

## ARTIGO ORIGINAL



## Fatores associados à ocorrência de parto em posição vertical no Brasil

### Factors associated with the occurrence of upright birth in Brazil

Carlos Martins Neto<sup>1</sup> , Cleber Lopes Campelo<sup>1</sup> , Janielle Ferreira de Brito Lima<sup>1</sup> ,  
Karla Danielle Silva Marques Mendes<sup>1</sup> , Leandro Saldanha Nunes Mouzinho<sup>1</sup> ,  
Alcione Miranda dos Santos<sup>1</sup> , Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – São Luís (MA), Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores associados aos partos na posição vertical realizados em hospitais vinculados à Rede Cegonha no Brasil. **Métodos:** Estudo transversal com 3.073 parturientes que tiveram parto vaginal em 606 estabelecimentos de saúde no Brasil, localizados em regiões de saúde com plano de ação regional aprovado na Rede Cegonha. Foram avaliadas características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das parturientes, aspectos organizacionais e de gestão das maternidades e processos de trabalho na atenção ao parto. Modelo de regressão logística multivariada com abordagem hierarquizada foi ajustado para identificar as variáveis associadas ao parto na posição vertical (desfecho), estimando-se *odds ratio* (OR) com nível de significância de 5%. **Resultados:** Do total de parturientes avaliadas, 6,7% das mulheres tiveram parto na posição vertical. Estiveram associados à maior chance de ocorrência do parto na posição vertical: ser preta (OR=2,07); ter 13 ou mais anos de estudo (OR=3,20); parir em hospital de alto risco (OR=1,58); parir em quartos PPP (que dispunham de assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério no mesmo ambiente) em centros obstétricos (OR=2,07) ou em centros de parto normal intra-hospitalares (OR=1,62); ser assistida por enfermeiro obstetra (OR=1,64) ou por obstetriz (OR=7,62) quando comparado ao médico; receber massagem durante o trabalho de parto e parto (OR=1,91); utilizar banqueta (OR=4,35) e entre mulheres que não pediram/não receberam analgesia (OR=3,33). **Conclusão:** O parto na posição vertical é um evento relacionado a aspectos raciais e à escolaridade da parturiente, sendo estimulado em estabelecimentos de saúde onde estão implantadas boas práticas de assistência ao parto, com ambiência adequada e com equipes multiprofissionais contendo obstetriz e enfermeiro obstetra. **Palavras-chave:** Parto. Parto natural. Saúde materna. Serviços de saúde materno-infantil.

**AUTOR CORRESPONDENTE:** Carlos Martins Neto. Rua Barão de Itapari, 155, Centro, CEP: 79112-200, São Luís (MA), Brasil. E-mail: carlosneto91@hotmail.com

**CONFLITO DE INTERESSES:** nada a declarar

**COMO CITAR ESSE ARTIGO:** Martins Neto C, Campelo CL, Lima JFB, Mendes KDSM, Mouzinho LSN, Santos AM, et al. Fatores associados à ocorrência de parto em posição vertical no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2022; 25:e220041. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220041.2>

Esse é um artigo aberto distribuído sob licença CC-BY 4.0, que permite cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer fim desde que mantidos os créditos de autoria e de publicação original.

Recebido em: 18/08/2022

Revisado em: 15/09/2022

Aceito em: 27/09/2022



## INTRODUÇÃO

Na obstetrícia, o fenômeno de horizontalização do parto aconteceu concomitantemente ao processo de medicalização e institucionalização do nascimento. A adoção dessa posição, apesar de conveniente para os profissionais da saúde, por facilitar as intervenções obstétricas, nem sempre é benéfica para as parturientes<sup>1</sup>. As políticas públicas brasileiras<sup>2-4</sup>, orientadas por recomendações de órgãos internacionais<sup>5</sup>, estimulam a adoção de boas práticas na atenção ao parto e nascimento e determinam que o parto na posição vertical (PPV) seja estimulado pelos profissionais que assistem as parturientes.

Essas diretrizes destacam a importância da liberdade de posição durante o trabalho de parto, oportunizando à gestante optar pela posição que lhe for mais confortável, encorajando as posturas não supinas. Nesse sentido, incentivava-se a adoção do PPV por haver evidências de seus benefícios, como redução da indicação de cesarianas<sup>6</sup>, episiotomia e outras intervenções obstétricas<sup>7</sup>, dilatação cervical<sup>7-9</sup> e perda sanguínea<sup>7</sup>, menor duração do período intraparto<sup>7,10</sup>, menor necessidade de anestesia epidural<sup>11</sup> e maior satisfação na experiência de parto<sup>12</sup>, quando comparadas a mulheres que experimentaram a posição supina ou litotômica.

Contudo as evidências sobre os fatores associados ao PPV ainda são limitadas. Ampliar o conhecimento acerca dessas relações pode contribuir para o fortalecimento de estratégias que garantam à mulher a oportunidade de escolher a posição de parto que lhe seja mais conveniente e, sobretudo, a liberdade de recusar intervenções desnecessárias. Ante isso, este estudo tem por objetivo identificar os fatores associados ao PPV realizado em hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), vinculados à Rede Cegonha, no Brasil.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado com dados da pesquisa intitulada "Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no Âmbito da Rede Cegonha"<sup>13,14</sup>, que possibilitou a avaliação de várias dimensões da assistência ao parto e nascimento, incluindo acesso e qualidade dos serviços, modelos de gestão, acolhimento, resolubilidade e boas práticas durante o parto e trabalho de parto.

A pesquisa foi desenvolvida em hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao SUS) no Brasil localizados em regiões de saúde com plano de ação da Rede Cegonha, que, em 2015, realizaram:

1. 500 ou mais partos<sup>4</sup>, independentemente da liberação de recursos (581 maternidades); ou
2. Menos de 500 partos, com liberação de recursos (25 maternidades), totalizando 606 maternidades.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2016 e outubro de 2017, por meio de entrevistas individuais,

face a face, com todas as puérperas que pariram nos estabelecimentos de saúde incluídos na pesquisa durante os dias de avaliação de cada maternidade. A amostra foi estratificada por grande região geográfica. Assim, o número de dias para coleta dos dados foi definido de acordo com o volume de partos nos hospitais de cada região, fixando a Região Norte em seis dias, Nordeste e Sudeste em dois dias, a Região Sul em cinco dias e sete na Região Centro-Oeste. O tamanho da amostra foi calculado com base em uma taxa de cesariana de 50%, para detectar diferenças de 5%, com nível de significância de 5% e poder de 80%, totalizando 10.473 puérperas. O plano amostral gerou uma super-representação das Regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, que foi corrigida por um procedimento de calibragem<sup>15</sup>. Para as entrevistas, foi utilizado um questionário semiestruturado como instrumento para a coleta de dados. Dados sobre as características do estabelecimento de saúde foram obtidos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referente ao ano de 2015.

Para o presente estudo, foram consideradas mulheres que tiveram parto vaginal nas maternidades avaliadas, excluindo aquelas que tiveram gravidez gemelar, natimorto, feito uso de fórceps e observações com informações ignoradas, totalizando 3.073 puérperas analisadas.

Considerando a complexidade do fenômeno estudado, construiu-se modelo teórico para explicar as relações entre a variável dependente e as variáveis explicativas por meio de três níveis: distal, intermediário e proximal (Figura 1). No nível distal, considerou-se a região geográfica onde o parto ocorreu (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste ou Sul).

O nível intermediário incluiu três blocos:

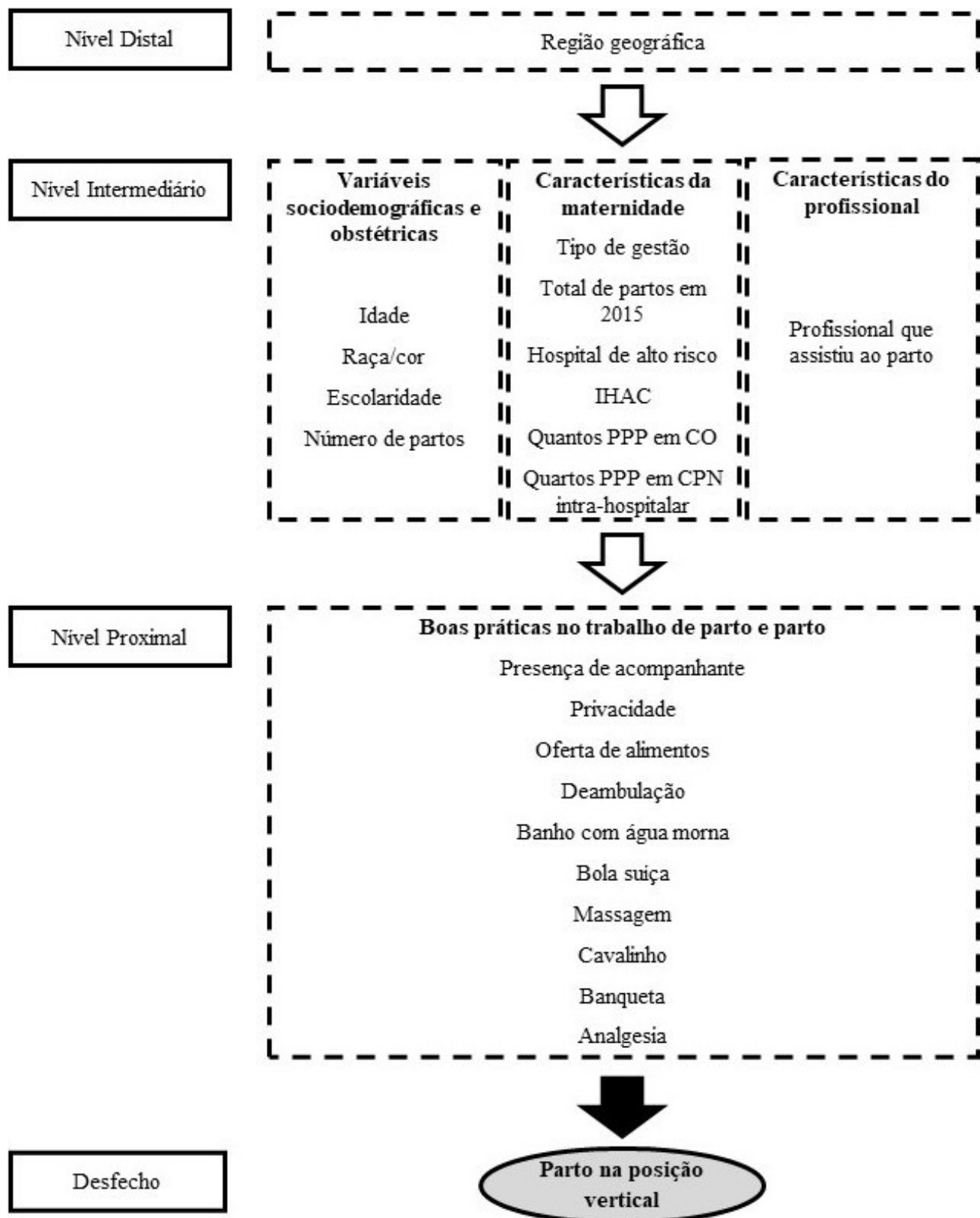
Bloco 1: Variáveis sociodemográficas e informações obstétricas da puérpera, incluindo faixa etária (19 ou menos, 20 a 29, 30 a 39, 40 ou mais), raça/cor autorreferida (branca, preta, parda, amarela/oriental, indígena), escolaridade (0 a 5 anos, 6 a 9 anos, 10 a 12 anos, 13 anos ou mais), número de partos (primípara, um parto anterior, dois partos anteriores, três ou mais partos);

Bloco 2: Características da maternidade, incluindo tipo de gestão da maternidade (compartilhada, estadual, municipal), total de partos realizados em 2015 (0 a 2.500, 2.501 a 5.000, mais que 5.000), ser hospital de alto risco (sim, não), credenciado à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (sim, não), ter quarto para assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério no mesmo ambiente (quarto PPP) em centro obstétrico (CO) (nenhum, 1 ou mais), ou em centro de parto normal (CPN) intra-hospitalar (nenhum, 1 ou mais)]; e

Bloco 3: Variáveis do profissional responsável pelo parto, considerando qual profissional assistiu ao parto (médico obstetra, enfermeiro obstetra, obstetrix, sem assistência). No nível proximal, foram consideradas as características da assistência prestada durante o trabalho de parto e parto: presença de acompanhante (sim, não); teve a privacidade respeitada (sim, não); houve oferta de

alimento (sim, não); foi permitido deambular durante o trabalho de parto (sim, não); oferta de banho com água morna (sim, não); bola suíça (sim, não); massagem (sim, não); ca-

valinho (sim, não); banqueta (sim, não) e analgesia (pediu e recebeu analgesia, pediu e não recebeu, não pediu e recebeu, não pediu e não recebeu).



IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança; PPP: assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério no mesmo ambiente; CO: centro obstétrico; CPN: centro de parto normal.

**Figura 1. Modelo para análise dos fatores associados ao parto na posição vertical.**

O desfecho analisado neste estudo foi o PPV, obtido pela pergunta “Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê?” com oito opções de resposta:

1. Deitada de costas com as pernas levantadas (em posição ginecológica);
2. Deitada na cama de barriga pra cima;
3. Deitada na cama de lado;
4. Reclinada;
5. Posição vertical, sentada;
6. Posição vertical, de cócoras;
7. Posição vertical, de pé ;
8. De quatro apoios.

A variável foi dicotomizada (sim, não), consideradas o PPV aquelas que responderam as opções posição vertical, sentada, de cócoras ou de pé.

Para análise dos dados, utilizou-se o *software* R Studio (versão 2022.07.0). Foi inicialmente realizada a análise descritiva dos dados, calculando-se frequências absolutas e relativas. As associações entre as variáveis explicativas e o desfecho foram estimadas em análises brutas e ajustadas, utilizando-se modelo de regressão logística para calcular as razões de chance (*odds ratio* – OR) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Modelagem com abordagem hierarquizada foi empregada para o ajuste dos modelos. Em cada nível, foram incluídas apenas as variáveis que apresentaram valor de  $p \leq 0,20$  na análise bruta. Permaneceram no modelo ajustado as variáveis com valor de  $p \leq 0,10$  quando inseridas no modelo em seus respectivos níveis hierárquicos. Assim, inicialmente, estimou-se a associação entre as variáveis do nível distal e o desfecho, permanecendo no modelo ajustado (que vai para os níveis subsequentes) aquelas com  $p$ -valor  $\leq 0,10$ . Em seguida, a este modelo com as variáveis que vieram do nível distal, foram inseridas as variáveis do nível intermediário, permanecendo no modelo as variáveis que vieram do nível distal (independentemente do novo valor de  $p$ ) e também aquelas do nível intermediário cujo  $p$ -valor foi menor ou igual a 0,10. Por fim, o processo foi repetido, inserindo-se no modelo as variáveis do nível proximal, ajustadas para as variáveis que vieram do nível distal e intermediário. Dessa forma, as associações ajustadas foram consideradas nos seus respectivos níveis ajustadas para as variáveis dos níveis anteriores<sup>16</sup>. A sequência de entrada das variáveis nos modelos seguiu a ordenação hierárquica que consta na Figura 1.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, CAAE 56389713.5.3001.5240, em 14 de dezembro de 2016. Todos os cuidados foram adotados visando garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, resguardando-se os princípios éticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência, privacidade e confidencialidade. Todas as puérperas foram

previamente informadas sobre o estudo, tendo sido incluídas aquelas que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo seguiu as diretrizes do STROBE Statement.

## RESULTADOS

Das 3.073 mulheres que participaram do presente estudo, 208 (6,7%) pariram na posição vertical. O maior percentual de parto na posição vertical foi observado em mulheres entre 20 e 29 anos (7,1%), autodeclaradas pretas (10,9%), com 13 anos ou mais de estudo (11,0%), primíparas (7,2%) e da Região Sul do país (9,2%). O maior percentual de PPV foi entre hospitais de gestão compartilhada (9,3%), com mais de 5.000 partos em 2015 (11,2%), em hospitais de alto risco (9,3%), com um ou mais quartos PPP em centros obstétricos (10,4%) ou em centros de parto normal intra-hospitalares (9,8%). Os PPV foram realizados em sua maioria por obstetriz (32,6%), sem assistência de um profissional (28,1%) ou por enfermeiros obstetras (8,8%). Quanto às boas práticas na assistência ao trabalho de parto e ao parto, o parto em posição vertical foi mais prevalente entre as mulheres que estavam acompanhadas (6,9%), deambularam durante o trabalho de parto (7,6%), tomaram banho com água morna (9,0%), fizeram uso de bolsa suíça (10,4%), massagem (11,8%), cavalinho (11,6%), banqueta (22,1%) e não pediram e não receberam analgesia (7,5%) (Tabela 1).

Na análise não ajustada, o PPV foi associado com: autodeclarar-se preta comparada às brancas (OR=2,13); ter escolaridade de 10 a 12 anos (OR=2,05) ou  $\geq 13$  (OR=3,13) comparadas àquelas com até cinco anos de estudo; parir em hospital com 5.000 ou mais partos por ano (OR=1,99); parir em hospital de referência para gestação de alto risco (OR=1,67), que tem quarto PPP em centro obstétrico (OR=1,95) ou em CPN intra-hospitalar (OR=1,65); ser assistida no parto por enfermeiro obstetra (OR=1,72), obstetriz (OR=8,65) ou mesmo parir sem a presença de um profissional (OR=6,99) quando comparado a ser assistida por médico. Todas as variáveis do nível proximal (boas práticas na atenção ao parto) associaram-se ao PPV, exceto a presença do acompanhante. Após ajuste dos modelos, identificou-se aumento na chance de PPV em mulheres pretas (OR=2,07; IC95% 1,29–3,30); com 13 ou mais anos de estudo (OR=3,20; IC95% 1,36–7,53); que pariram em hospital de alto risco (OR=1,58; IC95% 1,10–2,27), em PPP em CO (OR=2,07; IC95% 1,45–2,96) ou em CPN intra-hospitalares (OR=1,62; IC95% 1,08–2,43) que dispunham de quartos PPP. Ser assistida por enfermeiro obstetra (OR=1,64; IC95% 1,15–2,32) ou por obstetriz (OR=7,62; IC95% 2,26–25,68). Receber massagem (OR=1,91; IC95% 1,33–2,76) e utilizar banqueta (OR=4,35; IC95% 2,94–6,44) durante o trabalho de parto e parto; e não pedir e não receber analgesia (OR=3,33; IC95% 1,22–9,24) também aumentaram a chance de parir na posição vertical (Tabela 2).

**Tabela 1. Descrição da amostra segundo posição do parto. Brasil, 2015 (n=3.073).**

Variáveis/Categorias	PPV, n (%)	Demais posições, n (%)	Variáveis/Categorias	PPV, n (%)	Demais posições, n (%)
Região geográfica			Quartos PPP em CPN IH		
Centro-Oeste	24 (5,4)	449 (94,6)	Nenhum	170 (6,1)	2.449 (93,9)
Nordeste	45 (6,6)	563 (93,4)	1 ou mais	38 (9,8)	416 (90,2)
Norte	23 (3,8)	616 (96,2)	Profissional que assistiu ao parto*		
Sudeste	59 (7,7)	726 (92,3)	Médico	113 (5,3)	1.980 (94,7)
Sul	57 (9,2)	511 (90,8)	Enfermeiro	83 (8,8)	854 (91,2)
Idade (anos)			Obstetriz	5 (32,6)	8 (67,4)
19 ou menos	58 (7,0)	724 (93,0)	Sem assistência	7 (28,1)	22 (71,9)
20 a 29	104 (7,1)	1.499 (92,9)	Presença de acompanhante*		
30 a 39	44 (6,1)	589 (93,9)	Não	9 (4,2)	2.667 (95,8)
40 ou mais	2 (1,8)	53 (98,2)	Sim	199 (6,9)	2.667 (93,1)
Raça/cor*			Privacidade*		
Branca	71 (7,6)	705 (92,4)	Não	24 (4,5)	422 (95,5)
Preta	39 (10,9)	341 (89,1)	Sim	59 (4,7)	1.258 (95,3)
Parda	91 (5,4)	1.682 (94,5)	Oferta de alimento*		
Amarela/oriental	5 (9,1)	60 (90,9)	Não	90 (5,1)	1.462 (94,9)
Indígena	2 (3,9)	30 (96,1)	Sim	118 (8,5)	1.399 (91,5)
Escolaridade*			Deambulação*		
0 a 5	10 (3,8)	311 (96,2)	Não	35 (4,3)	726 (95,7)
6 a 9	49 (5,7)	811 (94,3)	Sim	173 (7,6)	2.134 (92,4)
10 a 12	128 (7,5)	1.602 (92,5)	Banho com água morna*		
13 ou mais	20 (11,0)	137 (89,0)	Não	71 (4,7)	1.524 (95,3)
Número de partos*			Sim	137 (9,0)	1.337 (91,1)
Primípara	104 (7,2)	1.388 (92,8)	Bola suíça*		
Um parto	58 (6,2)	756 (93,8)	Não	104 (5,2)	2.003 (94,8)
Dois partos	26 (6,3)	385 (93,7)	Sim	104 (10,4)	856 (89,6)
Três partos	20 (6,6)	329 (93,4)	Massagem*		
Tipo de gestão			Não	98 (4,4)	2.011 (95,6)
Compartilhada	25 (9,3)	199 (90,7)	Sim	110 (11,8)	851 (88,2)
Estadual	60 (6,8)	979 (93,2)	Cavalinho*		
Municipal	123 (6,5)	1.687 (93,5)	Não	175 (6,2)	2.573 (93,8)
Total de partos em 2015			Sim	33 (11,6)	289 (88,4)
0 a 2.500	67 (5,9)	943 (94,1)	Banqueta*		
2.501 a 5.000	83 (5,2)	1.337 (94,8)	Não	125 (4,6)	2.579 (95,4)
Mais que 5.000	58 (11,2)	585 (88,8)	Sim	83 (22,1)	284 (77,9)
Hospital de alto risco*			Analgesia*		
Não	136 (5,8)	2.172 (94,2)	Pediu e recebeu	5 (2,9)	192 (97,1)
Sim	72 (9,3)	682 (90,7)	Pediu e não recebeu	16 (6,2)	182 (93,8)
Iniciativa Hospital Amigo da Criança			Não pediu e recebeu	13 (4,0)	299 (96,0)
Não	95 (6,1)	1.577 (93,9)	Não pediu e não recebeu	171 (7,5)	2.135 (92,5)
Sim	113 (7,8)	1.288 (92,2)	Quartos PPP em CO		
Quartos PPP em CO			Nenhum	135 (5,6)	2.237 (94,34)
Nenhum	135 (5,6)	2.237 (94,34)	1 ou mais	73 (10,4)	628 (89,6)
1 ou mais	73 (10,4)	628 (89,6)			

Continua...

PPV: parto na posição vertical; PPP: assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério no mesmo ambiente; CO: centro obstétrico; CPN: centro de parto normal; IH: intra-hospitalar; \*há dados excluídos ou ignorados.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, de base populacional, realizado em 606 estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha em

todas as unidades federativas do Brasil, foram incluídas 3.073 puérperas que pariram pela via normal. Evidenciou-se que somente 6,7% destes partos foram em posições verticais. Os fatores que se apresentaram positivamente asso-

Tabela 2. Fatores associados ao parto na posição vertical. Brasil, 2015.

Variáveis*	Análise bruta		Análise ajustada	
	OR (IC95%)	p-valor	OR (IC95%)	p-valor
Bloco intermediário				
Raça/cor (ref.: branca)				
Preta	2,13 (1,37–3,31)	0,029	2,07 (1,29–3,30)	0,027
Parda	1,41 (0,97–2,06)		1,37 (0,93–2,01)	
Amarela/oriental	1,74 (0,65–4,65)		1,79 (0,63–5,06)	
Indígena	0,69 (0,15–3,10)		0,64 (0,14–2,87)	
Escolaridade, em anos de estudo (ref.: 0–5)				
6 a 9	1,52 (0,71–3,25)	0,004	1,34 (0,63–2,86)	0,008
10 a 12	2,05 (1,01–4,18)		1,79 (0,88–3,64)	
13 ou mais	3,13 (1,30–7,53)		3,20 (1,36–7,53)	
Quantidade de partos em 2015 (ref.: 0–2.500)				
2.501 a 5.000	0,88 (0,59–1,30)	0,004	0,66 (0,43–1,02)	0,429
5.000 ou mais	1,99 (1,31–3,04)		1,22 (0,73–2,02)	
Hospital de alto risco (ref.: não)				
Sim	1,67 (1,19–2,35)	0,003	1,58 (1,10–2,27)	0,013
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (ref.: não)				
Sim	1,29 (0,93–1,78)	0,120	1,26 (0,91–1,75)	0,176
Quartos PPP em CO (ref.: nenhum)				
1 ou mais	1,95 (1,38–2,74)	<0,001	2,07 (1,45–2,96)	<0,001
Quartos PPP em CPN intra (ref.: nenhum)				
1 ou mais	1,65 (1,11–2,47)	0,013	1,62 (1,08–2,43)	0,016
Quem assistiu ao parto (ref.: médico)				
Enfermeiro obstetra	1,72 (1,22–2,41)	<0,001	1,64 (1,15–2,32)	<0,001
Obstetiz	8,65 (2,61–8,70)		7,62 (2,26–25,68)	
Sem assistência	6,99 (2,57–9,04)		8,42 (2,64–26,79)	
Bloco proximal				
Presença de acompanhante (ref.: não)				
Sim	0,59 (0,26–1,35)	0,212	-	-
Oferta de alimento (ref.: não)				
Sim	1,72 (1,24–2,39)	<0,001	1,17 (0,81–1,67)	0,354
Deambulação (ref.: não)				
Sim	1,84 (1,21–2,80)	0,004	1,04 (0,64–1,70)	0,952
Banho com água morna (ref.: não)				
Sim	2,01 (1,43–2,81)	<0,001	1,12 (0,75–1,66)	0,570
Bola suíça (ref.: não)				
Sim	2,10 (1,51–2,92)	<0,001	0,95 (0,63–1,41)	0,643
Massagem (ref.: não)				
Sim	2,90 (2,08–4,02)	<0,001	1,91 (1,33–2,76)	<0,001
Cavalinho (ref.: não)				
Sim	1,98 (1,28–3,07)	0,002	1,09 (0,60–1,74)	0,914
Banqueta (ref.: não)				
Sim	1,98 (1,28–3,07)	<0,001	4,35 (2,94–6,44)	<0,001
Analgésia (ref.: não pediu/não recebeu)				
Pediu e não recebeu	2,18 (0,69–6,82)	0,017	2,14 (0,68–6,73)	0,044
Não pediu e recebeu	1,38 (0,42–4,50)		2,03 (0,61–6,72)	
Não pediu e não recebeu	2,68 (0,99–7,25)		3,33 (1,20–9,24)	

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; PPP: assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério no mesmo ambiente; CO: centro obstétrico; CPN: centro de parto normal; IH: intra-hospitalar. Ref.: categoria de referência. \*Foram apresentadas somente as variáveis que permaneceram no modelo ajustado.

ciados ao PPV foram: ser mulher negra, ter 13 ou mais anos de estudo, parir em hospital de referência para gestação de alto risco, que possuam quarto PPP em centro obstétrico ou em CPN intra-hospitalares e ser assistida por enfermeiro obstetra ou por obstetrix. A oferta de boas práticas — como receber massagem, utilizar banqueta durante o trabalho de parto e parto e não pedir/não receber analgesia — associou-se a maior chance de parir na posição vertical.

A baixa frequência de parto vaginal na posição vertical observada neste estudo representa a continuidade de um padrão já apresentado na pesquisa *Nascer no Brasil*, em que menos de 9% dos partos ocorridos no país em 2011 e 2012 ocorreram em posição não litotômica<sup>17</sup>. Tal desfecho se assemelha à experiência de parto em mulheres americanas, em que 91% dos partos vaginais realizados em hospitais foram conduzidos em posições supinas. Essa alta prevalência de partos em posição supina é decorrente do modelo assistencial praticado nos Estados Unidos e no Brasil, que prioriza medidas curativas e hospitalares para o atendimento de sua população e onde a cesárea é o procedimento cirúrgico mais comum entre as mulheres<sup>18-20</sup>.

Os achados do estudo citado não são condizentes com as ações do poder público e esforços da sociedade civil quanto à melhoria da assistência ao parto e nascimento nas últimas décadas no Brasil<sup>2-5</sup>. Provavelmente, tal situação reflete a cultura de medicalização do parto, ainda muito forte no país, apesar dos esforços no sentido de estimular o parto natural<sup>21</sup>.

Diferentemente do observado neste estudo, Andrade et al.<sup>22</sup> identificaram que 61% dos partos realizados no ano de 2014 em um hospital pernambucano, de referência para o Ministério da Saúde (MS), ocorreram em posição não supina. Esse resultado difere da realidade nacional e reflete o esforço conjunto de gestores e profissionais em modificar o cenário da assistência obstétrica. Assemelham-se, ainda, ao encontrado nos países escandinavos, onde 65% das mulheres costumam parir em posições não supinas<sup>23</sup>, e sinalizam que o processo de mudança no modelo de assistência ao parto no Brasil, estimulado pela Rede Cegonha, está em desenvolvimento, mas pouco implantado em algumas recomendações.

A adoção de posições verticais nos primeiro e segundo estágios do trabalho de parto tem sido apontada como benéfica tanto para a mãe quanto para o bebê, por estarem associadas a uma redução de intervenções obstétricas, como cesariana, uso de episiotomias e fórceps, menor duração do tempo de trabalho de parto e menos efeitos negativos sobre a saúde da mãe e do bebê<sup>6-11</sup>. Nessa perspectiva, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do MS incentivam a adoção de práticas que promovam um parto vaginal seguro, de qualidade e no qual a mulher tenha liberdade para assumir a posição que lhe for mais confortável, sendo encorajada pelos profissionais que a assistem a experimentar posições não supinas durante o parto<sup>2,5</sup>.

A distribuição dos PPV nas regiões geográficas brasileiras ocorreu de forma heterogênea, com maior proporção nas Regiões Sudeste e Nordeste e menor frequência na Região Centro-Oeste, condizente com os resultados da pesquisa *Nascer no Brasil*, em que os partos em posição litotômica foram mais frequentes no Centro-Oeste e menos frequentes no Nordeste<sup>17</sup>.

Ser preta, em comparação às mulheres de cor branca, aumentou as chances de parir em posição vertical. A literatura não descreve diferenças significativas quanto à raça/cor das mulheres e à posição de parto realizado no âmbito do SUS, quando analisado com a escolaridade e a renda<sup>24</sup>. Diferenças raciais foram identificadas em relação a algumas intervenções desnecessárias, caracterizando violência obstétrica<sup>25,26</sup>. É possível que o resultado identificado esteja refletindo tanto aspectos culturais relativos à escolha de parir em posição vertical entre afrodescendentes, quanto uma forma diferenciada de discriminação, conforme discutido por Alves et al.<sup>26</sup>. Para esses autores, algumas boas práticas são mais realizadas em pretas porque, no modelo intervencionista de assistência, ainda hegemônico no Brasil, as intervenções desnecessárias, incluindo a cesariana eletiva e o parto em posição supina, são realizadas de rotina, e a menor realização delas nas pretas seria melhor interpretada como evidência de discriminação racial e certo “descuido” com essas mulheres.

O maior grau de instrução das parturientes aumentou as chances para a realização do PPV. Essa associação pode ter ocorrido pelo fato de mulheres com mais anos de estudo terem maior compreensão e possuírem maior acesso às informações sobre o trabalho de parto e parto, tornando-as menos vulneráveis às práticas consideradas inadequadas<sup>17,22</sup>.

Ser atendida em hospital de alto risco e em centro obstétrico ou centro de parto normal intra-hospitalar que dispunham de quartos PPP aumentaram as chances de PPV. Esses resultados refletem as mudanças ocorridas pela implementação da Rede Cegonha, que permitiram, por meio da ambiência, a modificação de espaços físicos voltados à assistência ao parto e nascimento, tornando possível a implementação das boas práticas e de intervenções educativas que melhoraram a assistência ao parto e nascimento<sup>4,27</sup>.

Outro fator relevante neste estudo foi o profissional responsável pelo parto. Ter o parto assistido por enfermeiros obstetras ou obstetrixes, se comparados ao médico, foi associado a maiores chances de realização do PPV, e estas últimas aumentam ainda mais as chances de parto nessa posição. Esses profissionais são apontados pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal<sup>2</sup> como os mais indicados para assistirem a puérperas de baixo risco. Além disso, evidências mostram que a presença da equipe de enfermagem está associada a melhores resultados na assistência ao parto<sup>15,22,28</sup>.

Apesar do baixo número de mulheres nessa condição (n=7), foi observado, neste estudo, uma maior chance de

adotar a posição vertical entre mulheres que pariram sem assistência profissional, se comparadas àquelas que receberam assistência de profissional médico. Esse resultado se deve, possivelmente, ao fato de essas mulheres estarem fazendo caminhada ou sentadas no momento do parto, o que impossibilitou o diagnóstico adequado do trabalho de parto. Além disso, estudo anterior aponta que mulheres que optaram pelo PPV demandam menor assistência e menos intervenções, além de não sofrerem influência da formação médica tradicional que tende a considerar a posição supina como a mais conveniente<sup>27</sup>. No entanto, é necessário enfatizar que a recomendação do Ministério da Saúde é que o parto de baixo risco deva ser assistido por médico, enfermeira obstétrica ou obstetrix, sendo os dois últimos relacionados a menor intervenção e maior satisfação das mulheres<sup>2</sup>.

A realização de algumas medidas não farmacológicas, como o recebimento de massagem e o uso da banqueta, estiveram associadas a maiores chances de realização do PPV. Uma revisão sistemática<sup>29</sup> aponta que a realização da massagem de conforto, pelo profissional ou companheiro, mostrou-se efetiva quando aplicada no início da fase latente do parto, promovendo redução dos níveis de estresse e dor, além de oportunizar a participação ativa do acompanhante. Essa medida de conforto estimula o relaxamento, melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos, contribuindo para uma experiência de parto mais satisfatória. Além do mais, o uso da banqueta durante o trabalho de parto estimula a mudança de postura da parturiente e tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade de dilatação, promover alívio da dor e facilitar a descida fetal<sup>2,5</sup>. Dado também apontado por estudo que avaliou a percepção de puérperas sobre tecnologias não invasivas de cuidado durante o parto<sup>30</sup>.

Não pedir e não receber analgesia esteve associado a maiores chances de PPV. Dessa forma, entende-se que a adoção dessa posição contribuiu com a redução da necessidade de analgesia, benefício já descrito na literatura<sup>11</sup>.

Uma limitação da presente pesquisa refere-se ao fato de que foram incluídos apenas hospitais em regiões de saúde que possuíam planos aprovados na Rede Cegonha. É possível que, com a inclusão de outros hospitais, a prevalência de PPV no Brasil fosse ainda menor. Como pontos fortes, ressaltamos o fato de tratar-se de dados provenientes de uma pesquisa avaliativa de caráter nacional, com representatividade para as macrorregiões do Brasil. As maternidades avaliadas, juntas, realizam 65% dos partos do Brasil<sup>31</sup>. Essa foi a primeira pesquisa de abrangência nacional realizada após a implementação da Rede Cegonha no âmbito do SUS. Esses dados permitem comparar a realidade da atenção materno-infantil antes e após a implementação dessa estratégia. Destacamos que o estudo utilizou diferentes técnicas e instrumentos de coleta de dados, validados por *experts* na área de saúde materno-infantil, e foi realizado com puérperas logo após o parto e com todas as mulheres que pariram

no momento da realização das entrevistas, diminuindo assim o viés de memória e de seleção.

Os fatores associados ao parto na posição vertical foram mulheres de cor preta, com 13 ou mais anos de estudo, assistidas por enfermeiro obstetra ou por obstetrix, que receberam massagem, fizeram uso de banqueta durante o trabalho de parto e não pediram e não receberam analgesia. Por fim, o parto em posição vertical, apesar de mais indicado por demandar menor quantidade de intervenções, ainda apresenta baixa adesão no Brasil. A baixa prevalência da adoção dessa posição aponta para a necessidade de promover o fortalecimento dessas práticas na rotina diária dos serviços de saúde, junto aos profissionais que estão inseridos nesse contexto. Ressalta-se, ainda, a relevância da implementação efetiva de ambientes com estrutura física e recursos condizentes com as necessidades dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. *Rev Enferm UFPE on line* 2017; 11(Supl 2): 932-40. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-V11I2A13462P932-940-2017>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2017. [acessado em 5 jun. 2022]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. *Diário Oficial da União*, 8 jun. 2000; Seção 1; 2000. [acessado em 20 jun. 2022]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha [Internet]. *Diário Oficial da União*, 27 jun. 2011; Seção 1; 2011. [acessado em 20 jun. 2022]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011\\_comp.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html)
5. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO [Internet]. 2018. [acessado em 05 jun. 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
6. Gams B, Neerland C, Kennedy S. Reducing primary cesareans: an innovative multipronged approach to supporting physiologic labor and vaginal birth. *J Perinat Neonatal Nurs* 2019; 33(1): 52-60. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000378>
7. Pervin J, Aktar S, Nu UT, Rahman M, Rahman A. Associations between improved care during the second stage of labour



- and maternal and neonatal health outcomes in a rural hospital in Bangladesh. *Midwifery* 2018; 66: 30-5. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.010>
8. Jesús-García A, Paredes-Solís S, Valtierra-Gil G, Los Santos FRS, Sánchez-Gervacio BM, Ledogar RJ, et al. Associations with perineal trauma during childbirth at home and in health facilities in indigenous municipalities in southern Mexico: a cross-sectional cluster survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18(1): 198. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1836-8>
  9. Hemmerich A, Diesbourg T, Dumas GA. Development and validation of a computational model for understanding the effects of an upright birthing position on the female pelvis. *J Biomech* 2018; 77: 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2018.06.013>
  10. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19(1): 466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
  11. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 8: CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
  12. Li YP, Yeh CH, Lin SY, Chen TC, Yang YL, Lee CN, et al. A proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women, the implementation and satisfaction survey. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015; 54(6): 731-6. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2015.10.009>
  13. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(3): 789-800. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>
  14. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(3): 801-21. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>
  15. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(7): e00223018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223018>
  16. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1): 224-7. <https://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>
  17. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(Suppl 1): S17-S32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
  18. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Major survey findings of listening to mothers (SM) III: pregnancy and birth: report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. *J Perinat Educ* 2014; 23(1): 9-16. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.9>
  19. Hajjar F, Saint-Lary O, Cadwallader JS, Chauvin P, Boutet A, Steinecker M, et al. Development of primary care research in North America, Europe, and Australia From 1974 to 2017. *Ann Fam Med* 2019; 17(1): 49-51. <https://doi.org/10.1370/afm.2328>
  20. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(6): 1915-28. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
  21. Gomes SC, Teodoro LPP, Pinto AGA, Oliveira DR, Quirino GS, Pinheiro AKB. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(5): 2594-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>
  22. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2016; 16(1): 29-37. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
  23. Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Ólafsdóttir OÁ, Hildingsson I, Ingversen K, et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; 16(1): 196. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0990-0>
  24. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. The vulnerability of afro-brazilian women in perinatal care in the Unified Health System: analysis of the active ombudsman survey. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(11): 3505-16. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>
  25. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, Schlitz AOC, Queiroz MR, Carvalho PCA. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde Soc* 2016; 25(3): 561-72. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>
  26. Alves MTSSB, Chagas DC, Santos AM, Simões VMF, Ayres BVS, Santos GL, et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(3): 837-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.38982020>
  27. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2018; 26: e2988. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>
  28. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health* 2016; 13(Suppl 3): 123. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>
  29. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão

sistemática. *Texto Contexto Enferm* 2010; 19(4): 774-82. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>

30. Ribeiro IAP, Pereira PSL, Gomes IS, Morais JC, Gouveia MTO, Nascimento MVF, et al. Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas. *Rev Enferm*

UFPE on line 2018; 12(8): 2129-36. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236584p2129-2136-2018>

31. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES [Internet]. [acessado em 20 abril. 2022]. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br>

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the factors associated with Upright Delivery (UD) performed in hospitals linked to the Rede Cegonha (RC) in Brazil. **Methods:** Cross-sectional study with 3,073 parturients who had vaginal delivery in 606 health facilities in Brazil, located in health regions with a regional action plan approved in the RC. Socioeconomic, demographic, and obstetric characteristics of the parturients, organizational and management aspects of maternity hospitals, and work processes in childbirth care were evaluated. The multivariate logistic regression model with a hierarchical approach was adjusted to identify the variables associated with UD (outcome), estimating Odds Ratios (OR) with a significance level of 5%. **Results:** Of the evaluated parturient, 6.7% gave birth in the vertical position. The following were associated with a greater chance of PPV: being black (OR=2.07); having 13 or more years of study (OR=3.20); giving birth in a high-risk hospital (OR=1.58); giving birth in PPP rooms (which assisted with labor, delivery, and puerperium in the same environment) in Obstetric Centers (OR=2.07) or in-hospital Normal Delivery Centers (OR=1.62); being assisted by an obstetrician nurse (OR=1.64) or by a midwife (OR=7.62) when compared to a doctor; receiving massage during labor and delivery (OR=1.89); using a stool (OR=4.16) and among women who did not ask for/not receive analgesia (OR=3.15). **Conclusion:** The UD is an event related to racial aspects and the education of the parturient, being stimulated in health establishments where good practices of childbirth care are implemented, with adequate ambiance, and with multidisciplinary teams comprising midwives and obstetric nurses.

**Keywords:** Parturition. Natural birth. Maternal health. Maternal-child health services.

**AGRADECIMENTOS:** Às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde de cada unidade federativa do Brasil; aos profissionais de saúde, gestores e puérperas entrevistados; e aos avaliadores e supervisores que trabalharam na coleta dos dados.

**CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES:** Martins Neto, C.: Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Software, Validação, Visualização. Campelo, C.L.: Análise formal, Escrita – primeira redação, Software, Validação, Visualização. Lima, J.F.B.: Análise formal, Escrita – primeira redação, Software, Validação, Visualização. Mendes, K.D.S.M.: Análise formal, Escrita – primeira redação, Software, Validação, Visualização. Mouzinho, L.S.N.: Análise formal, Escrita – primeira redação, Software, Validação, Visualização. Santos, A.M.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Software, Metodologia, Validação, Visualização. Thomaz, E.B.A.F.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Software, Metodologia, Recursos, Supervisão, Validação, Visualização.

**FONTE DE FINANCIAMENTO:** Este trabalho foi apoiado pela Fundação de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (finance code 001); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (bolsa de produtividade em pesquisa – processos 306592/2018-5 e 308917/2021-9); Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde (Processo no 25000.167161/2013-36, TC 111/2013/ENSP; Processo no 25000.167149/2013-21, TC 115/2013/UFMA); Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).



© 2022 | A *Epidemiologia* é uma publicação da

Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO