

RELAÇÃO ENTRE POSIÇÃO ADOTADA PELA MULHER NO PARTO, INTEGRIDADE PERINEAL E VITALIDADE DO RECÉM-NASCIDO

RELATIONSHIP BETWEEN DELIVERY POSITIONS AND PERINEAL OUTCOME
AND NEWBORN VITALITY

RELACIÓN ENTRE POSICIÓN ADOPTADA POR LA MUJER EN EL PARTO,
INTEGRIDAD PERINEAL Y VITALIDAD DEL RECIÉN NACIDO

Ricardo José Oliveira Mouta^I
Diva Thereza dos Santos Pilotto^{II}
Octavio Muniz da Costa Vargens^{III}
Jane Márcia Progianti^{IV}

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar os partos assistidos por enfermeiras obstétricas, relacionando a posição da cliente adotada para o parto com a preservação perineal e a vitalidade dos recém-nascidos, em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, em 2005. Constituiu-se em estudo observacional descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise documental. Foram analisados os registros de 1715 partos assistidos por enfermeiras obstétricas nessa instituição. Os resultados mostraram que a escolha da posição vertical pelas parturientes nos partos, assistidos por enfermeiras obstétricas, resultou em índice menor de episiotomia. As lacerações perineais, quando ocorreram, foram em sua maioria de primeiro grau. Nesses partos, o escore de Apgar no primeiro e quinto minutos foram sempre superiores a sete. O atendimento realizado pelas enfermeiras obstétricas na instituição, oportunizando a posição vertical, evidencia uma atitude menos intervencionista que protege a integridade da mulher.

Palavras-Chave: Enfermagem obstétrica; episiotomia; parto; saúde reprodutiva.

ABSTRACT: The aim of this study was to analyze childbirth assisted by obstetric nurses at a governmental hospital in Rio de Janeiro in 2005, relating delivery positions adopted to preserve the perineum and newborn vitality. It is a descriptive, observational study with a quantitative approach, performed from documentary analysis. The records of 1715 childbirths accompanied by obstetric nurses at the hospital were examined. The results revealed that the vertical position, when chosen by the parturient herself for delivery assisted by obstetric nurses, led to lesser rates of episiotomy. Perineal trauma, when it did occur, was mostly first degree. Apgar scores in the first and fifth minutes were always higher than seven. The care given by obstetric nurses at this institution, which affords women a chance to choose the vertical position, points to a less interventionist attitude which safeguards women's integrity.

Keywords: Obstetric nursing; episiotomy; childbirth; reproductive health

RESUMEN: El objetivo del estudio fue analizar los partos asistidos por enfermeras obstétricas, relacionando la posición adoptada para el parto con la preservación perineal y la vitalidad de los recién nacidos, en una maternidad pública en municipio de Rio de Janeiro-Brasil, en 2005. Se constituyó en estudio observacional descriptivo, con abordaje cuantitativo, desarrollado a partir del análisis documental. Fueron analizados los registros de 1715 partos asistidos por enfermeras obstétricas en esa institución. Los resultados mostraron que la opción de la posición vertical por las parturientes en los partos asistidos por las enfermeras obstétricas resultó en un índice menor de episiotomía. Las laceraciones perineales, cuando ocurrieran, fueron en su mayoría de primer grado. En esos partos, el escore de Apgar en el primero y en el quinto minutos fueron siempre superiores a siete. La asistencia realizada por las enfermeras obstétricas en la institución, permitiendo la adopción de la posición vertical, evidencia una actitud menos intervencionista que protege la integridad de la mujer.

Palabras Clave: Enfermería obstétrica; episiotomía; parto; salud reproductiva.

INTRODUÇÃO

É observado em países ocidentais que fatores culturais aliados à falta de evidências científicas fazem com que as gestantes permaneçam, na maior parte do trabalho de parto, em posição horizontal. Perma-

necer nessa posição por longo tempo favorece a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero, dificultando as trocas gasosas entre mãe e feto, e diminuindo a efetividade das contrações uterinas. Con-

^I Enfermeiro Obstetra; Aluno do Programa de Pós-Graduação – Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro/RJ, Brasil. E-mail: ricardomouta@hotmail.com.

^{II} Enfermeira Obstétrica do Hospital Universitário Antonio Pedro da UFF; Aluna do Programa de Pós-Graduação – Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

^{III} Enfermeiro Obstetra; Doutor em Enfermagem; Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Líder do Grupo de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência em Saúde e Enfermagem – Rio de Janeiro/ RJ, Brasil.

^{IV} Enfermeira Obstétrica; Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Vice-Líder do Grupo de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência em Saúde e Enfermagem - Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

tribui também para tornar esse parto mais longo, levando assim ao maior número de intervenções obstétricas e aumentando a dor¹.

Durante o parto, é imprescindível que a contração uterina seja eficiente, que ocorra um encaixe adequado do feto e que haja possibilidade de boa mobilidade pélvica. A posição materna é um quarto fator que complementa os anteriores. Associa-se com os fatores anteriormente citados, acrescentando o efeito da força de gravidade. Dependendo da posição adotada, pode haver vantagem ou desvantagem no mecanismo do trabalho de parto por alterar o efeito da gravidade e sua relação com as partes do corpo que são importantes para a progressão do trabalho de parto¹. Desse modo, a permanência da mulher na posição horizontal, imposta pelo modelo assistencial implantado nos hospitais, constitui uma limitação importante da liberdade corporal, considerada essencial para o bom desenvolvimento do parto².

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar os partos assistidos por enfermeiras obstétricas, relacionando a posição adotada para o parto com a preservação perineal e a vitalidade dos recém-nascidos, em uma maternidade pública, no município do Rio de Janeiro no ano de 2005.

REFERENCIAL TEÓRICO

Estudos feitos internacionalmente demonstram a diferença da atuação das enfermeiras obstétricas, no que diz respeito às intervenções no parto, que são realizadas em menor proporção. Essas diferenças são explicadas devido ao enfoque que essas profissionais utilizam no cuidado às gestantes, enfatizando os aspectos educacionais e psicológicos, encorajando essas mulheres no exercício de novas práticas³⁻⁶.

Na década de 60 e 70, foram publicados poucos estudos que avaliassem os efeitos das posições adotadas no parto, tanto para a mulher como para o recém-nascido. Nos anos 80, os estudos faziam comparações entre as posições vertical e horizontal, relacionando-as com a atividade uterina, com a duração do trabalho de parto, tipos de parto, intervenções obstétricas e vitalidade fetal⁷.

A partir da década de 90, talvez pela necessidade de humanizar o nascimento, começaram a surgir trabalhos com enfoque na percepção da mulher quanto às diferentes posições, principalmente em relação à dor⁸.

No modelo⁹ humanizado de assistência ao parto e nascimento, muito vem se discutindo sobre a melhor posição para os partos, de modo a favorecer a mulher e

o bebê. Segundo as recomendações da OMS¹⁰, as mulheres devem adotar posições que lhe agradem, devendo ser estimuladas por profissionais capacitados e que acompanhem partos em outras posições, além da tradicional (decúbito dorsal horizontal).

É consenso geral, entre os profissionais que aderiram aos princípios da humanização, que as vantagens das posições verticalizadas estão nas evidências de menor desconforto e dificuldade dos puxos, diminuição das lacerações vaginais ou perineais, diminuição das dores e do período expulsivo que reduzem a asfixia neonatal^{11,12}. Tais convicções estão de acordo com a OMS¹⁰ que ainda acrescenta a observação de que em alguns estudos houve menos escores de Apgar abaixo de sete. Cada vez mais, na prática cotidiana das enfermeiras obstétricas, a mulher vem adquirindo liberdade de expressão corporal. Tal fato evidencia o reconhecimento deste conjunto de vantagens divulgado sobre a posição vertical. Assim, uma vez oferecida a oportunidade, as mulheres escolhem a posição que desejam além do decúbito dorsal.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo observacional, de cunho descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando análise documental. O campo foi uma maternidade de administração pública municipal, situada na cidade do Rio de Janeiro. Nessa maternidade, há espaços que permitem privacidade no pré-parto, acompanhante no trabalho de parto, parto normal e puerpério e conta com enfermeiras obstétricas no acompanhamento dos partos de baixo risco.

O universo do estudo é composto de 3540 partos normais realizados nessa maternidade, no ano de 2005. A coleta dos dados foi realizada no período de abril a maio de 2006. Deu-se por meio de um banco de informações desenvolvido a partir dos livros de registro dos partos normais da maternidade em questão, no ano de 2005. Durante esse período, foram realizados 1764 partos assistidos por enfermeiras obstétricas. Ressalta-se que alguns dados foram computados como *ignorados*, pois a descrição não constava nos livros de registros de partos utilizados.

Consideraram-se as seguintes variáveis: posições utilizadas pelas clientes no parto, incidência de episiotomia, ocorrência de lacerações e seus graus, índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida dos recém-nascidos.

Considerando os critérios de exclusão, dos 1764 assistidos por enfermeiras obstétricas, 49 foram

registrados como *parto no leito* e por essa razão foram excluídos da amostra. Assim, o estudo analisou os registros de 1715 partos. Entre os registros de 1715 partos acompanhados por enfermeiras obstétricas, verificou-se que 21 resultaram em *feto morto*. Assim, a análise relacionada à vitalidade do recém-nascido foi feita em registros de 1694 partos.

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando métodos tabulares através do estudo das frequências absolutas e relativas percentuais, no qual foi utilizado o software Excel 2003.

O estudo seguiu os princípios éticos, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Posições dos Partos e sua Relação com a Episiotomia e as Lacerações Perineais

As posições verticais e horizontais foram as mais adotadas pelas mulheres nos partos assistidos por enfermeiros obstetras nessa unidade. No período estudado, nos 1715 (100%) partos analisados, verificou-se que as posições verticais foram adotadas em 867 (50,6%) partos e as horizontais, em 502 (29,3%). Em 346 (20,2%) partos, as posições foram registradas como ignoradas.

Observou-se que em 963 (70,9%) partos não foi realizada a episiotomia, conforme demonstra a Tabela 1. Ao se analisar somente os 862 (63,4%) partos ocorridos na posição vertical, verificou-se que em 610 (44,9%) não foi feita a episiotomia. Entre os 497 (36,6%) partos que aconteceram na posição horizontal, 353 (26,0%) foram sem episiotomia.

A episiotomia, classificada pela OMS como uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado, é a incisão do orifício vulvar, com indicação obstétrica, sendo seu objetivo impedir ou minorar o trauma dos tecidos do canal de parto. Durante o procedimento, além da pele e da mucosa, são ha-

bitualmente seccionados os músculos transversos superficiais do períneo e o bulbocavernoso^{13,14}. As suas indicações são reservadas para as seguintes situações: prematuridade, períneo pouco distensível, exaustão materna, uso de fórceps ou vácuo extração, sofrimento fetal agudo, apresentação pélvica e quase sempre é indispensável nas primíparas e nas múltiparas que tenham sido submetidas ao mesmo procedimento anteriormente¹⁰⁻¹².

Embora seja prática muito freqüente na assistência ao parto hospitalar, seu uso é recomendado no máximo entre 15 e 30% dos partos, ou menos. Não há, portanto, justificativa para uso rotineiro, pois não traz benefícios para a mãe nem para o bebê. Ao contrário, traz desconforto e dor no local, além de rigidez no períneo quando é feita diversas vezes, como acontece com as múltiparas¹⁵.

Acompanhar partos na posição vertical requer dos profissionais cuidados específicos em relação à proteção perineal, de modo a evitar a episiotomia ou a laceração.

Em relação ao ambiente do parto, entende-se que o hospital, de um modo geral, é um local onde a mulher é privada de sua vontade, até mesmo de escolher qual a posição mais confortável para seu parto. É onde o modelo tecnocrata de assistência é hegemônico, e que a autoridade máxima dos saberes é reconhecida pela mulher como sendo da equipe de saúde ou do médico. No intuito de amenizar esse quadro, alguns hospitais, seguindo a orientação da OMS¹⁰, têm se esforçado na tentativa de implementar espaços que favoreçam práticas menos intervencionistas¹⁵⁻¹⁹.

Em 858 (63,2%) clientes não ocorreu nenhum tipo de laceração. As lacerações de 1º grau aconteceram em 457 (33,7%) partos, e as de 2º grau em 42 (3,1%) partos. Considerando-se apenas os 861 partos que aconteceram na posição vertical, verificou-se que em 330 (24,3%) houve laceração de 1º grau, em 32 (2,4%) aconteceu laceração de 2º grau e em 499 (36,8%) não houve laceração. Ver Tabela 2.

Tabela 1: Distribuição da freqüência da realização de episiotomia nos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas em relação à posição no parto.

Posição no Parto	Realizada Episiotomia		Não Realizada Episiotomia		Total de Partos	
	f	%	f	%	f	%
Horizontal	144	10,6	353	26,0	497	36,6
Vertical	252	18,5	610	44,9	862	63,4
Total	396	29,1	963	70,9	1359	100,0

Tabela 2: Distribuição da frequência das lacerações perineais nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas em relação à posição no parto.

Posição no Parto	Laceração de 1º Grau		Laceração de 2º Grau		Sem Laceração		Total de Partos	
	f	%	f	%	f	%	f	%
	Horizontal	127	9,4	10	0,7	359	26,5	496
Vertical	330	24,3	32	2,4	499	36,8	861	63,4
Total	457	33,7	42	3,1	858	63,2	1357	100,0

Da mesma forma, analisando apenas os 496 partos ocorridos na posição horizontal, verificou-se que em 127 (9,4 %) aconteceu laceração de 1º grau, em 10 (0,7%) houve laceração de 2º grau e em 359 (26,5 %) não ocorreu laceração.

As lacerações são classificadas de acordo com a estrutura que foi acometida; são de primeiro grau aquelas que afetam a pele e a mucosa, segundo grau quando as lacerações se estendem até os músculos perineais e de terceiro grau quando atingem o músculo do esfíncter do ânus¹⁰⁻¹². As de primeiro grau, via de regra, não necessitam de sutura, assim como as lacerações de segundo grau em geral podem ser suturadas com facilidade sob analgesia local. Em ambas as situações a cicatrização ocorre sem complicações¹⁰. Esses dados levam a crer que, em sua prática de cuidado ao parto, a enfermeira obstétrica prioriza o princípio de integridade corporal/autonomia e que poderá evitar o trauma. Nesse caso, existe a concepção de que a recuperação desse tipo de laceração é mais fácil e menos dolorosa, uma vez que não representa a recuperação de um trauma como o causado pelo procedimento episiotomia.

Cabe ressaltar que “todo procedimento externo e necessariamente invasivo da fisiologia que venha a causar uma experiência dolorosa para a mulher, para a criança ou para ambos é considerado um trauma”^{16,26}. Essa idéia de trauma relacionada com a episiotomia é reforçada porque na idade adulta a

genitália é privilegiada e é cercada de representações e simbolismos. A sensação da mulher perante a episiotomia é de que ocorreu uma violação de sua integridade corporal¹⁷. A não realização de episiotomia desnecessária garante a essas mulheres respeito à sua integridade física, ao mesmo tempo em que facilita a vivência do parto de forma mais prazerosa e menos traumática.

Posições dos Partos e sua Relação com a Vitalidade do Recém-nascido

Quanto aos 1694 recém-nascidos vivos, eles totalizaram 1293 (100%) com índice de Apgar no primeiro minuto de vida, sendo 212 (16,4%) com índice menor ou igual a sete e 1081 (83,6%) com índice maior do que sete, de acordo com a Tabela 3.

Já no quinto minuto de vida, o índice de Apgar menor ou igual a sete foi verificado em 58 (4,5%) recém-nascidos, enquanto em 1222 (95,5%) foi maior do que sete, conforme a Tabela 3.

Ao se analisar os índices de Apgar de recém-nascidos registrados nos 832 partos verticais, verificou-se que ele foi superior a sete em 711 (55%) sujeitos no primeiro minuto de vida e em 795 (62,1%) no quinto minuto. Nos 461 partos horizontais, verificou-se que o referido índice foi superior a sete em 370 (28,6%) recém-natos no primeiro minuto de vida e em 427 (33,4%) sujeitos no quinto minuto, de conformidade com a Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição da frequência do índice de Apgar nos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas em relação à posição de parto.

Posição no Parto	≤ 7		> 7		Total	
	f	%	f	%	f	%
Índice de APGAR no 1º min						
Horizontal	91	7,0	370	28,6	461	35,7
Vertical	121	9,4	711	55,0	832	64,3
Total 1	212	16,4	1081	83,6	1293	100,0
Índice de APGAR no 5º min						
Horizontal	24	1,9	427	33,4	451	35,2
Vertical	34	2,7	795	62,1	829	64,8
Total 2	58	4,5	1222	95,5	1280	100,0

O índice da Apgar (sistema proposto para avaliar a vitalidade do recém nascido) é utilizado no primeiro e no quinto minutos de vida¹³. Quando o seu resultado está acima de sete significa que o bebê é sadio, porém, quando ele é inferior a sete é um sinal de alerta. Os níveis do índice de Apgar inferior variam de acordo com alterações fisiopatológicas, maturidade do conceito, malformações neuromusculares ou cerebrais, condições respiratórias, além das condições maternas, como, por exemplo, utilização de algumas medicações¹⁸. A asfixia fetal pode estar associada a um índice de Apgar de zero a três por mais de cinco minutos, e pode levar o recém-nascido a ter seqüelas neurológicas como convulsões, coma, hipotonia, entre outras¹⁸.

CONCLUSÃO

As posições adotadas pelas mulheres nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas em sua relação com a integridade perineal e a vitalidade dos recém-nascidos demonstrou que, independente da posição do parto, a ocorrência de episiotomia foi inferior a 30%, como recomenda a OMS.

A ocorrência de lacerações perineais foi, em sua maioria, de primeiro grau. A adoção da posição vertical evidenciou que, mesmo não sendo realizada episiotomia de rotina, não aconteceram lacerações perineais que exigissem sutura ou reconstituição.

O índice de Apgar superior a sete no primeiro e quinto minutos foi muito mais freqüente nos partos em posição vertical se comparados com os em posição horizontal.

Mesmo com a influência do ambiente hospitalar *medicalizado*, o estudo evidenciou que a enfermeira opta por uma atitude menos intervencionista que protege a integridade da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Miquelutti M.A. Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas [dissertação de mestrado] Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2006.
2. Odent M. A cientificação do amor. 2ª ed. Florianópolis (SC): Saint Germain; 2002.
3. Oakley D, Murtland T, Mayes F, Hayashi R, Petersen B, Rorie C, Andersen F. Processes of care: comparisons of certified nurse-midwives and obstetricians. *Nurse-Midwifery*. 1995; 40: 399-409.
4. Progiatti JM, Vargens OMC, Porfírio AB, Lorenzoni DP. A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006; 10: 266-272.
5. Merighi MAB, Gualda DMR. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. *Rev Diagnóstico e Tratamento*. 2002; 7(2): 6-10.
6. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JMS, Vargens OMC. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev enferm UERJ*. 2005; 13: 245-51.
7. Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R. Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1980, 11(1):1-7.
8. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, Leveno KJ: Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med*. 1998; 339(2):76-79.
9. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth". In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics. International Conference on Humanization of Childbirth*. Fortaleza, Brazil, 2-4 Nov 2000. Fortaleza (Ce): *International Journal of Gynecology & Obstetrics*; 2005. p. 5-23.
10. Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura – assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra (Swi): OMS; 1996.
11. Davim RMB; Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2002; 10:727-32.
12. Ministério da Saúde (Br). *Secretaria de políticas de saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
13. Chaves Netto H. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Atheneu; 2005.
14. Neme B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Sarvier; 2000.
15. Diniz G, Chachan AS. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Rev Questões de Saúde Reprodutiva*. 2006; 1(1): 80-91.
16. Progiatti JM, Penna LHG, Christoffel M. Parto e nascimento: reflexões de enfermeiras obstétricas. *Rev Enfermagem Atual*. 2004; 4: 23-26.
17. Progiatti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2008; 12(1):45-9.
18. Cunningham FG, Mandonald P, Gant NF, Leveno KJ. *Williams Obstetrícia*. 18ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan ;2000.
19. Pereira ALF, Moura MPV. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos de assistência ao parto. *Rer enferm UERJ*. 2008; 16: 119-24.

Recebido em: 12.05.2008

Aprovado em: 20.08.2008