

**ESCOLA ANNA NERY
REVISTA DE ENFERMAGEM**

Anna Nery School
Journal of Nursing
Escuela Anna Nery
Revista de Enfermería
Revista de Enfermagem
Revista de Enfermagem

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

ISSN: 1414-8145

annaneryrevista@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Brasil

Villela Mamede, Fabiana; Villela Mamede, Marli; Geromel Dotto, Leila Maria
**REFLEXÕES SOBRE DEAMBULAÇÃO E POSIÇÃO MATERNA NO TRABALHO DE PARTO E
PARTO**

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 11, núm. 2, junio, 2007, pp. 331-336

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715306023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

REFLEXÕES SOBRE DEAMBULAÇÃO E POSIÇÃO MATERNA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Reflection on ambulation and maternal position during labor and delivery

Reflexiones sobre deambulaci3n y posici3n materna en el trabajo de parto y parto

Fabiana Villela Mamede

Marli Villela Mamede

Leila Maria Geromel Dotto

Resumo

Este artigo apresenta uma reflex3o sobre os fatores determinantes que levaram 3 mudan3a da posi3o da mulher de vertical para horizontal no processo de parturi3o. A institucionaliza3o do processo de parir e nascer promoveu uma s3rie de mudan3as no assistir 3 mulher e 3 fam3lia. Muitas das pr3ticas que preservavam o respeito 3 autonomia e aos valores culturais deram lugar a outros que valorizam a tecnologia, a medicaliza3o e a interven3o. Tais mudan3as n3o efetivaram significativa redu3o na mortalidade materna e neonatal, pelo contr3rio, promoveram a desumaniza3o da assist3ncia. Um novo olhar sobre o efeito da deambula3o e da posi3o durante o trabalho de parto e parto est3 sendo incentivado e est3 dando oportunidade de evidenciar uma s3rie de vantagens e benef3cios para m3e e filho.

Palavras-chave: Trabalho de parto. Parto Obst3trico. Parto Humanizado. Medicina baseada em evid3ncia.

Abstract

This article presents a reflection on the determinants factors that lead to changes in the position of woman from vertical to horizontal in the delivery process. The institutionalization of the labor and birth process that promoted a lot of changes in the woman and family assistance. Many practicals preserved the autonomy respect and the cultural values that give place to other ones that valued the technology, the medicalization and the intervention. Such changes didn't make possible a significant reduction in the mother mortality and neonatal, in other way, they promoted the lack of humanization in the assistance. A new look on the ambulation effect and the position during labor and delivery is been encouraged and giving opportunity to became evident a variety of vantages and benefits to the mother and child.

Resumen

Este art3culo presenta una reflexi3n sobre los factores determinantes que llevaran al cambio de la posici3n de la mujer de vertical para horizontal en el proceso de parturiaci3n. La institucionalizaci3n del proceso de parir y nacer promovi3 el respeto a la autonom3a y los valores culturales dieran lugar a otros que valoraran la tecnolog3a, la medicalizaci3n y la intervenci3n. Tales cambios no efectivaran significativa reducci3n en la mortalidad materna y neonatal, por el contrario, promovieran la deshumanizaci3n de la ayuda. Una nueva visi3n sobre el efecto de la deambulaci3n y de la posici3n durante el trabajo de parto y el parto est3 siendo incentivados y dando oportunidad de evidenciar una serie de ventajas y benef3cios para la madre y el ni3o.

Keywords: Labor. Delivery, Obstetric. Humanizing Delivery.

Palabras clave: Trabajo de parto. Parto Obst3trico. Parto

INTRODUÇÃO

Impulsionadas pelo desejo de ampliar discussões acerca da liberdade de posição e de movimentação durante o trabalho de parto e parto e suas contribuições para a assistência humanizada durante este processo, nos propomos levantar algumas reflexões sobre esta temática.

O modelo de assistência obstétrica caracterizada por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas surgiu a partir do modelo intervencionista e curativo de assistência médica instalado no Brasil, principalmente após a década de 1960.

A transferência do parto do ambiente doméstico para o contexto hospitalar foi acompanhada por uma série de transformações no processo de parturição. A parturiente e o feto perdem o papel de protagonistas neste processo, assumindo uma posição passiva, enquanto os profissionais passam a tomar o controle sobre o nascimento, realizando uma série de intervenções e modificando as práticas obstétricas.

Muitas destas intervenções e mudanças não têm provocado melhoria na assistência obstétrica e na condição de saúde materno-infantil; pelo contrário, evidências científicas vêm revelando que algumas são prejudiciais à mãe e ao filho.

A Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, ocorrida no Brasil em 1985, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), foi um importante marco na revisão das tecnologias utilizadas no nascimento e parto, levando à adoção de recomendações, dentre as quais destacamos:

Não se recomenda colocar as parturientes em posição de litotomia 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^{1, 437}.

Na década de 1980 surgem as primeiras estimativas da extensão da mortalidade materna no mundo, tornando pública a situação alarmante que as mulheres estavam vivenciando.

Diante desta realidade, as Agências Internacionais de Desenvolvimento lançaram, em 1987, a Iniciativa por uma Maternidade Segura. O principal objetivo era dar visibilidade às dimensões e conseqüências das precárias condições de saúde materna e mobilizar ações para a redução das mortes maternas.

Este movimento estabeleceu estratégias no sentido de assegurar gestações e partos mais seguros para as mulheres e seus recém-nascidos. O resgate dos valores da humanização e naturalização do parto toma força.

No Brasil, o Projeto Maternidade Segura, lançado em 1995, estabelece um conjunto de critérios e procedimentos técnicos visando obter a eficácia da assistência prestada à mulher. Entre as estratégias encontra-se o incentivo ao parto normal e humanizado.

Um dos maiores desafios da obstetrícia moderna é assegurar a qualidade da assistência humanizada à parturiente, no qual se incluem as medidas de conforto durante o trabalho de parto e aquelas que promovam um parto mais

Na busca pela humanização do parto, a OMS publica um documento onde é descrita uma classificação das práticas no parto normal. Esta classificação foi organizada com base na melhor evidência científica disponível.

Deste documento destacamos as práticas relacionadas à liberdade de posição e de movimento e o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto, práticas classificadas como demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas².

A manutenção da parturiente na posição horizontal, tanto no trabalho de parto quanto no parto, é uma prática incorporada pela obstetrícia e tem sido questionada em relação aos seus benefícios para mãe e filho.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE PARTURIAÇÃO E NASCIMENTO

O nascimento é historicamente um evento natural, considerado mobilizador e marcante na vida da mulher e da família. Até mesmo as primeiras civilizações atribuíram a este acontecimento inúmeros significados culturais que sofreram e sofrem transformações através das gerações. A experiência do parto varia amplamente de uma cultura para outra. Toda sociedade possui regras que controlam o nascimento, quer especificando o local de sua ocorrência, quer determinando quem atende a parturiente ou indicando comportamentos a serem adotados, durante o trabalho de parto³.

Para entender o processo de parturição é preciso considerar os contextos sociais e culturais e a individualidade físico-psicológica da parturiente, os quais influenciam na maneira como ela interpreta 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/mãe³.

Nas mais diferentes culturas, as vivências do parto foram de caráter íntimo e privado, e 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 parturiente 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 puerpério³⁻⁶.

Nas situações 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

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. No entanto, no século XVII, a participação masculina no parto era ainda pouco freqüente, devido ao relativo atraso da tologia 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 ⁶.

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 um evento constituído de 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 ⁶.

Vale ressaltar também que, com a entrada do médico no quarto da parturiente, ocorreram várias mudanças no processo de assistir e uma delas diz respeito à postura e à posição adotadas pela mulher durante o período de dilatação, expulsão ou mesmo dequitação. O confinamento da parturiente no leito durante todo o trabalho de parto e parto transforma-se em uma prática a ser incorporada no atendimento à mulher. Há menos de três séculos, a maioria das mulheres de todas as raças e culturas adotava a 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 da mulher no 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 ⁷.

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, e realizar a episiotomia ⁸. Assim, o parto na posição supina é mantido devido à comodidade médica, em detrimento de uma participação mais ativa da mulher. Alguns autores ressaltam o conforto do profissional ao afirmar que a posição litotômica é adotada com freqüência no contexto hospitalar, pois privilegia a ação do profissional durante a expulsão do bebê ^{6,8}.

A obstetrícia, ao firmar-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, que necessita de intervenções. Assim, o parto deixa de ser privado, íntimo e feminino, passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais ^{3-4,6}.

Com a transferência do nascimento do domicílio para um local desconhecido e estranho como o hospital, ocorrem mudanças significativas no contexto do nascimento, desde o ambiente físico ao 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 à mulher o papel de objeto no processo de parturição. Ao se estabelecer o foco de atenção em torno da segurança da mãe e da criança, privilegiam-se os progressos tecnológicos, porém penalizam-se outros aspectos essenciais do nascimento ^{6,8}.

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 freqüência 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 ^{3,6,8}.

No entanto, toda a tecnologia colocada à disposição do processo de parturição não resultou em segurança e qualidade na assistência à mulher e ao bebê, não promoveu redução nas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Esta realidade tem sido questionada em âmbito mundial e promovido amplos debates sobre formas de se alcançar uma maternidade segura para todas as mulheres. Organismos internacionais têm buscado resgatar o processo de parturição como um processo fisiológico, com menos intervenções, ressaltando a importância do uso de meios mais naturais na evolução do processo de parturição. Movimentos em prol da humanização da assistência surgiram como resposta à necessidade de mudanças sobre a forma como está organizada a assistência obstétrica ⁴.

A intensa medicalização sofrida pelo corpo feminino e a perda da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e sua fisiologia nas últimas décadas refletem o poder que os profissionais de saúde exercem na transformação de eventos fisiológicos em processos intervencionistas e patológicos. Os movimentos que buscam o resgate da humanização do nascimento recusam-se a considerar a maternidade e o parto como doença. O que é mais científico, rápido, conveniente e asséptico para os profissionais de saúde pode não ser o mais agradável para a mulher, pois pode transformar o parto em uma experiência sofrida e traumatizante ⁸.

A POSIÇÃO MATERNA NO TRABALHO DE PARTO: AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

No parto humano, independente do contexto de costumes, tem lugar processos fisiológicos espontâneos. No entanto, o conhecimento sobre estes processos fisiológicos que culminam com o início do trabalho de parto ainda não está completamente esclarecido.

O comportamento humano ignora, muitas vezes, tais mecanismos fisiológicos do parto, 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, acarretando mudanças no comportamento da parturiente e permitindo que o mecanismo do parto seja afetado mais por fatores externos e sociais e menos por fatores internos provenientes da própria fisiologia feminina⁹.

Como já expressado, 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^{3,9-10}. As modificações na forma e posição de dar à luz que se deram especialmente nas sociedades ocidentais são exemplos de influências sociais e culturais sobre a condução do trabalho de parto.

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 inglesa⁷.

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 processo⁷.

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 influência da obstetrícia ocidental 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 contração¹¹.

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

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 atendiam⁷.

Somente nos últimos 30 anos é que retornaram 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 iniciaram sob a liderança principalmente do obstetra uruguaio Caldeyro-Barcia e seu grupo em Montevideu, que têm dedicado a demonstrar as evidências científicas sobre a adequação de determinadas práticas em obstetrícia. Tais pesquisadores demonstraram a interferência da posição materna na evolução do parto, especialmente nos períodos de dilatação cervical e parto, sobre o grau de bem-estar da mãe e seus efeitos sobre o feto. Todavia, apesar das evidências concretas das vantagens da postura ereta e da mobilidade materna durante o trabalho de parto e parto, as idéias preconcebidas e os costumes continuaram a prevalecer, com predomínio da posição dorsal, independente do desejo da parturiente⁷.

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^{5,7,9,12}. Acresce-se o fato de que, na posição supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia é facilitada pela postura materna, prevenindo complicações do trajeto.

A ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto e parto, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico, além da eficiência das contrações uterinas⁷.

Diante das inúmeras vantagens, a posição vertical assumida pela parturiente tem ganhado destaque na assistência ao parto humanizado pelos profissionais¹³. Estudos mostram que a posição vertical produz 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 curta⁷.

A avaliação da ventilação pulmonar materna e do equilíbrio acidobásico materno e fetal, em relação à posição materna, mostra que, na posição vertical, se obtêm os melhores resultados tanto durante o período de dilatação como no expulsivo⁷.

Muitos autores relatam que a deambulação durante o trabalho de parto tem um papel importante para o alívio da dor^{7,12,14}, embora nenhum deles explique como se dá esta influência.

Uma investigação estudando os efeitos da deambulação sobre a sensação dolorosa no trabalho de parto verificou que aquelas parturientes que conseguiram deambular um maior trajeto aos 5 cm de dilatação pontuaram um valor mais alto no escore de dor, fazendo acreditar que a posição vertical favorece a maior intensidade das contrações uterinas como também o

Outra investigação, realizada com nulíparas em trabalho de parto, com o objetivo de avaliar o efeito da deambulação durante o trabalho de parto, revelou que a deambulação estava associada a um índice reduzido de partos operatórios e uso menos freqüente de analgesia narcótica¹⁵.

Estudos vêm revelando que a duração do trabalho de parto pode também estar relacionada à posição bem como à deambulação que a parturiente assume durante o trabalho de parto e parto^{7,12-15}.

A duração diminuída do trabalho de parto em mulheres que deambulam é atribuída à melhora na contratilidade uterina, à necessidade diminuída de uso de ocitocina e de analgesia além de menor freqüência de parto vaginal instrumental como fórceps, extração a vácuo, episiotomia, entre outros¹².

Estudo sobre os efeitos da deambulação no trabalho de parto de primigesta mostrou que a quantidade deambulada, especialmente durante as três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, está associada ao encurtamento do trabalho de parto. Revelou que, a cada 100 metros percorridos pela parturiente na primeira hora, ocorreu uma diminuição de 22 minutos no tempo de trabalho de parto. Cada 100 metros deambulados na segunda hora da fase ativa do trabalho de parto reduziu 10 minutos no tempo de trabalho de parto, e, finalmente, a cada 100 metros deambulados na terceira hora, havia uma redução de 6 minutos¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização do processo de parir e nascer promoveu uma série de mudanças no assistir à mulher e à família. Muitas das práticas que preservam o respeito à autonomia, os valores culturais e a intimidade do contexto familiar deram lugar a outras que valorizavam a tecnologia, a medicalização e a intervenção. Tais mudanças não propiciaram

melhoras na redução da morte materna e neonatal, mas, pelo contrário, promoveram a desumanização da assistência.

Um novo olhar sobre o efeito de muitas práticas em obstetrícia está sendo incentivado nos últimos anos. A deambulação e posição assumida pela parturiente no trabalho de parto fazem parte do conjunto de práticas que devem ser estimuladas na fase ativa do trabalho de parto.

O incentivo à deambulação e a mudanças de posição da mulher no trabalho de parto e parto aponta uma série de vantagens e benefícios para mãe e filho. Tais evidências nos permitem concordar que a liberdade de posição e a deambulação da parturiente em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado provavelmente benéficas à parturiente e que devem ser encorajadas.

Acreditamos que importantes resultados evidenciados pelos estudos nesta temática 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.

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

Sugerimos, ainda, que as evidências da influência da deambulação no processo de parturição estejam 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 desejam, com a finalidade de realizar o seu plano de parto e obter uma melhor condução neste processo.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde-OMS. Tecnologia apropriada para o nascimento e parto. Tradução de Sonia N. Hotimsky. The Lancet 1985 Aug; 24: 436-7
2. Organização Mundial de Saúde-OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra(SW; 1996. 53p.
3. Gualda DMR. O significado do processo de parto no contexto do conceito de saúde reprodutiva. In: Ganciarullo TI. Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal. São Paulo (SP): Ícone; 1998. p. 30-42.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001. 199p.

5. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não médicos [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública / USP; 1997.
6. Osava RH. Estudo das representações do parto entre enfermeiras de maternidade do Município Paulista [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP; 1990.
7. Sabatino H, Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado: formas alternativas. Campinas (SP): Ed Unicamp; 2000.
8. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: Parto e puerpério. Petrópolis (RJ): Vozes; 1991.
9. Kitzinger S. Mães um estudo antropológico da maternidade. São Paulo: Martins Fontes; 1978.
10. Largura M. O nascimento também tem sua história: 2000. [citado 20 jul 2001]. Disponível em: <http://www.partohumanizado.com.br/partodom.html>.

11. Chamberlain G, Stewart P. Walking through labour. Br Med J 1987; 295: 802-10.
12. Bloom SL, McIntire D, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Marcy AG et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. N Engl J Med 1998; 339 (2): 76-9.
13. Marque FC, Dias IMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Escola Anna Nery Rev Enferm 2006; 10 (3): 439-47.
14. Mamede FV. O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP; 2005.
15. Albers L et al. The relationship of ambulation in labor to operative delivery. J Nurse Midwifery 1997; 42 (1): 4-8.

Sobre as Autoras

Fabiana Villela Mamede

Enfermeira Obstétrica. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

Marli Villela Mamede

Enfermeira Obstétrica. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -Universidade de São Paulo (USP).

Leila Maria Geromel Dotto

Enfermeira Obstétrica. Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre (UFAC). Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.