito, foi possível verificar que as 54 (67,5%) parturientes que fizeram uso dessa droga percorreram, até o início de sua administração, um trajeto médio de 660,96 e desvio-padrão igual a 861,35 metros. A deambulação total média, durante a fase ativa do trabalho de parto, computando a distância percorrida antes e após o início da infusão de ocitócito deste grupo, foi de 1.696,22 com desvio-padrão de 883,41 metros.

Destas 54 pacientes em que se administrou ocitócito, 5 delas não completaram a fase ativa do trabalho de parto, em decorrência da falta de progressão ou parada do trabalho de parto, sendo submetidas à cesárea. As 49 parturientes que completaram a dilatação cervical tiveram um tempo médio de 8,31 e desvio-padrão igual a 2,35 horas de fase ativa do trabalho de parto. Observamos que a dilatação cervical média, quando se iniciou a infusão de ocitócito, estava em 4,65 e desvio-padrão igual a 1,27 cm.

As 26 (32,5%) parturientes que não fizeram uso de ocitócito percorreram uma distância média de 1.532,49 e desvio-padrão igual a 800,14 metros, durante a fase ativa do trabalho de parto, e completaram esta fase em 6,46 e desvio-padrão igual a 2,08 horas.

Ao avaliarmos o efeito da deambulação e a ruptura da bolsa amniótica, quer seja espontânea ou artificial e o uso de ocitócito, os dados apontam que tais variáveis (ruptura espontânea ou artificial das membranas amnióticas e uso de ocitócito) não tiveram significância em relação à duração da primeira fase do trabalho de parto.

Ao analisarmos os valores dos escores de dor, pontuados pelas parturientes ao longo da fase ativa do trabalho de parto, observamos que a pontuação máxima dos escores de dor (valor 10) foi dada por todas as 75 parturientes, quando atingiram 9 e 10 cm de dilatação cervical.

Observando os escores pontuados pelas parturientes que tiveram registradas as dilatações cervicais aos 5 cm, 6 cm, 7 cm e 8 cm e a distância percorrida nestes níveis de dilatação, conforme apresentados nas Tabelas 11, 12, 13 e 14, verificamos que, à medida que a dilatação avança, os escores medianos e médios também aumentam.

Tabela 11 - Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) até 5 cm de dilatação cervical, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.

Deambulação	Escore de dor							total
	4	5	6	7	8	9	10	
≤ 900	2	7	3	1	2		1	16
901-1.200		1	2	1				4
1.201-1.500			2					2
1.501-1.800		1	1			1		3
1.801-2.400				1		1		2
≥2.401					1			1
<b>total</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>28</b>

Tabela 12 - Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) até 6 cm de dilatação cervical, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.

deambulação	Escore de dor						total
	5	6	7	8	9	10	
≤ 900	2	1	1	3	3	1	11
901-1.200	1	3	1			1	6
1.201-1.500	1		1		1		3
1.501-1.800		1	1	1		1	4
1.801-2.400	2	1		3	1		7
≥ 2.401			1	1	1	1	4
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>35</b>

Tabela 13 - Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) até 7 cm de dilatação cervical, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.

deambulação	Escore de dor						total
	5	6	7	8	9	10	
≤ 900		1	2	3		3	9
901-1.200			1	1		1	3
1.201-1.500			2	1			3
1.501-1.800			3	2	1	5	11
1.801-2.400		1		1	1	2	5
≥2.401	1		2			1	4
<b>total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>35</b>

Tabela 14 - Distribuição das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal, segundo o escore de dor e a distância percorrida(metros) até 8 cm de dilatação cervical, durante o período de julho a agosto de 2004. São Paulo – SP.

Deambulação	Escore de dor					total
	6	7	8	9	10	
≤ 900		1	2	1	4	8
901-1.200		2	1		2	5
1.201-1.500	1		2	2	2	7
1.501-1.800						
1.801-2.400	1	3	1	1	6	12
≥ 2.401		1		1		2
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>34</b>

No entanto, observando a pontuação dos escores de dor aos 5, 6, 7 e 8 cm de dilatação, de acordo com o trajeto deambulado na dilatação correspondente, verificamos uma correlação significativa apenas aos 5 cm de dilatação. As mulheres que mais deambularam aos 5 cm de dilatação pontuaram um valor mais alto no escore de dor. A Tabela 15 apresenta os coeficientes de Correlação de Spearman entre estas duas variáveis.

Tabela 15 –Valores da Correlação de Spearman dos escores de dor, segundo a dilatação cervical e a distância percorrida das parturientes atendidas no Centro de Parto Normal. São Paulo - SP, 2004.

<b>Dilatação cervical (cm)</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>Número de parturientes</b>
<b>5</b>	0,4884*	0,0084	28
<b>6</b>	0,0149	0,9321	35
<b>7</b>	0,0280	0,8732	35
<b>8</b>	-0,0862	0,6279	34

\*Correlação positiva significante com nível 0,05.

## **7- Discussão**

### **7.1- Caracterização do grupo estudado**

A população deste estudo caracterizou-se por um grupo de mulheres jovens, a maioria delas (75,0%) tinha idade entre 15 e 24 anos. Tal configuração está de acordo com a média nacional da idade das mulheres que deram à luz na rede hospitalar do SUS, em 2002, em que se constatou que 72,3% tinham até 29 anos de idade (DATASUS). Nesse grupo de mulheres jovens, 42,5% das parturientes tinham entre 15 e 19 anos, percentual bem superior aos 23,15% de mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos cujos partos ocorreram no SUS, em 2002 (Brasil, 2005).

A gravidez na adolescência tem estado presente como tema de discussão nacional e tem sido relacionada a riscos sociais ligados às dificuldades de avanços na progressão educacional após essas mulheres tornarem-se mães precocemente, o que as torna mais vulneráveis a permanecerem nas camadas socioeconômicas menos favorecidas e terem dificuldades de acesso ao mercado de trabalho pela falta de qualificação profissional (Parenti, 2002).

No presente estudo, 73,8% das mulheres não exerciam ocupação remunerada. Esta situação pode ser reflexo do elevado percentual de parturientes adolescentes identificadas no estudo, podendo-se supor que muitas ainda não adentraram ao mercado de trabalho. Por outro lado, a constatação do reduzido número de mulheres que têm ocupação remunerada contrapõe-se às tendências de sua crescente inserção no mercado de trabalho. As estatísticas revelam uma crescente população economicamente ativa representada por mulheres. Uma das possíveis explicações para os achados deste estudo pode estar associada às menores oportunidades de emprego para as mulheres de baixa escolaridade (71,4% das estudadas não completaram o segundo grau).

A baixa escolaridade tem sido descrita como importante indicador para a compreensão do aumento da taxa de gravidez na adolescência, do início precoce da atividade sexual, além do crescente número de união conjugal de mulheres adolescentes (Goldani, 1999; Parenti, 2002).

No presente estudo, 77,4% das participantes referiram ser solteiras ou de união estável, situação esta que aponta para uma tendência na situação conjugal no Brasil (Goldani, 1999). Goldani (1999) mostrou, em um estudo realizado entre 1984 e 1994, que os casamentos legais diminuíram em 20% e dobrou a proporção de divórcios e separações, decorrente da formalização das novas leis relacionadas ao divórcio.

## **7.2- Condições clínico-obstétricas**

As gestantes estudadas caracterizaram-se por ter freqüentado mais de seis consultas pré-natais (81,2%), revelando uma adesão positiva a esta prática, comportamento importante, porque gestantes que freqüentam serviços de atenção pré-natal apresentam menores intercorrências e seus recém-nascidos mostram um melhor crescimento intra-uterino e menores taxas de mortalidade perinatal e infantil. O número de consultas realizadas durante o pré-natal também está diretamente relacionado com melhores indicadores de saúde materno-infantil (OMS,1996).

Pudemos observar que 49 (61,2%) mulheres estudadas obtiveram ganho ponderal de até 12 kg, encontrando-se dentro dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000).

A fase ativa do trabalho de parto das parturientes estudadas variou de 3 a 14 horas, com uma média de 7,83 e desvio-padrão de 2,48 horas de duração, concordante com a afirmativa de Cunningham et al. (2000) que apontam que a duração média do primeiro estágio de trabalho de parto em nulíparas é de cerca de 8 horas.



Janssen et al. (2002), em pesquisa realizada no Canadá, apontam que 64,1% dos partos hospitalares são submetidos à amniotomia artificial, valores menores que os encontrados neste estudo (78,75%).

Fraser et al. (2002), em revisão sistemática de estudos clínicos pelo grupo Cochrane de gravidez e parto sobre os efeitos da amniotomia sobre as taxas de partos por cesárea e outros indicadores de morbidade materna e neonatal, concluíram que há tanto benefício como riscos na sua utilização rotineira. Entre os benefícios se incluem uma redução de 60 a 120 minutos na duração do trabalho de parto e a diminuição no uso de ocitocina. Por outro lado, se observou uma tendência a um aumento de cesárea. Diante dessas observações, os autores sugerem que a amniotomia deveria reservar-se para os casos de mulheres com evolução anormal de trabalho de parto.

Neste estudo, a ocitocina foi utilizada pela maioria das mulheres (67,5%) e nos chamou a atenção que 44,4% destas fizeram uso na primeira hora da fase ativa do trabalho de parto, ou seja, com uma dilatação média de 4,02 cm. A frequência de uso de ocitócito mostra-se muito superior ao indicado pela literatura. Estudo comparativo de utilização do ocitócito na Finlândia e na Estônia, realizado por Gissler et al. (2000), mostrou uma utilização de 36,2% e 11,2% em 1992, e 36,1% e 16,4% em 1996, respectivamente. Janssen et al. (2002), ao realizarem um estudo comparativo sobre o uso de ocitócito entre mulheres que tiveram parto domiciliar e hospitalar, no Canadá, detectaram um percentual de uso de 6,4% em partos domiciliares contra 30,8% para partos hospitalares. Identificaram ainda que 16,8% das indicações do uso do ocitócito foram realizadas por médicos e 14% por parteiras entre os partos hospitalares. Cagnin & Silva (2004) identificaram o uso de ocitocina em 35,6% dos partos realizados por enfermeiras obstétricas numa maternidade-escola, no interior do estado de São Paulo, revelando uma utilização inferior à do presente estudo.

No que se refere à integridade do períneo, chamou-nos a atenção o elevado número das parturientes (67,6%) que foram submetidas à episiotomia, uma vez que a OMS sugere que este procedimento não deve ultrapassar 10% dos partos normais (OMS, 1996), estando portanto seis vezes acima da meta a ser alcançada.

Tem sido sugerido que taxas acima de 20 a 30% de episiotomia são excessivas, no entanto, há poucos estudos epidemiológicos que identificam variações no uso desta intervenção de acordo com o tipo de prestador de assistência ao parto, com os níveis de complexidade das instituições e características sociodemográficas da população (Argentine, 1994 ; Lede et al., 1996; David et al., 1999).

Os achados do presente estudo sobre o uso de episiotomia mostram-se superiores àqueles encontrados no estudo realizado no Distrito de Guto, em Zimbábue, no período de 1997 a 1998, o qual apontou um percentual de episiotomia de 53% entre as nulíparas (Van der Bergh et al., 2003). No entanto, outros estudos encontraram percentuais maiores de episiotomia, em nulíparas, como apontam aqueles realizados na América Latina (92,3%) e Nigéria (> 90,0%) (Althalbe et al., 2002; Otoide et al., 2000)

As menores taxas de episiotomia em nulíparas identificadas na literatura foram encontradas no Birth Center, na Alemanha (21,1%), e entre mulheres atendidas por parteiras na Austrália (23,3%) (David et al., 1999; Roberts et al., 2002).

De um modo geral, podemos afirmar que existe uma grande variação nas taxas mundiais de episiotomia, sendo que as menores taxas estão relacionadas aos partos realizados em ambiente extra-hospitalar, e nas instituições hospitalares essa prática sofre interferência do tipo de prestador da assistência, das características de cada serviço, das diferenças regionais e, sobretudo, das políticas da episiotomia.

Cagnin & Silva (2004) relatam que apenas 22,8% das parturientes, assistidas pelas enfermeiras obstétricas em uma maternidade do interior paulista, foram submetidas à

episiotomia, valor muito abaixo do obtido no presente estudo, especialmente quando se sabe de antemão que foi a mesma categoria profissional quem atendeu aos partos das parturientes analisadas.

Neste estudo, observamos que 16,2% das parturientes tiveram trauma perineal. A literatura relata o aumento de traumas perineais espontâneos, quando não se utiliza a episiotomia, embora os traumas espontâneos, principalmente os de primeiro grau, como é o caso deste estudo, apresentam melhor reparação tecidual, menos dor e menor risco de infecção, quando comparados com a episiotomia.

### **7.3- Condições neonatais**

No que se refere aos resultados neonatais, o baixo peso ao nascer (menor que 2.500 gramas) é um dos fatores determinante das chances do recém-nascido sobreviver e apresentar crescimento e desenvolvimento satisfatórios (Cunha et al., 2002). Em nosso estudo, nenhum recém-nascido apresentou baixo peso ao nascer. A maioria dos recém-nascidos (71,2%) pesou entre 2.500 e 3.000 gramas, no nascimento.

Quanto ao Apgar no quinto minuto, identificamos em mais de 98% dos bebês um escore maior ou igual a sete, revelando resultado favorável à vitalidade desse novo ser. Estes dados assemelham-se aos da literatura quando se observa que Waldenstrom et al. (2001) encontraram 90,0% de recém-nascidos no Sthkolm Birth Center, na Suíça, com Apgar maior ou igual a sete no quinto minuto. Janssen et al. (2002) identificaram Apgar no quinto minuto acima de sete em 92,0% dos partos domiciliares atendidos por parteiras, em 91,0% dos partos hospitalares atendidos por médicos e 97,0% dos partos hospitalares atendidos por parteiras, em um estudo comparativo no Canadá.

Na caracterização realizada por Tase (2000), com 400 recém-nascidos atendidos em um serviço obstétrico de alta complexidade em São Paulo, o Apgar no quinto minuto foi maior e igual a sete em 93,5% dos casos.

Vale salientar que a avaliação da vitalidade do recém-nascido pelo índice de Apgar, embora sirva de parâmetro para comparação, é limitada e isoladamente não indica os cuidados necessários após o nascimento ou mesmo o prognóstico do recém-nascido. No entanto, o presente estudo não teve como objetivo identificar as condições dos recém-nascidos após o nascimento.

#### **7.4- Deambulação durante o trabalho de parto**

A influência da mudança de posição e deambulação no trabalho de parto e parto foi, pioneiramente, tratada por Mendez-Bauer em um artigo que descrevia a experiência no atendimento a 20 nulíparas, revelando que o trabalho de parto destas parturientes desenvolveu-se de forma mais rápida (Mendez-Bauer et al., 1975).

Desde então, investigadores vêm se preocupando em avaliar os efeitos da deambulação sobre os resultados do trabalho de parto e parto. Algumas pesquisas que procuraram controlar e mensurar o tempo de deambulação e seus efeitos sobre a duração do trabalho de parto mostraram-se inconclusivas (Bloom et al., 1998; Frenea et al., 2004, Lupe & Gross, 1986).

Os pesquisadores, ao focalizarem estudos sobre a posição materna na parturição, vêm sinalizando que, além das dificuldades de se estabelecerem os reais benefícios da intervenção sobre os resultados obstétricos e neonatais, existem dificuldades metodológicas para sua mensuração e avaliação, visto que depende da adesão da mulher à intervenção e esta tem sido um grande desafio. Neste sentido, Bloom et al. (1998)

relataram que nem todas as parturientes estudadas por eles aderiram à prática da movimentação, durante a primeira fase do trabalho de parto.

Simkin & O'Hara (2002), em revisão sistemática da literatura sobre o tema, encontraram estudos que apontam uma pequena porcentagem de parturientes que escolhiam a posição de pé (vertical) ou a deambulação, durante o primeiro e segundo períodos do parto.

No nosso estudo, mesmo tendo a liberdade de se deitarem, quando tivessem vontade, as parturientes apresentaram um maior potencial de adesão para a deambulação no trabalho de parto do que as participantes de outros estudos (Bloom et al., 1998; Frenea et al., 2004). Ao serem incluídas no estudo, 100% das parturientes estudadas atenderam ao estímulo à deambulação contra os 84% de atendimento no estudo de Bloom et al. (1998). A total adesão obtida em nosso estudo pode estar relacionada ao fato de a pesquisadora ter acompanhado toda a fase ativa do trabalho de parto, estimulando as parturientes e fornecendo orientações sobre o processo de parturição. Tal postura vem ao encontro das sugestões de Frenea et al. (2004) ao referirem que uma melhor adesão à deambulação se dá pelo estímulo oferecido às parturientes, durante todo o trabalho de parto, seja por um acompanhante, pelo marido ou por uma enfermeira obstétrica. Da mesma forma, Simkin & O'Hara (2002) encontraram estudos indicando que muitas mulheres movimentar-se-iam, caso houvesse, na instituição, permissão para tal, mas somente o fariam se fossem instruídas ou encorajadas a experimentar a posição de pé (vertical) ou a deambulação. Complementam ainda as autoras dizendo que nos ambientes em que as mulheres são encorajadas a movimentar-se e quando há condições estruturais para tal, como espaço físico, disposição do mobiliário, as parturientes acabam por utilizar posições variadas que implicam em movimentação, incluindo as caminhadas, banhos, ajoelhar-se, entre outros.

No que diz respeito ao percurso deambulado, durante a fase ativa do trabalho de parto, observamos, em nosso estudo, que a distância percorrida ao longo da primeira fase ativa do trabalho de parto foi maior do que o observado por outros autores.

Bloom et al. (1998) utilizaram o podômetro como instrumento de registro de medidas, computando o número de passos dados pelas participantes e não a distância em metros como o nosso instrumento (100 passos igual a 61 metros). Comparando nossos achados, verificamos que a distância média percorrida pelas nossas participantes (1.624 e desvio-padrão de 836 metros) foi muito superior ao encontrado por Bloom et al. (1998) (337,33 e desvio-padrão de 488,6 metros).

Outro achado que nos chama a atenção, ao compararmos nossos resultados com os de Bloom et al. (1998), refere-se ao percentual (21,7%) de participantes daquele estudo que não se movimentou durante o trabalho de parto, mesmo elas tendo optado por fazer parte do grupo que deambulava. Neste estudo, todas as parturientes deambularam durante a fase ativa do trabalho de parto, sendo que o menor trajeto foi de 101 metros e apenas 9 (12,0%) participantes tiveram um trajeto total semelhante ao valor médio alcançado pelos autores referidos acima (até 337 metros deambulados). Assim, 88% das parturientes, em estudo, excederam a distância deambulada no estudo anterior e isso nos motiva a buscar uma melhor compreensão para os benefícios dessa prática.

O fato de nossas participantes terem tido maior desempenho no trajeto deambulado como também uma grande variabilidade no percurso realizado nos levou a questionar se tais variações estavam relacionadas a outras variáveis. Foi possível constatar, por meio de testes estatísticos, não haver correlações entre o trajeto deambulado e variáveis como a idade e o ganho ponderal de peso durante a gestação. Tais evidências nos reforçam que o percurso deambulado, durante o trabalho de parto, independe da faixa etária e do ganho ponderal na gestação.

Outro dado de relevância observado em nosso estudo refere-se ao fato de grande percentual (57,5%) das participantes ter interrompido a deambulação, somente quando apresentou uma dilatação cervical média de 8,36 e desvio-padrão de 1,33 cm, momento em que já se encontravam em fase de transição para o segundo período do trabalho de parto. Tais achados contrapõem-se à afirmativa de vários autores de que, a partir da segunda metade da primeira fase do trabalho de parto, as parturientes cansam-se e desmotivam-se para deambular (Bloom et al., 1998; Stewart & Spiby, 1989; Frenea et al., 2004). Observamos que, em relação ao tempo de deambulação, as parturientes estudadas deambularam em um tempo médio de 5 e desvio-padrão de 1,74 horas ou 300 e desvio-padrão de 104,58 minutos, valor muito superior aos 64 e desvio-padrão de 34 minutos encontrados por Frenea et al. (2004).

Calder (2000) encontrou que 58% das multíparas em movimento permaneceram eretas por mais da metade da primeira fase do trabalho de parto e 57% das nulíparas em movimento retornaram à cama no início do trabalho de parto. Os resultados de tais autores foram similares aos relatados por Williams et al. (1980), em um estudo comparativo sobre o efeito e aceitabilidade da deambulação entre mulheres em trabalho de parto espontâneo, no qual reportaram que 87% das pacientes que deambularam pediram para retornar para a cama no início da fase ativa do parto, e todas retornaram para a cama antes de iniciar a segunda fase do trabalho de parto.

Flynn et al. (1978), em seus estudos sobre deambulação no trabalho de parto, pesquisaram o tempo deambulado pelas parturientes, durante o trabalho de parto, e concluíram que as mulheres deambularam 2,2 horas ou 54% da primeira fase do trabalho de parto. Em nosso estudo, observamos que as parturientes deambularam uma média de 63,09% do tempo da primeira fase do trabalho de parto, contando a partir do início da fase ativa do parto, ou seja, a partir de 4-5 cm de dilatação.

Maior constância da deambulação encontrada neste estudo pode ter sido pelo fato de a pesquisadora ter permanecido durante toda a fase ativa do trabalho de parto junto com a parturiente, o que vem ao encontro das observações de Simkin & O'Hara (2002), na revisão sistematizada, que mostram estudos em que pequeno percentual de mulheres escolhem posições de pé ou deambulação, durante o primeiro e segundo períodos de trabalho de parto, especialmente, nas situações em que não há orientações ou instruções por parte da equipe.

Diaz et al. (1980), em pesquisa sobre o efeito da posição vertical na primeira fase do trabalho de parto, identificaram uma redução de 25% na duração do primeiro período de parto entre as parturientes do grupo que permanecia em pé, sentado ou deambulando, quando comparado com o grupo de mulheres que permaneciam deitadas. Esta redução aumentou para 34%, quando as parturientes eram primíparas.

Lupe & Gross (1986), em uma revisão da literatura sobre os efeitos da posição materna na duração do trabalho de parto, concluíram que, apesar de 4 em 6 trabalhos mostrarem que a posição materna na vertical ( de pé, sentada ou deambulando) encurta o tempo de trabalho de parto, para os autores, os efeitos da posição materna na duração do trabalho de parto permanecem inconclusivos em decorrência das diferenças metodológicas dos estudos revisados.

No entanto, Allahbadia & Vaidya (1992) mostraram que a duração do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto foi menor no grupo de mulheres que permaneceram deambulando, durante o primeiro estágio, quando comparado com o grupo de mulheres que se mantiveram em posição supina, nos dois estágios de parto. Os autores relataram, ainda, que para as primíparas houve uma diferença de três horas no primeiro estágio e de vinte minutos, no segundo estágio de parto.



Os achados do presente estudo nos possibilitaram verificar que a distância percorrida, nas três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, esteve associada à redução no tempo desta fase. Esta redução foi de 22 minutos, 10 minutos e 6 minutos a cada 100 metros deambulado na primeira, segunda e terceira horas, respectivamente, apontando uma redução média de 2,04 horas, 1,67 horas e 1,34 horas respectivamente às três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, entre as parturientes estudadas.

Para acelerar o trabalho de parto, a infusão endovenosa de ocitocina, em combinação com a ruptura artificial das membranas amnióticas na fase ativa do trabalho de parto, tem sido empregada tradicionalmente. O emprego destas intervenções no trabalho de parto é, freqüentemente, denominado de manejo ativo do trabalho de parto (Thornton & Lilford, 1994; OMS, 1996).

Visto que algumas correntes reforçam a idéia de que o uso de ocitócito bem como o rompimento da bolsa amniótica diminuem a duração da fase ativa do trabalho de parto, e 67,5% das parturientes deste estudo fizeram uso de ocitócito e 100% tiveram a bolsa rompida na fase ativa do trabalho de parto, optamos por realizar testes estatísticos, a fim de avaliar se estas variáveis poderiam estar influenciando nos nossos resultados.

Em nosso estudo, foi possível estimar que a amniotomia, tanto espontânea como artificial, e o uso de ocitocina não influenciaram na duração da fase ativa do trabalho de parto.

Robertson (2000) chama a atenção que a deambulação tem um papel extremamente importante em todo o transcorrer do processo de parturição. Reforça que os ossos da pélvis são destinados a proteger e guiar o feto no momento em que ele estiver nascendo. A bacia óssea é mantida por um sistema de ligamentos os quais, durante a gravidez, afrouxam-se devido à influência do hormônio relaxina. Por conta deste relaxamento, há uma maior flexibilidade das articulações pélvicas e, por conseguinte, aumenta significativamente o

espaço no interior da bacia pélvica, especialmente quando a parturiente se movimenta e muda de posição corporal.

A mulher permanecendo na posição vertical, segundo a autora, faz com que suas pernas funcionem como uma alavanca para a pélvis o que facilita a abertura da passagem/estreito inferior da pélvis, tornando-a uma passagem mais fácil para o feto. Dessa maneira, Robertson (2000) esclarece que se consegue favorecer um aumento de 28% no espaço interior do estreito inferior da bacia pélvica. Biancuzzo (1993) acrescenta que, quando a parturiente está em uma posição vertical, ela muda a curvatura do sacro e o ângulo da parte do feto se apresenta criando uma curvatura sacral em C ao invés de S (como quando se está deitada), o que facilita para o feto avançar na pelve. Robertson (2000) explica ainda que, concomitantemente a isso, um outro mecanismo favorece a descida fetal. Trata-se daquele mecanismo em que os ossos da cabeça fetal são capazes de se moldarem em resposta a um ajuste rígido com que a apresentação se depara. A autora relembra que estes dois mecanismos acontecem a fim de tornar o nascimento do feto tão seguro quanto possível, e que, por outro lado, a preferência das mulheres por uma postura vertical demonstra suas capacidades instintivas para buscar maneiras fáceis e efetivas de dar à luz.

Do ponto de vista clínico, os resultados do presente estudo trazem importantes contribuições ao evidenciar o relevante papel da deambulação, nas primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto. De um modo geral, verificamos que, ao longo de toda a fase ativa do trabalho de parto, a deambulação não interfere na duração desta. No entanto, verificou-se que existe correlação evidenciada, quando ela ocorre nas três primeiras horas da fase ativa.

Ao nos reportarmos para a prática clínica da assistência obstétrica, tais achados sugerem que, na elaboração dos protocolos de atenção à parturiente, os mesmos deverão

ênfatizar o papel da deambulação nas primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto. Neste sentido, acreditamos que o efeito da deambulação sobre a duração do trabalho de parto parece ser mais evidente nas primeiras três horas da fase ativa, pois foi nessa etapa que a deambulação promoveu uma significativa redução do tempo de trabalho de parto.

A dor do trabalho de parto foi pontuada pelas participantes deste estudo como tendo uma intensidade média progressiva que acompanha a progressão da dilatação cervical. Segundo Lowe (2002), a influência combinada do avanço da dilatação cervical e da frequência e intensidade aumentadas das contrações uterinas é uma explanação lógica para a dor intensa que muitas mulheres experienciam, durante o final do primeiro período de parto. Fato observado em nosso estudo, especialmente quando verificamos que todas as mulheres pontuaram a maior intensidade de dor aos 9 e 10 cm de dilatação cervical.

Entretanto, tais correlações e valores médios, para Lowe (2002), não necessariamente refletem a experiência da mulher individualmente ao longo de todo o trabalho de parto. Esclarece a autora que, quando os escores de dor da mulher individualmente são traçados ao longo do trabalho de parto, uma ampla variedade de padrões alta e baixa de escores emerge, o que parece independer tanto da dilatação como da paridade.

Essas considerações nos fazem sentido, ao analisarmos nossos achados, especialmente quando observamos uma grande variabilidade de pontuações de escores entre as parturientes até atingirem 8 cm de dilatação, como também entre algumas que iniciaram o trabalho de parto com valores altos aos escores de dor e à medida que o mesmo avançava os níveis de escore regrediam.

Tais observações vêm nos reforçar que a experiência da dor do parto é altamente individual, de variados estímulos recebidos e interpretados unicamente através de

circunstâncias emocionais, motivacionais, cognitivas, sociais e culturais de cada mulher (Caton et al., 2002).

A revisão sistemática feita por Hodnett (Hodnett, 2003, Caton et al., 2002) sobre dor e satisfação das mulheres com a experiência do parto e nascimento traz importantes conclusões ao revelar que a quantidade de suporte recebido pelos profissionais, a qualidade de seu relacionamento com os profissionais (boa comunicação, informação, sentimentos que expressam confortos), o seu envolvimento na tomada de decisão e sua expectativa pessoal em relação à própria experiência do parto são os fatores mais importantes na definição pelas mulheres de satisfação com o parto. Conclui ainda a autora que outros fatores parecem ser considerados menos importantes, entre eles estão a idade, estado socioeconômico, etnicidade, preparação para o parto, ambiente físico do parto, deambulação no trabalho de parto, intervenções médicas, continuidade do cuidado e a própria dor de parto.

O fato de termos encontrado uma correlação positiva entre quantidade deambulada até 5 cm de dilatação e escores de dor de trabalho de parto (quanto maior a deambulação maior foi a pontuação para os escores de dor) pode estar relacionado ao fato de nossas participantes serem nulíparas. Lowe (2002) esclarece que o padrão de dor, durante o parto parece ser diferente de acordo com a paridade. Complementa dizendo que consistentes achados indicam que, durante o início do trabalho de parto (antes de 5 cm de dilatação), as mulheres nulíparas experimentaram, em média, maior dor do que as múltíparas. Explica ainda que, quando o trabalho de parto progride, estas diferenças são menos evidentes, exceto por um possível aumento na intensidade da dor, durante a fase pélvica do trabalho de parto (desaceleração e segundo estágio do parto) nas mulheres múltíparas. Diferenças fisiológicas no progresso da parturição entre nulíparas e múltíparas, conforme esclarece Lowe (2002), fornecem uma explanação para estas diferenças observadas em padrões de

dor. Por causa da maioria dos estímulos, durante a fase de dilatação (primeira fase) do trabalho de parto, ser atribuída à cérvix e ao segmento inferior do útero, uma explicação lógica é que as características das estruturas mais flexíveis das mulheres que já deram à luz previamente podem realmente transmitir menos estímulos.

Quando o trabalho de parto progride dentro da fase pélvica do parto (desaceleração com descida e expulsão fetal), estas mesmas características podem conduzir a uma percepção aumentada de dor como resultado da velocidade e rapidez com que o feto frequentemente desce através da pelve materna (Lowe, 2002).

A esta explicação acrescentamos que, para entender os motivos da correlação entre percepção de maior sensação dolorosa entre aquelas estudadas por nós que mais deambularam, até os 5 cm de dilatação cervical, acreditamos que a posição vertical veio favorecer a maior intensidade das contrações uterinas como também o ajuste da cabeça fetal na bacia materna, embora mereça estudos mais aprofundados para confirmar essas conclusões.

## 8- Conclusões

Os resultados deste estudo nos permitiram concluir que:

- Todas as parturientes que fizeram parte deste estudo deambularam;
- As participantes percorreram uma distância média de 1.624 metros, representando 63,09 % da fase ativa do trabalho de parto e em um tempo médio de 5 horas;
- A quantidade deambulada durante as três primeiras horas da fase ativa está associada ao encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora;
- Quanto aos escores de dor, verificou-se que a pontuação dos mesmos aumenta à medida que a dilatação cervical avança;
- Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a deambulação e o escore de dor apenas aos 5 cm de dilatação, ou seja, quanto maiores os trajetos percorridos maiores foram os escores de dor pontuados pelas parturientes.

## **9- Implicações para a prática e pesquisa**

Acreditamos que importantes resultados evidenciados neste estudo deveriam ser divulgados e informados àqueles que acompanham a parturiente em trabalho de parto, aos educadores que ensinam e orientam nesta área de conhecimento, administradores dos serviços de saúde de assistência materna e também àqueles responsáveis pela definição de políticas relacionadas ao campo da saúde materna e infantil.

Nós encorajamos ações e propostas de implementação de estímulo à deambulação especialmente no início da fase ativa do trabalho de parto para aqueles que estão ativamente envolvidos na atenção às mulheres em trabalho de parto e parto.

Sugerimos que as conclusões deste trabalho, bem como de outros que evidenciam a influência da deambulação no processo de parturição, devam estar disponíveis às mulheres e em particular às gestantes/ parturientes de forma a capacitá-las à familiaridade com o assunto e à tomada de decisão consciente sobre a condução do trabalho de parto e parto que deseja, com a finalidade de realizar o seu plano de parto, a fim de uma melhor condução a este processo.

À medida que o presente trabalho revela limitações quanto ao controle de variáveis que poderiam influenciar e serem influenciadas pela deambulação no trabalho de parto abre, por outro lado, possibilidades de novos estudos que venham complementar o conhecimento sobre as reais dimensões da influência da deambulação sobre o trabalho de parto e parto. Nesse sentido, chamamos especial atenção para uma melhor compreensão sobre os motivos que levam mulheres, que percorrem um maior trajeto até alcançarem 5 cm de dilatação, a registrarem um maior escore de dor, necessitando serem investigados em maior profundidade.

## Referências\*

ALBERS, L. et al. The relationship of ambulation in labor to operative delivery. **J. Nurse Midwifery**, v. 42, n. 1, p. 4-8, 1997.

ALLAHBADIA, G.N.; VAIDYA, P.R. Why deliver in the supine position? **Aust. NZ. J. Obstet. Gynaecol**, v. 32, n. 2, p. 104-7, 1992.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia**. 3<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica, 2002. 293p.

ALTHALBE, F.; BELIZÁN, J.M.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin América: hospital based descriptive study. **BMJ**, v. 324, p. 945-6, 2002.

ARGENTINE, A. Episiotomy trial collaborative Group. **Lacet**, v. 343, n. 8895, p. 4486-7, 1994.

BIANCUZZO, M. Six mysths of maternal posture during labor. **MCN**, v. 18, p. 264-9, 1993.

BLOOM, S.L.; MCINTIRE, D.D.; KELLY, M.A.; BEIMER, H.L.; BURPO, R.H. et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. **N Engl J. Méd.**, v. 339, n. 2, p. 76-9, 1998.

---

\* Utilizado a norma Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – NBR6023 para elaboração da referências.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília, 2000. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. SINASC. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em: 20 de fevereiro de 2005.

CALDER, A.A. Postura materna e sua eficácia durante o período de dilatação. In: SABATINO, H.; DUNN, P.M.; CALDER-BARCIA, R. **Parto humanizado formas alternativas**. 2<sup>a</sup>. ed. Campinas; Editora Unicamp, 2000. Parte 2.1, p. 41-9.

CAGNIN, E.R.G.; SILVA, M.A. **Perfil do atendimento de parturientes por enfermeira obstétrica**. Ribeirão Preto, 2004. 54f. Monografia (Especialização Enfermagem Obstétrica e Neonatal). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2004.

CATON, D.; MAUREEN, P.; FREDRIC, M.P.H. et al. The nature and management of labor pain: executive summary. **Am. J. Obstet Gynecol**, v. 186, n. 5, p. S1-S15, 2002.

CHAMBERLAIN, G. & STEWART, P. Walking through labour. **Br. Med. J**, v. 295, p. 802-10, 1987.

CUNHA, M.A. et al. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 24, p. 513-8, 2002.

CUNNINGHAM, F.G.; MACDONALD, P.C.; GANT, N.F.; et al. **Williams obstetrícia**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Cap 11, p. 225-74: Trabalho de parto e partos normais.

DAVID, M.; SCHWARZENFELD, HK.; DIMER, J.A.S.; KENTENICH, H. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. **Int. J. Gynecol. Obstet**, v. 65, p. 149-56, 1999.

DIAZ, A.G.; SCHWARCZ, R.; FESCINA, R.; CALDEYRO-BARCIA, R. Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol**; v. 11, p. 1-7, 1980.

DUNN, P.M. Posição materna durante o parto: aspectos históricos e antropológicos In: SABATINO, H.; DUNN, P.M.; CALDER-BARCIA, R. **Parto humanizado: formas alternativas**. 2<sup>a</sup>. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2000. Parte 1.2, p. 27-33.

FLYNN, A.; KELLY, J.; HOLLINGS, G.; LYSICH, P.J. Ambulation in labour. **Br. Med. J**, v. 2, p. 591-9, 1978.

FRASE, W.D.; TURCOT, L.; KRAUSS, I.; et al. **Amniotomía para acortar la duración del trabajo de parto espontáneo** (Revisión Cochrane traducida). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2002.

FRENEA, S.; CHIROSSEL, C.; RODRIGUEZ, R.; BAGUET, J.P.; RACINET, C.; PAYEN, J.F. The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. **Anesth. Analg**, v. 98, p. 224-9, 2004.

FRIEDMAN, E.A. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. **Obstet. Gynecol.**, v. 6, p. 567-89, 1955.

GALLO, M. Efeitos da postura materna durante o trabalho de parto no equilíbrio ácido-base e função pulmonar da mãe. In: SABATINO, H.; DUNN, P.M.; CALDER-BARCIA, R. **Parto humanizado: formas alternativas**. 2<sup>a</sup>. ed. Campinas – SP : ed. Unicamp,. 2000. Parte 2.4: 91-101.

GISSLER, M.; KARRO, H.; TELLMANN, A.; HEMMINKI, E. Birth in Finland and Estonia from 1992 to 1996: convergent differences? **BJOG**, v. 107, n. 2, p. 179-85, 2000.

GOLDANI, A.M. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1999. cap. 1, p. 25-69.

GREENHIL, J.P.; FRIEDMAN, E.A. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976. 254p.

GUALDA, D.M.R. **“Eu conheço minha natureza”**: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1993. 288f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem – USP, São Paulo, 1993.

GUALDA, D.M.R. O significado do processo de parto no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: CIANCIARULLO, T.I. et al. **Indicadores de qualidade**: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone, 1998. Cap. 2, p.33-40.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C. **Continuous support for women during childbirth**. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003.

JANSSEN, P.A.; LEE, K.S.; RYAN, E.M.; et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation midwifery in British Columbia. **CMAJ**, v.166, n. 3, p. 315-23, 2002.

KITZINGER, S. **Mães um estudo antropológico da maternidade**. Livraria Martins Fontes, Brasil, 1978, 221p.

LA FUENTE, P. Deambulação durante o trábalo de parto e tipos de puxos: sua influência sobre a evolução do parto e o bem estar fetal. In: SABATINO, H.; DUNN, P.M.;

CALDER-BARCIA, R. **Parto humanizado**: formas alternativas. 2<sup>a</sup>. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2000. Parte 2.3: p. 57-81.

LARGURA, M. O nascimento também tem sua história: 2000. Disponível em:

<http://www.partohumanizado.com.br/partodom.html>. Acesso em: 20 de julho de 2001.

LEDE, R.L.; BELIZAN, J.M.; CARROLI, G. Is routine use of episiotomy justified? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 174, p. 1399-402, 1996.

LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5<sup>a</sup>. Porto Alegre : Artmed, 2002. 928p.

LOWE, N.K. The nature and management of labor pain: Peer-Reviewed papers from an evidence-based symposium. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 5, p. S16-24, 2002.

LUPE P.J.; GROSS, T.L. Maternal upright posture and mobility in labor: a review. **Obstet Gynecol**, v. 67, n. 5, p. 727-34, 1986.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: Parto e puerpério**. 12<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1991. 163p.

AGÊNCIA DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL DO JAPÃO/ governo Estado do Ceará **Manual do Parto Humanizado: Projeto Luz da JICA**, Fortaleza: Gráfica Tipogresso, 2000.

MENDEZ-BAUER, C.; ARROYO, J.; GARCIA RAMOS, C.; MENÉNDEZ, A.; LAVILLA, M. et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. **J. Perinat. Med**, v. 3, p. 89-99, 1975.

NEME, B. **Obstetrícia básica** 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Sarvier Editora, 2000.1362p.

O'DRISCOLL, K.; STRONG, J.M.; MINAGUE, M. Active managements of labor. **Br. Med. J.**, v.3, p. 135-7, 1973.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Genebra, 1996. (OMS/SRF/MSM/96.24)

OSAVA, R.H. **Estudo das representações do parto entre enfermeiras de maternidade do Município Paulista.** Ribeirão Preto, 1990. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, 1990.

OSAVA, R.H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar dos não médicos. São Paulo, 1997. 129f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 1997.

OSAVA, R.H.; TANAKA, A.C.D.A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 31, n. 1, p. 96-108, 1997.

OTOIDE, V.O.; OGBONMUWAN, S.M.; OKONOFUA, F.E. Episiotomy in Nigéria. **Int. J. Gynecol. Obstet.** v. 68, n. 1, p. 13-7, 2000.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Bio estatística.** 2<sup>a</sup>. ed. São Paulo: ed. Thomson, 2004. 506p.

PARENTI, P.W. **Gravidez na adolescência**: análise do conhecimento construído pela enfermagem. Ribeirão Preto – SP, 2002. 111f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP, Ribeirão Preto, 2002.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 6<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 596p.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Avaliação da dor. **Rev Méd**, v. 76, n. 1, p. 27-35, 1997.

PIOTROWSKI, K.A. Nursing care during labor. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **Maternity & women's health care**. 17<sup>a</sup> ed. USA: Mosby, 2000, Cap22, p 510-80.

ROBERTS, C.L.; ALGERT, C.S.; DOUGLAS, I.; TRACY, S.K.; PEAT, B. Trends in labour and birth interventions among low-risk women in New South Wales. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**; v. 42, n. 2, p. 176-81, 2002.

ROBERTSON A. **Preparing for birth**: mothers. Background notes for pre-natal classes. 3<sup>a</sup> ed. Austrália: ACE Graphics, 2000. 259p.

SABATINO, H. Trabalho realizado no grupo de parto alternativo do Departamento de Tocoginecologia da FMC – UNICAMP. In: SEMINÁRIO SOBRE PARTO E NASCIMENTO no Rio de Janeiro, 2, **Anais**, Prefeitura do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, 1996, p. 38-48.

SABATINO, H. Parto na vertical- Vertical position of the mother during labor. **RBM-GO**, v. 8, n. 2, p. 51-64, 1997.

SABATINO, H.; DUNN, P.M.; CALDEYRO-BARCIA, R. **Parto humanizado: formas alternativas**. 2<sup>a</sup>. ed. Campinas: Ed Unicamp, 2000. 263p.

SIMKIN, P.P.; O' HARA, M.A. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. **Am. J. Obstet Gynecol.** v. 186, n. 5, p. 131-59, 2002.

STEWART, P.; SPIBY, H. A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 96, p. 327-33, 1989.

TASE, T.H. **Caracterização das mulheres atendidas em um hospital-escola referência para gestantes de alto risco**. São Paulo, 2000. 293f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem /USP, São Paulo, 2000.

THORNTON, J.G.; LILFORD, R.J. Active management of labour: current knowledge and research issues. **BMJ**, v. 309, n. 6960, p. 366-9, 1994.

VAN DER BERGH, J.E.; SUETERS, M.; SEGAAR, M.; ROOMALEN VAN, J. Determinants of episiotomy in rural Zimbábue. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.** v. 82, p. 966-98, 2003.



VILA, V.S.C. **O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia**

**Intensiva:** muito falado e pouco vivido. Ribeirão Preto, 2001. 115f. Dissertação

(Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP, 2001.

WALDENSTROM, U.; MCLACHLAN, H.; FORSTER, D.; BRENNECKE, S.; BROWN ,

S. Team midwife care: maternal and infant outcomes. **Aust N Z J Obstet Gynaecol.** , v.

41, n. 3, p. 257-64, 2001.

WILLIAMS, R.M.; THOM, M.H.; STUDD, J.W.W. A study of the benefits and

acceptability of ambulation in spontaneous labour. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 87, p.

122-6, 1980.

**Anexo 1:**

**Anexo 2:****TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Título da pesquisa: “ O PAPEL DA DEAMBULAÇÃO NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO”

Pesquisador responsável: Fabiana Villela Mamede

**Informações ao Paciente:**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objetivo verificar o efeito da deambulação/andar durante o trabalho de parto na redução da dor em parturientes. A pesquisa tem ainda como objetivo avaliar o nível de dor da parturiente durante todo o trabalho de parto.

A deambulação tem um papel extremamente importante em todo o transcorrer do processo de parturição.

Sabe-se que a deambulação facilita a abertura da pelve/bacia, facilitando a passagem do bebê, melhora a eficiência das contrações uterinas/cólicas e diminui a sensação dolorosa neste processo.

A parturiente será estimulada a deambular/ andar durante todo o trabalho de parto e este andar será medido através de um aparelho colocado no propé/sapatinho da maternidade. Este aparelho é pequeno e não é dolorido.

A sua participação neste estudo será muito importante para que esta técnica seja utilizada em outras instituições no futuro, beneficiando muitas pessoas.

Muito obrigada!

---

Fabiana Villela Mamede

Telefone para contato: (16) 602-3405

Eu \_\_\_\_\_  
R.G. \_\_\_\_\_, abaixo assinado, tendo recebido as informações anteriores, concordo em participar, tendo a garantia dos meus direitos relacionados.

1. Foi me garantido receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimento, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido;
2. Foi me assegurado a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento,
3. Foi me garantido a segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
4. Foi me estabelecido o compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
5. Foi me informado que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo utilizar o produto como método terapêutico recomendado que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2003.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DA PACIENTE

**Anexo 3:****Escala de dor**

<b>SEM DOR</b>											<b>DOR MÁXIMA</b>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

**Anexo 4:****Instrumento de coleta de dados:****DADOS DA PARTURIENTE NA ADMISSÃO:**

NOME:

N. PRONTUÁRIO:

IDADE:

ESTADO CIVIL:

COR:

PROFISSÃO:

GRAU DE ESCOLARIDADE:

DATA ADMISSÃO:

HORA ADMISSÃO:

INÍCIO DA CONTRAÇÃO:

PERDA DE ÁGUA:

USO DE DROGAS:

ALCOOL:

FUMO:

G P A:

DUM:

IG:

DPP:

PRÉ-NATAL:

N. CONSULTAS:

GANHO DE PESO:

**EXAME OBSTÉTRICO – INTERNAÇÃO:**

AU:

CA:

DINÂMICA UTERINA:

BCF:

QUADRANTE:

TOQUE VAGINAL:

BOLSA ( ) ÍNTEGRA

( ) ROTA

LÍQUIDO AMNIÓTICO:

**OBSERVAÇÕES:**

HORA	CONTRAÇÃO UTERINA	DILATAÇÃO	BOLSA	BCF	MEDICAÇÃO	ALIMENTAÇÃO	DOR

**Período Expulsivo:**

Parto \_\_\_\_\_ horas

Episiotomia \_\_\_\_\_

Lacerações \_\_\_\_\_

nascimento \_\_\_\_\_

Suturas \_\_\_\_\_

Complicações: \_\_\_\_\_

**RN:**

Peso: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_

Condições de \_\_\_\_\_

**Dequitação da placenta:**

Hora: \_\_\_\_\_

Sangramento: \_\_\_\_\_

Tempo percorrido no trabalho de parto: \_\_\_\_\_