

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Mestrado em Ciência da Saúde

NAZIR DE OLIVEIRA

POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O PARTO NORMAL
E REPERCUSSÕES PERÍNEAIS

São Paulo

2019

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Nazir de Oliveira

**POSIÇÕES MATERNAS DURANTE O PARTO NORMAL E
REPERCUSSÕES PERÍNEAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Yara Juliano
Coorientador: Prof. Dr. Neil Ferreira
Novo
Coorientador: Prof^a. Greycy Kenj

São Paulo

2019

O48p Oliveira, Nazir

Posições maternas durante o parto normal e repercussões perineais / Nazir Oliveira. – São Paulo, 2019.

43 f. il.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Santo Amaro, 2019.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Yara Juliano

Coorientador(a): Prof. Dr. Neil Ferreira Novo

Coorientador(a): Greycy Kenj

1. Parto humanizado. 2. Repercussões perineais. 3. Posições de parto. 4. Lacerações de períneo. I. Juliano, Yara, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

SUMARIO:

1. INTRODUÇÃO:	10
2. JUSTIFICATIVA:	15
3. OBJETIVO GERAL:	16
3.1 Objetivos Específicos:	16
4. METODOLOGIA:	17
4.1. Tipo de estudo:	17
4.2. Local do estudo:	18
4.3. Coleta de dados:	18
4.4. População, amostra, critérios de inclusão e de exclusão:	18
4.5. Pressupostos éticos:	19
4.6. Análise Estatística:	19
5. RESULTADOS - Apresentação e análise de resultado:	20
5.1. Qualificação da Amostra:	20
5.2. Resultados e Análises:	23
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:	37
7. CONCLUSÃO:	40
8. BIBLIOGRAFIA:	41

RESUMO:

Introdução: O parto representa a etapa final da concepção. Proporcionar o conforto, bem estar e a satisfação materna neste momento, está entre as tarefas importantes dos provedores de cuidados. Dentre as diversas mudanças propostas pelo Ministério da Saúde e outros organismos internacionais, está a recomendação de que as mulheres tenham liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto e parto, pois evidências científicas mostram que a liberdade de movimentos está associada a melhores desfechos e maior satisfação materna. **Objetivo:** Avaliar posições que proporcionam o maior número de lacerações, descrever quais posições apresentam as maiores lacerações dentro do índice pré-estabelecido, avaliar as posições maternas durante o parto normal e o desfecho neonatal. **Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, transversal, pela aplicação do instrumento de coleta semi-estruturado de forma retrospectiva no período de novembro/2018 a fevereiro/2019. **Conclusões:** 1) Independente da posição utilizada durante o parto normal, as grandes lacerações ocorrem em casos esporádicos, não podendo assim, relaciona-los com as posições adotadas pela mãe no momento do parto. 2) A quantidade de lacerações seguem uma média geral, onde em alguns casos notamos a presença de lacerações de 3º e 4º grau, número não preocupante, não podemos determinar que a posição de parto utilizada seja a responsável por tal fato. 3) Quando avaliamos os dados perinatal não encontramos resultados desfavoráveis, todos os partos realizados no período analisado apresentaram índice de apgar em 5 minuto superior a 8, não necessitando assim, recursos da UTI-neonatal, e por sua vez, permanecendo em contato com a mãe e sendo encaminhados para a alojamento conjunto.

ABSTRACT:

Introduction: Childbirth represents the final stage of conception. Providing comfort, well-being and maternal satisfaction at this time is among the important tasks of care providers. Among the various changes proposed by the Ministry of Health and other international organizations is the recommendation that women be free to move during labor and childbirth, as scientific evidence shows that freedom of movement is associated with better outcomes and greater maternal satisfaction. **Objective:** To evaluate positions that provide the highest number of lacerations, describe which positions present the highest lacerations within the pre-established index, evaluate maternal positions during normal delivery and neonatal outcome. **Methodology:** Descriptive and exploratory study, with quantitative, cross-sectional approach, by the application of the semi-structured collection instrument retrospectively from November/2018 to February/2019. **Conclusions:** 1) Regardless of the position used during normal delivery, large lacerations occur in sporadic cases, thus not being able to relate them to the positions adopted by the mother at the time of delivery. 2) The number of lacerations follow a general average, where in some cases we notice the presence of lacerations of 3rd and 4th degree, a number not worrying, we cannot determine that the delivery position used is responsible for this fact. 3) When we evaluated the perinatal data we did not find unfavorable results, all deliveries performed in the analyzed period presented apgar index in 5 minutes higher than 8, thus not requiring resources from the ICU-neonatal, and in turn, remaining contact with the mother and being referred to the joint accommodation.

LISTA DE ABREVIATURAS:

Nome:

Litotômica (supina),
Semi-sentada,
Lateral (lateralizado),
Sentada,
Banqueta,
Joelhos,
Cócoras,
Banheira,
Em Pé,
Períneo Integro,
Laceração de 1º. Grau,
Laceração de 2º. Grau,
Laceração de 3º. Grau,
Laceração de 4º. Grau,
Episiotomia,

Abreviatura:

Lit;
Semi;
Lat;
Sent;
Bqt;
Joe;
Coc;
Ban;
Pés;
PI;
Lac 1;
Lac 2;
Lac 3;
Lac 4;
Episio.

LISTA DE TABELAS E GRAFICOS:

Tabela 1 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo grupo étnico auto declarada.

Tabela 2 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo idade cronológica puépera dentro de intervalo proposto.

Tabela 3 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo a idade gestacional da puérpera.

Tabela 4 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado condições perineais/posição de parto normal.

Tabela 5 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que foram submetidas a episiotomia durante o parto.

Tabela 6 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que apresentaram laceração de 1º grau durante o parto.

Tabela 7 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que apresentaram laceração de 2º grau durante o parto.

Tabela 8 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que apresentaram laceração de 3º ou 4º grau durante o parto.

Tabela 9 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que apresentaram períneo íntegro durante o parto.

Tabela 10 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Períneo Normal X Períneo Alterado.

Tabela 11 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Períneo Íntegro X Laceração de 1º grau.

Tabela 12 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Altura Uterina X Condições Perineais.

Tabela 13 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Perímetro Cefálico X Condições Perineais.

Tabela 14 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Paridade X Condições Perineais.

Tabela 15 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Peso ao Nascer X Condições Perineais.

Tabela 16 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação índice de apgar/posição de parto normal.

Gráfico 1 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado condições perineais/posição de parto normal.

1. INTRODUÇÃO:

O parto representa a etapa final da concepção, onde o ser gerado iniciará uma vida independente do organismo materno. Proporcionar o conforto, bem estar e a satisfação materna neste momento, está entre as tarefas importantes dos provedores de cuidados, utilizando de métodos fisiológicos, evitando assim uso desnecessário ou abusivo de métodos farmacológicos, as tecnologias serão utilizadas de forma adequada e oportuna, priorizando a assistência humanizada do cuidado, e respeitando a individualidade e a autonomia ¹.

A gestação deve ser vivenciada de maneira saudável e acompanhada para garantir a saúde e bem estar da mãe e do bebê. A maneira como uma criança é recebida durante o seu nascimento, influencia no seu desenvolvimento sadio e pleno. Diante disso, o Ministério da Saúde procura oferecer um cuidado de qualidade, adequado, humanizado e respeitoso ao binômio no momento do trabalho de parto e parto².

O nascimento em particular, é um evento repleto de emoções e sentimentos, que intensificam as expectativas da chegada desse bebê. A experiência vivida pela família neste momento, em especial para a mulher, ficará marcada em sua memória e refletirá na sua vida em outras circunstâncias. Por isso, o ambiente deve ser aconchegante e humanizado, com rotinas flexíveis dentro do possível, para que a mulher possa expressar seus sentimentos e suas necessidades e essas sejam supridas por profissionais capacitados e reforçadas pela presença de um acompanhante de sua escolha³.

Neste contexto, foi implementado no Brasil políticas públicas aplicadas ao contexto da assistência obstétrica e neonatal visando à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbidade materna e perinatal, de modo a garantir que profissionais médicos e enfermeiras realizem procedimentos benéficos ao binômio, evitando intervenções desnecessárias, garantindo as boas práticas de assistência ao parto⁴ .

Levando-se em consideração a necessidade da humanização da assistência ao parto para mudanças nos indicadores de saúde, devemos

ressaltar que a mesma está diretamente relacionada com a atuação do profissional. O profissional de saúde deve respeitar os aspectos da fisiologia da mulher e principalmente o vínculo mãe-filho (DIAS, 2005). Neste aspecto, a enfermeira que atua sob a perspectiva do parto humanizado tem desenvolvido papel relevante seja no acompanhamento das condições maternas e fetais, no processo de orientação desta gestante quanto a sua participação ativa durante o trabalho de parto e parto e no preparo quando de sua passagem pelo centro obstétrico (BRASIL, 2012)⁵ .

Há tempos, observamos em literaturas como “obstetrícia normal”, segundo Raul Briquet, sendo esta, uma atualização de Delascio e Guariento, que a posição empregada pela paciente não é fixa, varia conforme o caso e a fase do trabalho de parto. Comumente adota-se a posição ginecológica, que consiste na posição dorsal, com leve flexão das pernas sobre a coxa, e destas sobre a bacia. Nessa posição com a elevação do tronco, o eixo uterino e o pélvico se coincidem. O decúbito lateral, homônimo ao desvio da cabeça, retifica a posição cefálica, no estreito superior, levando a cabeça desviada para a entrada da bacia, por efeito da inclinação para o mesmo lado do fundo uterino e do polo pélvico. O corpo do feto opera como uma alavanca, e a cabeça se torna mediana corrigindo o desvio⁶ .

O tema humanização da assistência ao parto, está incluso na agenda de discussões nos segmentos sociais, acadêmicos e políticas públicas de saúde nas últimas décadas. Estas práticas estão pautadas em diversas ações que visam melhorar a questão da assistência ao parto e nascimento, como é fato a subjetividade da humanização engloba várias áreas para a interpretação, como por exemplo a afetividade do prazer e a liberdade, possibilitando assim o retorno ao processo natural e livre do “parir”. Com isso as aberturas de outras áreas no processo do cuidado, lembrando a peculiaridade do momento, entre eles, massagens relaxantes, uso de óleos aromáticos, cromoterapia, musicoterapia, liberdade de movimentos, entre outros. O cuidado é mais do que uma técnica de assistência, toda a assistência voltada a este momento torna-se peculiar a cada procedimento, sendo assim, respeitar a condição empregada pela parturiente, deixar de institucionalizar o nascimento com procedimentos previamente estabelecidos, deixando-os engessados e limitados⁷ .

Atendendo a necessidade de melhorias, uma maternidade do Rio de Janeiro criou uma sala de relaxamento, apresentando um ambiente individualizado e diferenciado do pré-parto, se assemelhando ao ambiente doméstico. No interior deste ambiente, é proporcionado musica terapêutica, óleos para massagem corporal e incensos, conforme o desejo e vontade de cada mulher, encontra-se nesta sala ainda, um tablado que simula uma ampla cama de casal, barras paralelas, bola *bobath*, proporcionando liberdade de movimentos e posições corporais, como agachamento, bamboleio da pelve e postura de cócoras durante a fase ativa do trabalho de parto. Existe ainda em anexo, um banheiro onde é realizado banho de aspensão morno (banho de chuveiro)⁸ .

Dentre as diversas mudanças propostas pelo Ministério da Saúde e outros organismos internacionais, está a recomendação de que as mulheres tenham liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto e parto, pois evidencias científicas mostram que a liberdade de movimentos está associada a melhores desfechos e maior satisfação materna⁷ .

O ato de adotar posturas verticalizadas podem influenciar no menor número de complicações, e principalmente na satisfação das mulheres que podem ter experiências positivas à cerca do parto⁹ .

Segundo Pereira/2012, a presente pesquisa mostrou que as enfermeiras realizam cuidados que promovem conforto e relaxamento, fazendo com que as mulheres vivenciem no trabalho de parto a liberdade de posição e movimentos. Estes cuidados são classificados pela Organização Mundial de Saúde como métodos não farmacológicos de alívio da dor, tem por objetivo reduzir a percepção dolorosa por meio de métodos não invasivos diminuindo concomitantemente a necessidade de analgesias medicamentosas além de melhorar a vivencia do parto⁷ .

A violência obstétrica, é entendida como, todas as formas e danos originados no cuidado obstétrico profissional. Mais especificamente, entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, expressando-se por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de instrumentalização dos

processos naturais, resultando na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres¹⁰ .

Em relação às posições de parto, o processo de horizontalização do parto se processou simultaneamente à medicalização do nascimento, com o advento dos cirurgiões obstétricos. O fato ocorreu sob influência da escola francesa de obstetrícia liderada pelo médico François Mauriceau no século XVII, a posição horizontal facilitava a intervenção médica¹¹.

As posições verticalizadas apresentam vantagens durante o trabalho de parto e parto não somente na condição gravitacional, mas também no aumento do diâmetro pélvico, além de promover uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna maximizando os puxos expulsivos maternos e facilitando o desprendimento fetal¹¹.

Em trabalho realizado nos anos de 2008 e 2009, tendo como metodologia estudo descritivo, transversal e correlacional, nota-se que em determinadas posições, as parturiente relataram maior sensibilidade dolorosa. Foram analisadas as posições litotômica, SS (semi-sentada) e DLE (decúbito lateral esquerdo) e, foi observado através instrumento de escala de dor, que a posição litotômica apresenta menor relação com dor, que em posição DLE. O autor relata ainda, que necessita de mais estudos para realizar uma relação, pois fatores não pesquisados poderão influenciar para esta repercussão¹².

No estudo apresentado por Gayeski em 2009, os aspectos positivos e negativos acerca da posição vertical e horizontal, foi observado na posição vertical como ponto positivo, a participação ativa, tratando-se ainda de uma posição mais cômoda que facilita a expulsão do feto, em contraste a posição horizontal dificulta os fatos citados, apresentando com percepções negativas, dificuldade a movimentação, aumentando o sofrimento, o cansaço, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas. De forma geral, o parto horizontal facilita a realização de episiotomia, pela facilidade da paciente permanecer deitada e ter a sensação de ser mais “ajudada” ¹³.

Um trabalho realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, aponta um aumento de lacerações em posições verticalizadas, houve associação entre a

posição horizontal de parto vaginal e a ocorrência de episiotomia, mas não entre essa posição e a ocorrência de laceração perineal espontânea. Resultados semelhantes foram encontrados em um ensaio clínico randomizado que investigou a influência da posição materna durante o parto vaginal sobre variáveis obstétricas e neonatais. Por outro lado, uma metanálise investigando os riscos e benefícios de diversas posições adotadas durante o segundo estágio do trabalho de parto encontrou maior ocorrência de laceração perineal de 2º grau nos partos verticais ou em decúbito lateral, comparados aos partos horizontais. A associação entre episiotomia e posição horizontal de parto sugere que esse procedimento tenha sido menos necessário durante a realização de partos na posição vertical, em decorrência do efeito facilitador da força da gravidade. Por outro lado, tal resultado pode ser decorrente da dificuldade técnica de se realizar episiotomia em posições verticais de parto vaginal¹⁴ .

Quando a pergunta se volta para as condições fetais, os resultados do presente estudo indicam que as diferentes posições maternas adotadas no segundo estágio de trabalho de parto não interferiram no bem-estar fetal¹⁴ .

Diversos fatores foram avaliados para determinar a possibilidade de lacerações perineais, fatores constitucionais e assistência a parturiente, recém-nascido e parto em si, altura perineal, duração do período expulsivo, tipo de puxo, variedade de posição no momento do desprendimento cefálico, circular de cordão umbilical e peso do recém nascido não interferiram na ocorrência ou no grau de laceração perineal no parto normal¹⁵ .

Em outro estudo, foram comparados aspectos positivos e negativos de parir nas posições horizontais e verticais no ponto de vista das pacientes. Os aspectos positivos de parir a posição vertical refletem a necessidade das mulheres participarem mais ativamente do parto, a percepção de que é mais cômoda e facilita expulsão do feto. A posição horizontal dificulta estes aspectos, gerando assim uma percepção negativa sobre a mesma, uma vez que dificulta a movimentação, dificulta os movimentos, aumenta o sofrimento, o cansaço a duração do período expulsivo e facilita as intervenções obstétricas¹⁶ .

2. JUSTIFICATIVA

Busco aprofundar por meio de informações do parto, melhorias para que o desfecho final seja o mais livre de complicações possíveis. Durante anos de participação em instituição hospitalar voltada para humanização do parto, pareceu importante estudar as condições perineais da parturiente relacionadas com a posição do mesmo, além do estado dos recém-nascidos, no momento do parto.

3. OBJETIVO GERAL

Avaliar preferências maternas durante o parto normal relacionado as posições evidenciadas.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar posições que proporcionam o maior número de lacerações;
- Descrever quais posições apresentam as maiores lacerações dentro do índice pré-estabelecido;
- Avaliar as posições maternas durante o parto normal e o desfecho neonatal.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, transversal, pela aplicação do instrumento de coleta semi-estruturado de forma retrospectiva no período de novembro/2018 a fevereiro/2019.

A população estudada, foi caracterizada pela apreciação dos seguintes dados: Idade materna; Paridade; Grupo étnico e Idade Gestacional (DUM/USG).

- As posições observadas no momento do parto, serão as seguintes:

- Litotômica (supina), “Lit”;
- Semi-sentada, “Semi”;
- Lateral (lateralizado), “Lat”;
- Sentada, “Sent”;
- Banqueta, “Bqt”;
- Joelhos, “Joe”;
- Cócoras, “Coc”;
- Banheira, “Ban”;
- Em Pé, “Pés”.

- Integridade do períneo: ¹⁷ .

- Períneo Integro (sem traumas ao períneo);
- 1º. Grau (pele do períneo e mucosa vaginal);
- 2º. Grau (planos muscular/levantador do anus);
- 3º. Grau (esfíncter anal);
- 4º. Grau (comprometimento retal); e
- Episiotomia (incisão realizada no períneo).

- Resultados Neonatais, Peso e Índice de apgar de: 1º. e 5º. Minuto:
Maior e igual à, 8 (Favorável);
Menor ou igual à 7 (Desfavorável).

Itens avaliados após o nascimento, onde cada um destes, receberão notas de 0 à 2, podendo totalizar o número de 10 :

1. Cor da Pele;
2. Irritabilidade Reflexa;
3. Pulsação Arterial;
4. Atividade (tônus muscular);
5. Esforço Respiratório.

4.2. Local do estudo

A pesquisa foi no Hospital Escola Maternidade Municipal Dr. Mario de Moraes Altenfelder Silva (Hospital Maternidade Vila Nova Cachoeirinha), localizado na zona norte da capital na: Avenida Dep. Emilio Carlos, 3100, Vila Nova Cachoeirinha - São Paulo/ SP. CEP: 02720-200.

4.3. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada seguindo os seguintes critérios:

- Coleta de dados em livros estatísticos disponíveis na unidade;
- Avaliação de prontuários, caso necessite de dados complementares.

4.4. População, amostra, critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de Inclusão:

1) Todas as pacientes atendidas no centro de parto humanizado no período novembro/2018 a fevereiro/2019.

Critérios de exclusão:

1) Todas as puérperas que não receberam cuidados do parto em ambientes diferentes que não o centro de parto humanizado.

4.5. Pressupostos éticos

Todos os termos foram elaborados conforme a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto dessa pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santo Amaro – UNISA, localizada na Rua Professor Enéas de Siqueira Neto, nº 340, Jardim das Imbuías, São Paulo-SP, CEP: 04829-900, sendo a pesquisa teve seu início somente após aprovação do mesmo.

4.6. Análise Estatística

Para análise dos resultados foi aplicado o teste do quiquadrado, com o objetivo de comparar as frequências com que ocorreram as variáveis qualitativas observadas¹⁸.

Foi fixado em 0,05 até 5 % o nível de significância.

5. RESULTADOS

5.1. Qualificação da Amostra

A população assistida por esta instituição, apresenta uma grande diversidade de raças, onde os parâmetros estabelecidos para interpreta-las, foram os instituídos pelo Ministério da Saúde, no documento de coleta dados DNV (Declaração de Nascidos Vivos). A amostra apresentou a seguinte distribuição:

Tabela 1 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo grupo étnico auto declarada.

<i>Grupo Étnico</i>	<i>Frequência</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Branca</i>	325	41.8
<i>Parda</i>	352	45.3
<i>Preta</i>	68	8.8
<i>Indígena</i>	31	4.0
<i>Amarela</i>	1	0.1
<i>Total</i>	<i>777</i>	<i>100,0</i>

Notamos através da coleta, uma grande proximidade entre as raças branca e parda, vale ressaltar, que o instrumento determina que o entrevistador anote exatamente o que for declarado pela mãe, proporcionando assim, liberdade de interpretação da mesma, auto declaração da raça.

Quanto a variável idade materna, foram realizados cortes a cada cinco anos de vida, tendo seu início aos 10 anos idade, contemplando todas as pacientes assistidas pelo serviço, o máximo da idade apresentada foi 46 anos, segue abaixo tabela com quantidade numérica e seus respectivos percentuais.

Vale ressaltar nessa amostra, que na observação direta dos dados, notamos que dentre os períodos analisados, o que mais apresentou gestações, foi o intervalo entre vinte e vinte e quatro anos de idade, onde encontramos duzentas e cinquenta e duas mulheres, perfazendo um percentual de 32.40 % do total geral da amostra.

Na tabela seguinte, temos números exatos e percentuais nas diversas idades maternas encontradas no momento do parto, realizado o teste do quiquadrado, onde os resultados são discutidos a seguir.

Tabela 2 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo idade cronológica puépera dentro de intervalo proposto.

Grupo Etário	Frequência	
	N	%
< 15	4	0,5
15 □ 19	118	15,2
20 □ 24	252	32,4
25 □ 29	191	24,6
30 □ 34	136	17,5
35 □ 39	60	7,8
40 □ 44	15	2,0
45 >	1	0,1
Total	777	100,0

Teste quiquadrado para uma amostra.

χ^2 calculado = 625,8 (p=0,0001)

20 □ 24 e 25 □ 29, com frequências observadas significativamente maior.

Idade Gestacional

A idade gestacional foi estabelecida segundo o método de Capurro, resultando em quatro períodos:

1. Menores que 35 semanas e 6 dias;
2. 36 a 37 semanas e 6 dias;
3. 38 a 41 semanas e 6 dias;
4. 42 semanas e mais.

A distribuição das frequências é apresentada na tabela 3.

Tabela 3 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo a idade gestacional da puérpera.

<i>Idade Gestacional</i>	<i>Frequência</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>≤ 35 sem. e 6 dias</i>	9	1.2
<i>36 □ 37 sem. e 6 dias</i>	87	11.3
<i>38 □ 41 sem. e 6 dias</i>	675	86.8
<i>42 sem. e mais.</i>	6	0.7
<i>Total</i>	<i>777</i>	<i>100,0</i>

5.2. Resultados e Análises

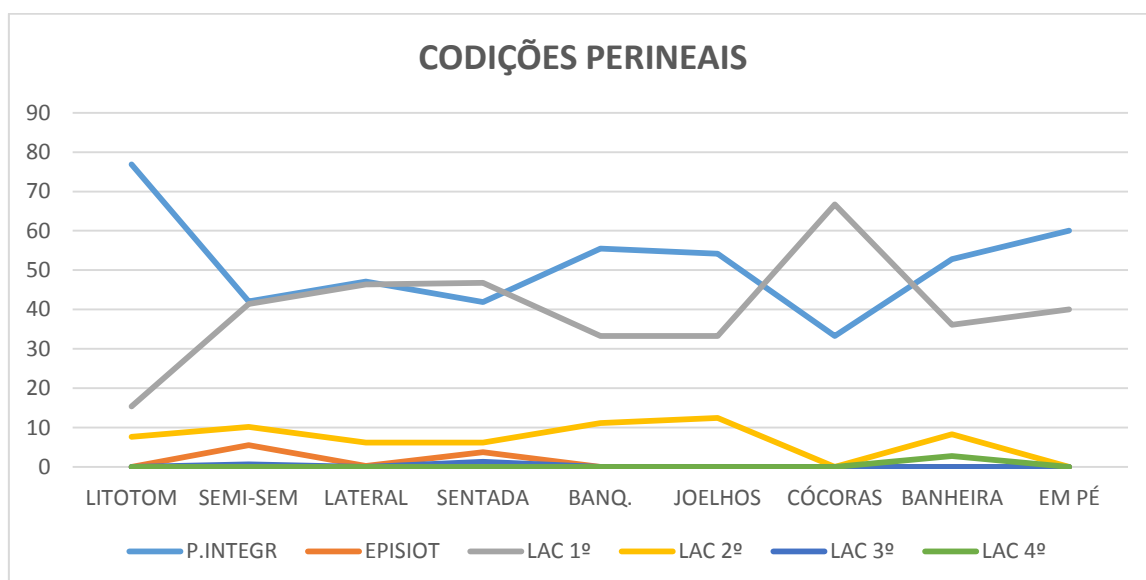
Na tabela a seguir, apresentamos uma visão geral das informações coletadas neste período, o número total de partos realizados neste serviço perfaz um total de 777 nascimentos, porém, na tabela a seguir que será analisados somente 760 casos, fato este, que ocorre devido a falta da informação constante em descrição do procedimento, impedindo assim, o identificação da posição estabelecida pela paciente no momento do parto, vale ressaltar que houve uma ocorrência de laceração de 3º grau em uma posição desconhecida, não sendo assim correlacionada.

Tabela 4 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado condições perineais/posição de parto normal.

<i>Posição do Parto Normal</i>		<i>Períneo Integro</i>		<i>Episio</i>		<i>Laceração 1 G.</i>		<i>Laceração 2 G.</i>		<i>Laceração 3 G.</i>		<i>Laceração 4 G.</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Litotômica</i>	13	10	76,9	0	0	2	15,4	1	7,7	0	0	0	0
<i>Semi- Sentada</i>	285	119	41,8	16	5,6	118	41,4	29	10,2	3	1,0	0	0
<i>Lateralizado</i>	289	136	47,1	1	0,3	134	46,4	18	6,2	0	0	0	0
<i>Sentado</i>	81	34	41,9	3	3,8	38	46,8	5	6,2	1	1,3	0	0
<i>Banqueta</i>	18	10	55,5	0	0	6	33,3	2	11,2	0	0	0	0
<i>Joelhos</i>	24	13	54,2	0	0	8	33,3	3	12,5	0	0	0	0
<i>Cócoras</i>	9	3	33,3	0	0	6	66,7	0	0	0	0	0	0
<i>Banheira</i>	36	19	52,8	0	0	13	36,1	3	8,3	0	0	1	2,8
<i>Em Pé</i>	5	3	60,0	0	0	2	40,0	0	0	0	0	0	0
Total	760	347	45,6	20	2,6	327	43,1	61	8,0	3	0,6	1	0,1

Na apresentação gráfica, teremos uma observação visual das condições encontradas atualmente, na interpretação dos dados, fica fácil notar, uma proximidade das lacerações de 3º, 4º graus e episiotomia, ficando próximo de 2% de todos os partos, uma média de 8% nos casos de lacerações de 2º grau, e nos casos de períneo íntegro e lacerações de 1ª grau, a média encontrada é pouco maior de 40%.

Gráfico 1 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado condições perineais/posição de parto normal.



A seguir analisaremos individualmente cada posição de parto e seus resultados perineais frente a posição materna no momento do nascimento, entendendo os valores esperados e os apresentados.

Episiotomia

No primeiro momento, analisando os dados relacionados ao uso de episiotomia, são observados alguns fatos antes não relatados, a utilização desta técnica se dá também em posições alternativas, sendo que algumas posições de conforto ou preferência materna não impedem a utilização deste recurso caso ela se faça necessária.

Nesta unidade é observada um baixo percentual de utilização deste recurso, tendo em vista que, neste período foram observados apenas 20 casos. Nas diversas posições analisadas, por sua vez, perfazem um número percentual de 2.6% de todos os partos, número este, muito abaixo do esperado e preconizado pelos departamentos reguladores.

Tabela 5 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que foram submetidas a episiotomia durante o parto.

<i>Posição do Parto Normal</i>		<i>Episiotomia</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Litotômica</i>	13	0	0
<i>Semi- Sentada</i>	285	16	5,6
<i>Lateralizado</i>	289	1	0,3
<i>Sentado</i>	81	3	3,8
<i>Banqueta</i>	18	0	0
<i>Joelhos</i>	24	0	0
<i>Cócoras</i>	9	0	0
<i>Banheira</i>	36	0	0
<i>Em Pé</i>	5	0	0
<i>Total</i>	760	20	2,6

Lacerações de 1º grau

Dentro das posições analisadas, traçamos a média percentual de ocorrência do fato, por sua vez, o esperado pode estar em aproximadamente 40% de lesões nos partos analisados, em todas as posições, exceto a posição de cócoras, ficaram visivelmente próximas deste valor, algumas pouco acima outras pouco abaixo, quando analisamos a posição de cócoras. Notamos um aumento nas lacerações desta posição, perfazendo um percentual de 66,7% dos casos, fato não apresenta preocupações, devido ao nível de gravidade das lacerações.

Tabela 6 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que apresentaram laceração de 1º grau durante o parto.

Posição do Parto Normal		Laceração 1 G.	
		N	%
Litotômica	13	2	15,4
Semi- Sentada	285	118	41,4
Lateralizado	289	134	46,4
Sentado	81	38	46,8
Banqueta	18	6	33,3
Joelhos	24	8	33,3
Cócoras	9	6	66,7
Banheira	36	13	36,1
Em Pé	5	2	40,0
Total		327	43,1

Lacerações de 2º grau

Quando traçamos uma média percentual para este tipo lesão, os níveis apresentaram-se conseqüentemente em queda, sua média encontrou-se em 7% dos partos analisados. Duas posições tiveram destaques, onde nelas, não houve nenhum caso deste nível de laceração, as posições que apresentaram este comportamento foram, em pé e cócoras.

Tabela 7 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que apresentaram laceração de 2º grau durante o parto.

Posição do Parto Normal		Laceração 2 G.	
		N	%
Litotômica	13	1	7,7
Semi- Sentada	285	29	10,2
Lateralizado	289	18	6,2
Sentado	81	5	6,2
Banqueta	18	2	11,2
Joelhos	24	3	12,5
Cócoras	9	0	0
Banheira	36	3	8,3
Em Pé	5	0	0
Total	760	61	8,0

Lacerações de 3º e 4º grau

Dentre os níveis de lesão perineal, os dois tipos de lacerações descritas a seguir, fazem parte dos traumas de parto que deveriam ser evitados, devido as consequências que poderão advir na vida da mulher após o parto. As lacerações de 3º e 4º são consideradas graves, ocorrendo em torno de 5% a 6% de todas as lesões²¹.

No período analisado, encontramos apenas 5 casos, sendo 4 casos de laceração de 3º grau e 1 caso de laceração de 4º grau, as lacerações de 3º grau aconteceram nas seguintes posições, 1 caso na posição sentada e 3 casos na posição semi-sentada. Já a de laceração de 4º grau, aconteceu em um parto na banheira. Em valores percentuais, os 5 casos representam 0,7% de todos os analisados. Individualmente as lacerações de 3º grau representa 0,6% do casos e subsequentemente 4º grau, 0,1% dos casos.

Tabela 8 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que apresentaram laceração de 3º ou 4º grau durante o parto.

Posição do Parto Normal		Laceração 3 G.		Laceração 4 G.	
		N	%	N	%
Litotômica	13	0	0	0	0
Semi- Sentada	285	3	1,0	0	0
Lateralizado	289	0	0	0	0
Sentado	81	1	1,3	0	0
Banqueta	18	0	0	0	0
Joelhos	24	0	0	0	0
Cócoras	9	0	0	0	0
Banheira	36	0	0	1	2,8
Em Pé	5	0	0	0	0
Total	760	4	0,6	1	0,1

Períneo Integro:

Constatamos um alto índice de partos dentro do padrão considerado alvo. Os valores encontrados representam em sua totalidade mais de 45% dos partos, perfazem um número real de 348 nascimentos. As posições consideradas de conforto se comportaram dentro da média. Algumas posições tiveram destaque, atingindo mais de 50% de períneos íntegros, são elas: em pé, banheira, joelhos, banqueteta e litotômica.

Tabela 9 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado que apresentaram períneo íntegro durante o parto.

<i>Posição do Parto Normal</i>		<i>Períneo Integro</i>	
		<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Litotômica</i>	13	10	76,9
<i>Semi- Sentada</i>	285	119	41,8
<i>Lateralizado</i>	289	136	47,1
<i>Sentado</i>	81	34	41,9
<i>Banqueta</i>	18	10	55,5
<i>Joelhos</i>	24	13	54,2
<i>Cócoras</i>	9	3	33,3
<i>Banheira</i>	36	19	52,8
<i>Em Pé</i>	5	3	60,0
Total	760	347	45,6

Ao realizar o teste do quiquadrado, os resultados não apresentaram diferença significativa.

As tabelas abaixo apresentarão os dados e os resultados obtidos.

Tabela 10 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Períneo Normal X Períneo Alterado.

Posição do Parto Normal	Períneo Normal	Períneo Alterado	Total	% Alterado
Litotômica	10	3	13	30,0
Semi – Sentada	119	166	285	57,9
Lateralizado	136	153	289	52,9
Sentado	34	47	81	58,0
Banqueta	10	8	18	44,4
Joelhos	13	11	24	45,8
Cócoras	3	6	9	66,7
Banheira	19	17	36	47,2
Em Pé	3	2	5	40,0
Total	348	412	760	54,2

Teste do Quiquadrado.

χ^2 calculado =10,34 (p=0,2420)

Não Significante.

Tabela 11 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Períneo Íntegro X Laceração de 1º grau.

<i>Posição do Parto Normal</i>	<i>Períneo Integro</i>	<i>Laceração 1 G.</i>	<i>Total</i>	<i>% 1º. Grau</i>
<i>Litotômica</i>	10	2	12	16,7
<i>Semi – Sentada</i>	119	118	237	49,6
<i>Lateralizado</i>	136	134	270	49,6
<i>Sentado</i>	34	38	72	52,8
<i>Banqueta</i>	10	6	16	37,5
<i>Joelhos</i>	13	8	21	38,1
<i>Cócoras</i>	3	6	9	66,7
<i>Banheira</i>	19	13	32	40,6
<i>Em Pé</i>	3	2	5	40,0
Total	348	327	675	48,4

Teste do quiquadrado.

χ^2 calculado = 9,46 (p=0,3050).

Não Significante.

Buscando explicar possíveis fatores que pudessem direcionar a causas das lacerações, foram feitos novos cruzamentos utilizando situações diferentes das já analisadas.

Ao analisarmos a altura uterina e os resultados perineais, nos deparamos com uma situação onde as lacerações ocorrem de forma a não ter relação direta, por sua vez, a maiores lacerações ocorreram em alturas consideradas normais.

Tabela 12 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Altura Uterina X Condições Perineais.

<i>Altura Uterina</i>	<i>Períneo Integro</i>	<i>Episiotomia</i>	<i>Laceração 1 G.</i>	<i>Laceração 2 G.</i>	<i>Laceração 3 G.</i>	<i>Laceração 4 G.</i>	
21	1	0 0 %	0 0 %	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
25	1	0 0 %	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
26	2	1 50,0 %	0 0 %	1 50,0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
27	2	1 50,0 %	0 0 %	1 50,0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
28	5	2 40,0 %	0 0 %	3 60,0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
29	8	6 75,0 %	1 12,5 %	1 12,5 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
30	14	10 71,4 %	0 0 %	4 28,6 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
31	19	7 36,8 %	1 5,3 %	9 47,4 %	2 10,5 %	0 0 %	0 0 %
32	69	36 52,2 %	4 5,8 %	25 36,2 %	4 5,8 %	0 0 %	0 0 %
33	129	58 45,2 %	4 3,3 %	60 46,7 %	5 4,0 %	1 0,8 %	0 0 %
34	233	98 42,1 %	6 2,6 %	103 44,2 %	25 10,7 %	1 0,4 %	0 0 %
35	159	74 46,5 %	3 1,9 %	70 44,0 %	9 5,7 %	2 1,3 %	1 0,6 %
36	43	24 55,8 %	0 0 %	12 27,9 %	7 16,3 %	0 0 %	0 0 %
37	14	6 42,9 %	0 0 %	5 35,7 %	3 21,4 %	0 0 %	0 0 %
38	3	2 66,7 %	0 0 %	1 33,3 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
39	1	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
40	1	0 0 %	0 0 %	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
<i>Com = AU</i>		326	20	297	55	4	1
Total							703
<i>Sem = AU</i>		33	0	35	5	1	0
Total							74
Total Geral							777

Segundo os resultados encontrados dentro da análise dos perímetro cefálico/resultados perineais, mais uma vez o fato da normalidade se repetiu, onde a incidência de maiores lacerações ocorrem em valores de normalidade, não apresentando assim relação direta com as maiores circunferências.

Tabela 13 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Perímetro Cefálico X Condições Perineais.

<i>Perímetro Cefálico</i>	<i>Períneo Integro</i>	<i>Episiotomia</i>	<i>Laceração 1 G.</i>	<i>Laceração 2 G.</i>	<i>Laceração 3 G.</i>	<i>Laceração 4 G.</i>
29	2	0	2	0	0	0
30	2	0	2	0	0	0
30,5	0	0	1	0	0	0
31	12	2	5	1	0	0
31,5	3	0	4	0	0	0
32	65	4	59	9	0	0
32,5	10	1	8	2	0	0
33	73	4	85	11	2	0
33,5	15	0	11	4	0	0
34	95	6	77	18	2	0
34,5	13	0	14	1	0	0
35	40	3	38	8	1	1
35,5	10	0	8	0	0	0
36	13	0	13	5	0	0
36,5	1	0	0	0	0	0
37	4	0	1	0	0	0
37,5	0	0	0	1	0	0
39	0	0	1	0	0	0
<i>Sem Dados</i>	2	0	2	0	0	0
<i>Total</i>	360	20	331	60	5	1
<i>Total Geral</i>						777

Ao cruzar os dados paridade/condições perineais, nos deparamos com o seguinte resultado, a ocorrência lacerações de 3º. e 4º. grau se deu em parturientes nulíparas e primíparas, sendo dividido em 3º. grau 2 ocorrências em nulíparas e 3 casos primíparas, já a única laceração de 4º. grau, se deu em nulípara.

Tabela 14 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Paridade X Condições Perineais.

Paridade	Períneo Integro		Episiotomia		Laceração 1 G.		Laceração 2 G.		Laceração 3 G.		Laceração 4 G.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	56	7,2	14	1,8	139	18,0	30	3,9	2	0,2	1	0,1
1	112	14,4	6	0,8	119	15,3	22	2,8	3	0,4	0	0
2	94	12,1	0	0	48	6,2	8	1,0	0	0	0	0
3	52	6,7	0	0	18	2,3	1	0,1	0	0	0	0
4 ou +	45	5,8	0	0	7	0,9	0	0	0	0	0	0
Total	359	46,2	20	2,6	331	42,7	61	7,8	5	0,6	1	0,1

No momento em que analisamos peso ao nascer/condições perineais notamos que o único caso de laceração de 4º. grau, ocorreu isoladamente com um peso superior a 4.000 g, fato este que por si só, não corresponde a preocupações.

Vale ressaltar que o número analisado difere dos anteriormente apresentados, o fato se dá, devido ao nascimento de gêmeos, desta forma, a quantidade total deixa de ser 777 casos e passa a ser 778 recém-nascidos.

Tabela 15 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação Peso ao Nascer X Condições Perineais.

Peso ao Nascer	Períneo Integro		Episiotomia		Laceração 1 G.		Laceração 2 G.		Laceração 3 G.		Laceração 4 G.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 2499 g	19	2,44	0	0	15	1,9	12	1,5	0	0	0	0
2500 à 3999 g	330	42,5	20	2,6	306	39,4	46	5,9	5	0,6	0	0
≥ 4000 g	11	1,4	0	0	10	1,3	3	0,4	0	0	1	0,1
Total	360	46,3	20	2,6	331	42,6	61	7,8	5	0,6	1	0,1
Total Geral												778

Índice de Apgar

Ao realizar o cruzamento de dados entre as posições de parto e resultados apresentados pelos recém nascidos segundo ao índice de apgar, as análises foram divididas em primeiros e quinto minuto, sendo, favorável ou desfavorável. Em 1º minuto, 752 nascimentos tiveram índices favoráveis, apenas 8 nascimentos receberam notas desfavoráveis, já no 5º minuto, todos os 760 nascimentos analisados, apresentaram índices favoráveis, os 8 casos onde as notas de 1º minuto foram baixas, recuperaram no 5º minuto.

Nenhum do 760 nascimentos, necessitou de encaminhamento para a UTI-neonatal, recebendo alta para alojamento conjunto, juntamente com sua mãe, permitindo assim, o contato direto entre o binômio.

Tabela 16 – Mulheres atendidas no serviço de parto humanizado segundo avaliação índice de apgar/posição de parto normal.

<i>Posição do Parto Normal</i>	<i>Apgar 1º Minuto Favorável.</i>	<i>Apgar 1º Minuto Desfavorável.</i>	<i>Apgar 5º Minuto Favorável.</i>	<i>Apgar 5º Minuto Desfavorável.</i>	<i>Total</i>
<i>Litotômica</i>	13	0	13	0	13
<i>Semi – Sentada</i>	279	6	285	0	285
<i>Lateralizado</i>	288	1	289	0	289
<i>Sentado</i>	81	0	81	0	81
<i>Banqueta</i>	18	0	18	0	18
<i>Joelhos</i>	23	1	24	0	24
<i>Cócoras</i>	9	0	9	0	9
<i>Banheira</i>	36	0	36	0	36
<i>Em Pé</i>	5	0	5	0	5
<i>Total por condição Apgar</i>	752	8	760	0	760

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Não existem evidências confiáveis que o uso liberado ou rotineiro da episiotomia tenha consequências benéficas, mas também não há evidências claras que o seu uso poderá causar danos, no entanto recomendasse que o seu uso, seja após avaliação criteriosa da sua necessidade. Complementa-se que os sinais de sofrimento fetal, a progressão insuficiente do parto e a ameaça de laceração de 3º grau e em casos de laceração de 3º grau em partos anteriores, estes fatos podem ser indicadores para sua realização¹⁹. Nesta unidade, a utilização de Episiotomia tem um índice inferior a 3%, desta forma seu está muito abaixo do recomendado, em comparação com trabalhos encontrados, notamos números invejáveis.

Vale ressaltar que a meta considerada razoável pela OMS, estaria em 10% dos partos vaginais. Diversos países tem considerado políticas restritivas para o seu uso, Nos EUA, houve uma queda significativa do ano de 2006 para o ano de 2012, onde os números era de 17.3% decresceu para 11.6%²⁰.

A vagina, o períneo e a região anorretal, incluindo os esfíncteres anais devem ser examinados para a identificação e reparação de possíveis lacerações decorrentes do parto normal. E que as lacerações sejam devidamente identificadas e classificadas, segundo a sua extensão e profundidade para o adequado manejo cirúrgico subsequente. As lesões sejam elas visíveis ou ocultas do complexo do esfíncter anal, podem ocorrer após um parto sem complicações, sendo ela a principal causa da incontinência fecal ou anal²².

Revisões atuais, confirmam que as lacerações perineais de 1º e 2º, são frequentes, não sendo consideradas complicações obstétricas²¹.

Quando analisamos os resultados relativos as lacerações, sejam elas 1º ou 2º graus, ficou claro que as posições consideradas alternativas (posição esta, que respeita o desejo e a vontade da mãe e proporciona conforto no momento do parto), seguiram o mesmo índice apresentados nas posições consideradas tradicionais, os percentuais mostraram pequenas variações sendo ela para mais ou para menos dentro do valor médio.

Quando encontramos lacerações apenas nos dois primeiros níveis, temos o entendimento que a assistência ofertada pela equipe, foi corretamente aplicada, segundo a literatura. Compreendemos que este tipo de laceração não deve ser entendido como traumas do parto.

Ao analisarmos as lacerações de 2º. grau, as ocorrências deste grupo, tem números inferiores aos casos encontrados nas lacerações anteriormente analisadas. Por sua vez, o nível de importância segue no mesmo índice aplicado as lacerações de primeiro grau.

Os números percentuais encontrados nos casos de laceração de segundo grau, são igualmente inferiores aos de primeiro grau, valor este esperado, uma vez que níveis maiores índices, representam maior comprometimento dos tecidos lesados.

Dentro dos níveis de lacerações de 1º grau, a posição de cócoras apresentou destaque, sendo assim a que mais proporcionou lesões desta categoria entre as posições analisadas, número este totalmente contrário aos analisados nas lacerações de segundo grau, onde o valor encontrado foi inversamente favoráveis, apresentando zero casos na posição analisada.

Por sua vez, as lacerações de 3º. e 4º. Grau deverão ser analisadas diferentes. Dentre os níveis de lesão perineal, os dois tipos de lacerações descritas a seguir, fazem parte dos traumas de parto que deveriam ser evitados, devido as consequências que poderão advir na vida da mulher após o parto. As lacerações de 3º e 4º são consideradas graves, ocorrendo em torno de 5% a 6% de todas as lesões²¹.

No período analisado, encontramos apenas 5 casos, sendo 4 casos de laceração de 3º grau e 1 caso de laceração de 4º grau, as lacerações de 3º grau aconteceram nas seguintes posições, 1 caso na posição sentada e 3 casos na posição semi-sentada. Já a de laceração de 4º grau, aconteceu em um parto na banheira. Em valores percentuais, os 5 casos representam 0,7% de todos os analisados. Individualmente as lacerações de 3º grau representa 0,6% do casos e subsequentemente 4º grau, 0,1% dos casos.

No momento do parto, todos os trabalhos se voltam para que resultado após o mesmo seja o melhor possível, proporcionando uma experiência favorável e benéfica para o binômio, relativo as condições perineais, o “períneo íntegro” e sempre a condição considerada de maior sucesso, este episódio será constatado sempre que após o nascimento não houver traumas perineais a parturiente.

Importante ressaltar que a presença de uma laceração, independente dos níveis ou a necessidade da realização de uma episiotomia não significa que o parto possa ser considerado traumático, ou que a assistência não tenha sido a correta, existem peculiaridades no momento da evolução do trabalho de parto e parto de difícil avaliação e que impedem a conclusão correta de certos procedimentos, porém o respeito e a assistência prestada durante após o parto, será o divisor para o resultado favorável do ocorrido.

Tendo em vista que houve uma única laceração de 4º. grau dentro de toda a amostra levantada, analisamos separadamente esta ocorrência, 3 fatos chamaram a atenção para o caso, trata-se de uma primigesta, onde o parto ocorreu na posição de banheira e o recém-nascido pesando mais de 4.000 g peso. Apesar deste dados, trata-se de um único caso, dificultando então, determinar causas para tal fato.

7. CONCLUSÕES

1) Conclui-se que no parto normal a preferência materna predominou nas posições verticais direcionadas para as lateralizadas e semi-sentada, com redução na presença de episiotomia e maior prevalência de laceração de grau 1 dentre as posições predominantes.

2) Independente da posição utilizada durante o parto normal, as grandes lacerações ocorrem em casos esporádicos, não podendo assim, relacioná-los com as posições adotadas pela mãe no momento do parto.

3) A quantidade de lacerações seguem uma média geral, onde em alguns casos notamos a presença de lacerações de 3º e 4º grau, número não preocupante, não podemos determinar que a posição de parto utilizada seja a responsável por tal fato.

4) Quando avaliamos os dados perinatal não encontramos resultados desfavoráveis, todos os partos realizados no período analisado apresentaram índice de apgar em 5 minuto superior a 8, não necessitando assim, recursos da UTI-neonatal, e por sua vez, permanecendo em contato com a mãe e sendo encaminhados para a alojamento conjunto.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHBM. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 June [cited 2018 June 21]; 45(3):557-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300002>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
4. Oliveira ZMLP, Madeira AMF. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev. esc. Enferm. USP* [Internet]. 2002 [citado 2018 jun. 21];36(2):133-40.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il.
6. Briquet R. *Obstetrícia normal*. 2a ed. São Paulo: Brasil; 1970.
7. Pereira ALF, Nagipe SFSA, Lima GPV, Nascimento SD, Gouveia MSF. Cuidados e resultados da assistência na sala de relaxamento de uma maternidade pública. *Texto & contexto enferm* [Internet] 2018; [citado 2018 maio 03];21(3):566-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300011&lng=en&nrm=iso. access on 03 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300011>.
8. Niy DY, Oliveira VC, Oliveira LR, Alonso BD, Diniz CSG. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes?: resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. *Interface (Botucatu, Online)* [Internet] 2019; [citado 2019 set. 23];23:e180074. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100236&lng=en&nrm=iso.
9. 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*; 11(supl.2): 932-940, fev.2017. *ilus, tab* Artigo em Português | BDEF - Enfermagem | ID: bde-3086.

10. Souza AB, Silva LC, Alves RN, Alarcão ACJ. Fatores associados a ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. ciênc. méd [Internet]* 2017; [citado 2019 set. 23]; 25(3):115-28. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3641/2486>.
11. Silva L, Silva MP, Soares PCM, Ferreira QTM. Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. 2007; 35(2):101-6.
12. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface (Botucatu, Online) [Internet]* 2017 [citado 2018 maio 13];21(60):209-20. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100209&lng=en&nrm=iso>.
13. Gayeski ME, Brüggemann OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2009 mar-abr. [cited 2018 June 21]; 17(2):153-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003&lng=en.
14. Baracho SM, Figueiredo EM, Silva LB, Cangussu ICAG, Pinto DN, Souza ELBL et al . Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]*. 2009 dec [cited 2018 June 22]; 9(4):409-14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400004&lng=en.
15. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]* 2006 set [citado 2019 set. 23];40(3):389-95. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000300011&lng=en&nrm=iso>.
16. Gayeski ME, Brüggemann OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2009 Apr [cited 2018 Aug 19];17(2): 153-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003&lng=en.
17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL et al. *Williams obstetrícia*. 20 a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
18. Siegel S, Castellan Jr NJ. *Estatística não paramétrica para ciência do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
19. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]* 2005 sept. [citado 2019 sept. 23];39(3):288-95. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300006&lng=en&nrm=iso

20. Monguilhott JJC, Buggemann OM, Freitas PF, D'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2019 aug. 13];52(1):1-11. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100200&lng=en&nrm=iso>.

21. Polido CBA, Polido Jr A. Prevenção de laceração perineal. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Urbanetz AA, Luz SH, organizadores. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 15. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 131-51. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).