



**PARTOS NORMAIS ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS: POSIÇÃO MATERNA E A RELAÇÃO COM LACERAÇÕES PERINEAIS ESPONTÂNEAS**  
**NORMAL CHILDBIRTH CARED FOR BY OBSTETRIC NURSES: BIRTHING POSITIONS AND THE RELATIONSHIP WITH SPONTANEOUS PERINEAL LACERATIONS**  
**PARTO ASISTIDO POR ENFERMERAS OBSTÉTRICAS: POSICIÓN MATERNA Y RELACIÓN CON LACERACIONES PERINEALES ESPONTÁNEAS**

Natália Jardim de Carvalho Schettini<sup>1</sup>, Rejane Antonello Griboski<sup>2</sup>, Andréa Mathes Faustino<sup>3</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** verificar a relação entre o posicionamento no parto vaginal e a ocorrência de lacerações perineais espontâneas em mulheres assistidas em uma casa de parto. **Método:** estudo retrospectivo com amostra de 164 prontuários de partos realizados no ano de 2014 em uma casa de parto. As variáveis observadas foram dados sociodemográficos, obstétricos e neonatais. A análise realizou-se por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** as posições mais adotadas foram as verticais (84,8%) e no total ocorreram 86% de lacerações espontâneas, 50,3% foram de 1º grau, 45,4% de 2º grau e 4,3% representaram as de 3º grau. **Conclusão:** a adoção de posturas verticalizadas pode ter influenciado no menor número de complicações e na satisfação das mulheres por terem uma experiência positiva de parto. **Descritores:** Humanização da assistência; Enfermeiras Obstétricas; Parto Normal; Posicionamento do Paciente; Períneo.

#### ABSTRACT

**Objective:** to assess the relationship between birthing positions and the occurrence of spontaneous perineal lacerations in women cared for in a birthing center. **Method:** retrospective study with a sample of 164 birthing records of a birthing center in 2014. The observed variables were sociodemographic, obstetric, and neonatal data. The analysis was carried out by the calculation of absolute and relative frequencies. **Results:** the most adopted position was upright (84.8%) and there was an occurrence of 86% of spontaneous lacerations, 50.3% of first degree, 45.4% of second degree, and 4.3% of third degree. **Conclusion:** the adoption of upright positions may have influenced the fewest number of complications and women satisfaction, because they had a positive childbirth experience. **Descriptors:** Care Humanization; Obstetric Nurses; Natural Childbirth; Patient Positioning; Perineum.

#### RESUMEN

**Objetivo:** verificar la relación entre la posición en el parto vaginal y la aparición de laceraciones perineales espontâneas en mujeres atendidas en un centro de partos. **Método:** estudio retrospectivo con una muestra de 164 prontuarios médicos de partos realizados en 2014 en un centro de partos. Las variables observadas fueron datos socio-demográficos, obstétricos y neonatales. El análisis se realizó mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** la posición más utilizada fue la vertical (84.8%) con 86% de laceraciones espontâneas, 50.3% de primer grado, 45.4% de segundo grado y 4,3% tercer grado. **Conclusión:** la adopción de posturas verticales puede haber influido en el menor número de complicaciones y la satisfacción de las mujeres, por tener una experiencia positiva del parto. **Descritores:** Humanización de la atención; Enfermeras Obstétricas; Parto Natural; Posición del Paciente; Perineo.

<sup>1</sup>Enfermeira, Residente de Enfermagem em Obstetrícia, Escola Superior de Ciências da Saúde/ESCS. Brasília (DF), Brasil. E-mail: [nataliaschettini@yahoo.com.br](mailto:nataliaschettini@yahoo.com.br); <sup>2</sup>Enfermeira Obstétrica, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem - Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília/UnB. Brasília (DF), Brasil. E-mail: [griboski@unb.br](mailto:griboski@unb.br); <sup>3</sup>Enfermeira, Professora Doutora em Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Enfermagem - Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília/Unb. Brasília (DF), Brasil. E-mail: [andreamathes@unb.br](mailto:andreamathes@unb.br)

## INTRODUÇÃO

Na obstetrícia ocidental do século XVII, o fenômeno de horizontalização do parto aconteceu junto ao processo de medicalização e institucionalização do nascimento em hospitais com o surgimento dos cirurgiões obstétricos e a marginalização das parteiras na assistência obstétrica. Por muito tempo, acreditou-se que a posição horizontal era mais indicada por facilitar as intervenções obstétricas, como o estudo do mecanismo de parto, monitorização cardiotocográfica contínua, indução do trabalho de parto, administração de analgesia e uso de instrumentalização cirúrgica.<sup>1,2</sup>

Estudos afirmavam que as mulheres não ocidentais preferiam adotar as posições verticalizadas durante todo o trabalho de parto. Isso se devia a que estas posições lhes trariam mais vantagens, tanto do ponto de vista gravitacional, ao reduzir o período expulsivo, quanto no aumento dos diâmetros pélvicos maternos, quando comparadas à posição supina.<sup>1-5</sup>

Outras vantagens são que mulheres em postura ereta apresentam contrações uterinas e puxos expulsivos mais intensos e eficientes, além do menor risco de edema vulvar, dor intensa e intervenções obstétricas (episiotomia e parto instrumental) em comparação à litotomia.<sup>9,17</sup> Ainda, esta postura está relacionada a melhores efeitos hemodinâmicos fetais ao reduzir a compressão aorto-cava e, conseqüentemente, elevar o pH da artéria umbilical, a saturação de oxigênio e os batimentos cardíofetais.<sup>1-3,5</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) possui diretrizes de incentivo a práticas que orientam o parto normal seguro e de qualidade, destacando a importância da liberdade de posição durante o trabalho de parto e o estímulo na adoção de posturas não supinas. A gestante deve adotar a posição que lhe for mais confortável, mas o profissional que a assiste precisa saber das vantagens e desvantagens de cada postura para melhor orientá-la.<sup>1-4,6,7</sup>

O parto normal propicia grandes benefícios à mulher e ao seu filho por respeitar a natureza do corpo e o momento de maturidade fetal. Todavia, a maioria das mulheres (aproximadamente 85%) sofre algum tipo de lesão perineal no momento da passagem do feto pelo canal vaginal, decorrente de vários fatores, os quais podem estar associados a condições maternas, fetais, institucionais, a assistência obstétrica e o parto em si.<sup>5-8,10,11</sup>

As lacerações podem ser classificadas de acordo com a profundidade, a saber: primeiro grau, quando lesam apenas pele e/ou mucosa; segundo grau, quando chegam a atingir os músculos perineais; terceiro grau, quando atingem o esfíncter anal, as quais se subdividem em: 3a - acometimento de menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo; 3b - atingem mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo; 3c - ruptura do esfíncter anal interno e, caso ocorra lesão envolvendo a mucosa retal, elas serão classificadas como quarto grau.<sup>9,10</sup>

As evidências apontam que a nuliparidade predispõe a mulher ao trauma e à dor perineal após o parto e não há pesquisas conclusivas que mostrem como reduzir a laceração perineal espontânea no parto vaginal.<sup>1,5,12</sup> Apesar de inúmeros estudos analisarem a prevalência e os fatores relacionados à episiotomia, assim como a abertura cirúrgica da pele na região de mucosa e musculatura da região perineal, pouco se aborda o conhecimento sobre a ocorrência de lacerações perineais espontâneas.<sup>8-10,12-15</sup> A prática rotineira da episiotomia é justificada por acreditar-se que ela preserva a musculatura perineal; porém, já foi comprovado em vários estudos que é uma prática proscrita, pois pode agravar as lacerações e ainda gerar maior desconforto à mulher.<sup>9,12-15</sup>

O emprego de práticas menos invasivas que visam proteger o períneo, tais como posições verticalizadas ou lateralizadas no período expulsivo, massagem perineal recomendada durante a gestação, uso de compressas fitoterápicas, acupuntura e manejo *hands-off*, no qual o desprendimento fetal deve acontecer naturalmente sem utilizar as mãos e uso criterioso de ocitocina, poderiam levar à integridade perineal e prevenção das complicações pós-parto.<sup>6,8,10,12,15,16</sup> A adoção dessas medidas exige mudanças no modelo de cuidado e na formação dos profissionais que pretendem atuar na obstetrícia. Portanto, o movimento em prol da humanização do parto e do nascimento surge a partir desta demanda e permite à mulher retomar seu papel de protagonista do parto.<sup>2,7,15</sup>

O Ministério da Saúde, em conjunto com outros órgãos não governamentais, têm buscado o resgate do parto natural, incentivando a atuação da enfermeira obstétrica no cenário do parto para que a mulher seja assistida integralmente em suas dimensões biológicas, psicológicas e espirituais. Esse resgate foi fundamental para a reconfiguração do novo modelo obstétrico acompanhado da desmedicalização do parto e

Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM.

da introdução de intervenções mínimas para assistir ao parto e nascimento. É através deste modelo que a enfermeira obstétrica se destaca e se distingue de grande parte dos profissionais no campo obstétrico.<sup>7,16</sup> Neste contexto, a Portaria 985/611 do Ministério da Saúde, que estabelece a criação dos centros de parto normal, os define como unidades de saúde que prestam assistência humanizada de qualidade a partos normais sem distócia, os quais requerem baixa complexidade e tecnologia.<sup>17</sup>

A Portaria atual de nº 11 de 7 de janeiro de 2015 redefine as diretrizes para implantação e habilitação dos centros de parto normal no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido (RN) no momento do parto e do nascimento. Esta portaria encontra-se em conformidade com a Rede Cegonha, a qual consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Ao mesmo tempo, assegura à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.<sup>18,19</sup>

## OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo foram:

- Identificar a relação entre o posicionamento no parto vaginal e a ocorrência de lacerações perineais espontâneas em mulheres assistidas em uma casa de parto.
- Descrever dados maternos e neonatais.
- Identificar a frequência e o grau das lacerações perineais ocasionadas durante esses partos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo transversal acerca de dados de mulheres que foram atendidas por enfermeiros obstétricos e residentes em enfermagem obstétrica em uma casa de parto localizada em uma região metropolitana no Distrito Federal (DF), Brasília, Brasil. Esta instituição foi inaugurada em 2001 devido à crescente demanda local por assistência à saúde da mulher e da criança e foi credenciada em 2015 pelo Ministério da Saúde como centro de parto normal.<sup>18</sup>

Esta casa de parto segue protocolo com as recomendações da OMS. O mesmo inclui: acolher a parturiente com seu acompanhante de escolha; promover medidas de alívio nos desconfortos físicos e mentais; orientar quanto à posição mais confortável durante o

Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas...

trabalho de parto e parto; manter hidratação (chás, sucos e caldos); garantir autonomia, privacidade e segurança; evitar o uso de amniotomia ou de ocitócito com a finalidade de acelerar o trabalho de parto normal; somente realizar qualquer procedimento com a anuência da mulher; e estimular vínculo precoce entre o binômio mãe-filho, entre outras recomendações.<sup>13</sup>

Essa instituição oferece pronto-atendimento 24 horas. No entanto, a admissão é restrita a mulheres com: gestação de risco habitual, a termo; apresentação cefálica; com assistência pré-natal completa, excluindo grandes múltiparas e gestantes com cesárea prévia; pós-datismo; infecções em curso; intercorrências clínicas maternas pregressas; e complicações obstétricas anteriores.

A coleta de dados foi realizada em fonte secundária utilizando prontuários, livros de registros de partos normais e indicadores desta casa de parto, durante o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2014, com amostragem simples aleatória por conveniência. Para os critérios de inclusão, foram elencados os seguintes aspectos: dados de primíparas de risco habitual com gestação única de feto vivo, a termo (37 a 41 semanas); e em apresentação cefálica fletida.

Os critérios de exclusão adotados foram: dados de parto anterior; processo infeccioso na região da vulva, vagina e períneo no momento do parto; intercorrências/intervenções durante o parto (indução ou soro condução do trabalho de parto, episiotomia, anestesia raquidiana ou peridural, fórceps e cesárea); admissão em decorrência de parto domiciliar, na rua ou no carro; e prontuários e livros de registros com dados incompletos ou ilegíveis.

Os dados foram analisados de forma univariada por meio de estatística descritiva através do cálculo de frequências absolutas e relativas em um banco de dados construído no aplicativo Microsoft Excel. As variáveis de estudo analisadas compreenderam dados sociodemográficos (idade materna e procedência), obstétricos (paridade, número de consultas e local do pré-natal, posicionamento no parto, ocorrência e grau de lacerações) e neonatais (perímetro cefálico [PC] e peso ao nascer).

O projeto de pesquisa teve sua aprovação em 13/07/2015 no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa das Ciências da Saúde (FEPECS), sob CAAE 46763215.4.0000.5553. Recebeu dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme estabelecido na Resolução do

Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM.

Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e suas complementares.

RESULTADOS

No ano de 2014, foram registrados 424 partos no serviço em questão e para compor a amostra desse estudo aplicaram-se os critérios de exclusão, sendo a amostra final composta por 164 prontuários de mulheres. De acordo com a Tabela 1, a maioria das mulheres da amostra analisada possuía menos de 25 anos de idade (62,2%), sendo a mínima de 15 e a

Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas...

máxima de 41 anos. Aproximadamente, 98% dos registros foram de mulheres primigestas. Quanto ao número de consultas de pré-natal, mais da metade (54,9%) possuía de oito a onze consultas, seguidas de mulheres que tiveram de quatro a sete consultas (37,2%). A média foi de oito consultas de pré-natal, número superior ao mínimo preconizado pela Rede Cegonha, sendo que 85,4% das mulheres realizaram pré-natal no SUS e apenas 14,6% na rede suplementar.

Tabela 1. Dados sociodemográfico e obstétricos das parturientes. Brasília (DF), Brasil, 2014. (n=164)

| Variáveis               | n   | %    |
|-------------------------|-----|------|
| Faixa etária            |     |      |
| 15 - 19 anos            | 44  | 26,8 |
| 20 - 24 anos            | 58  | 35,4 |
| 25 - 29 anos            | 36  | 22,0 |
| 30 - 34 anos            | 22  | 13,4 |
| 35 - 39 anos            | 3   | 1,8  |
| 40 - 44 anos            | 1   | 0,6  |
| Paridade                |     |      |
| 1 gravidez              | 160 | 97,6 |
| 2 gravidezes - 1 aborto | 4   | 2,4  |
| Pré-natal               |     |      |
| 0 - 3 consultas         | 1   | 0,6  |
| 4 - 7 consultas         | 61  | 37,2 |
| 8 - 11 consultas        | 90  | 54,9 |
| 12 ou mais consultas    | 12  | 7,3  |
| Local do pré-natal      |     |      |
| Público                 | 140 | 85,4 |
| Privado                 | 24  | 14,6 |
| Total                   | 164 | 100  |

Em relação à procedência dessas mulheres, observou-se que a região administrativa de maior prevalência foi São Sebastião (61,6%). As outras 18 regiões administrativas registradas apareceram em torno de 0,6 a 3%, sendo pouco representativas isoladamente. Foram registradas também algumas cidades do estado de Goiás (6,1%) e apenas uma mulher oriunda do estado de Minas Gerais.

A Tabela 2 apresenta os dados obstétricos das mulheres atendidas na casa de parto. A

posição de escolha na hora do parto que mais se destacou foi a verticalizada (84,8%). Quanto ao número de lacerações espontâneas, 50,3% foram classificadas como de 1º grau, seguidas de 45,4% de 2º grau e cerca de 5% representaram as de 3º grau. As mulheres que não tiveram lacerações corresponderam a 14%.

Tabela 2. Dados obstétricos das parturientes. Brasília (DF), Brasil, 2014. (n=164)

| Variáveis        | n   | %    |
|------------------|-----|------|
| Posição no parto |     |      |
| Verticais        | 139 | 84,8 |
| Horizontais      | 25  | 15,2 |
| Lacerações       |     |      |
| 1º grau          | 71  | 50,3 |
| 2º grau          | 64  | 45,4 |
| 3º grau          | 6   | 4,3  |
| Períneo íntegro  | 23  | 14,0 |
| Total            | 164 | 100  |

A Tabela 3 mostra a relação entre lacerações espontâneas e a posição de escolha no parto. Ao relacionar as variáveis, foi possível observar que o posicionamento das parturientes na hora do parto pode interferir na ocorrência e no grau de lacerações. A

posição semissentada foi a mais prevalente (33,5%), seguida de sentada na banquetta (25,6%) e lateralizada (13,4%). Apenas o primeiro posicionamento mencionado anteriormente e o de quatro apoios apresentaram mais lacerações de 1º grau (49,1



Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM.

Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas...

e 50%) do que de 2º grau (32,7 e 37,5%, respectivamente).

Na posição lateralizada, a taxa de ocorrência de laceração de 3º grau (9,1%) foi a maior. Contudo, nesta posição houve o menor número de lacerações, 22,7% permaneceram com o períneo íntegro. Foram mais

recorrentes as lacerações de 2º grau nas posições sentada na banheira (52,9%) e cócoras (66,7%). Os melhores índices em relação à integridade perineal e laceração de baixo grau apresentados na Tabela 3 estão presentes na posição semissentada (65,5%), de quatro apoios (62,5%) e lateralizada (54,5%).

Tabela 3. Relação entre a posição adotada no parto e a frequência e grau de lacerações espontâneas. Casa de parto, Brasília (DF), Brasil, 2014. (n=164)

| Variáveis           | Sem<br>laceração<br>n=23 | %    | 1º<br>grau<br>n=71 | %    | 2º<br>grau<br>n=64 | %    | 3º<br>grau<br>n=6 | %   | Total<br>n=164 | %    |
|---------------------|--------------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|-------------------|-----|----------------|------|
| Posição vertical    | 19                       | 13,7 | 67                 | 40,2 | 65                 | 46,8 | 5                 | 3,6 | 139            | 84,8 |
| Em pé               | 0                        | 0    | 1                  | 100  | 0                  | 0    | 0                 | 0   | 1              | 0,6  |
| Semissentada        | 9                        | 16,4 | 27                 | 49,1 | 18                 | 32,7 | 1                 | 1,8 | 55             | 33,5 |
| Sentada             | 0                        | 0    | 1                  | 50,0 | 1                  | 50,0 | 0                 | 0   | 2              | 1,2  |
| Sentada na banheira | 1                        | 5,9  | 6                  | 35,3 | 9                  | 52,9 | 1                 | 5,9 | 17             | 10,4 |
| Sentada na banqueta | 6                        | 14,3 | 16                 | 38,1 | 18                 | 42,9 | 2                 | 4,8 | 42             | 25,6 |
| Quatro apoios       | 2                        | 12,5 | 8                  | 50,0 | 6                  | 37,5 | 0                 | 0   | 16             | 9,8  |
| Cócoras             | 0                        | 0    | 2                  | 33,3 | 4                  | 66,7 | 0                 | 0   | 6              | 3,7  |
| Posição horizontal  | 5                        | 20,0 | 10                 | 40,0 | 8                  | 32,0 | 2                 | 8,0 | 25             | 15,2 |
| Lateralizada        | 5                        | 22,7 | 7                  | 31,8 | 8                  | 36,4 | 2                 | 9,1 | 22             | 13,4 |
| Supina              | 0                        | 0    | 3                  | 100  | 0                  | 0    | 0                 | 0   | 3              | 1,8  |

Em relação aos dados neonatais, a Tabela 4 apresenta que o peso mais prevalente foi entre 3.001 e 3.500 gramas (54,3%), seguido com certa representatividade pelo peso entre 2.501 e 3.000 gramas (23,8%) e o peso de 3.501 a 4.000 gramas (21,3%). Desta forma, a

média geral do peso de RNs foi de 3.220 gramas. Quanto à avaliação do PC, o de maior ocorrência foi de 34 centímetros e a grande maioria das medidas de PC ficou entre 34 e 36 centímetros (66,5%).

Tabela 4. Relação dos dados neonatais e lacerações perineais espontâneas. Brasília (DF), Brasil, 2014. (n=164)

| Variáveis             | Sem laceração<br>n=23 | %    | 1º grau<br>n=71 | %    | 2º grau<br>n=64 | %    | 3º grau<br>n=6 | %    | Total<br>n=164 | %    |
|-----------------------|-----------------------|------|-----------------|------|-----------------|------|----------------|------|----------------|------|
| Peso do recém-nascido |                       |      |                 |      |                 |      |                |      |                |      |
| 2.000 - 2.500 g       | 0                     | 0    | 1               | 100  | 0               | 0    | 0              | 0    | 1              | 0,6  |
| 2.501 - 3.000 g       | 10                    | 25,6 | 15              | 38,5 | 14              | 35,9 | 0              | 0    | 39             | 23,8 |
| 3.001 - 3.500 g       | 10                    | 11,2 | 43              | 48,3 | 34              | 38,2 | 2              | 2,2  | 89             | 54,3 |
| 3.501 - 4.000 g       | 3                     | 8,6  | 12              | 34,3 | 16              | 45,7 | 4              | 11,4 | 35             | 21,3 |
| Perímetro Cefálico    |                       |      |                 |      |                 |      |                |      |                |      |
| 31 - 33 cm            | 10                    | 20,0 | 22              | 44,0 | 17              | 34,0 | 1              | 2,0  | 50             | 30,5 |
| 34 - 36 cm            | 12                    | 11,0 | 48              | 44,0 | 45              | 41,3 | 4              | 3,7  | 109            | 66,0 |
| 37 cm ou mais         | 1                     | 20,0 | 1               | 20,0 | 2               | 40,0 | 1              | 20,0 | 5              | 3,0  |

A Tabela 4 também apresenta a comparação dos dados neonatais (peso e PC) com as lacerações. As de 1º grau foram as que mais se destacaram, sendo que as de 1º e 2º grau representaram quase a mesma porcentagem. Observou-se que ocorreram mais lacerações de 2º e 3º grau em RNs com o peso de 3.501 a 4.000 gramas e com o PC maior ou igual a 37 centímetros.

DISCUSSÃO

No presente estudo foi observado que as mulheres tiveram sua primeira gestação com menos de 25 anos de idade. Isso foi confirmado por outras pesquisas, segundo as

quais a maior parte da população brasileira tem seu primeiro filho em idade fértil (intervalo entre 21 e 24 anos).<sup>8,11,14,20,21</sup> No ano de 2014, foram 47,2% primíparas que tiveram seus partos em casas de parto. Em outras instituições esse número variou de 23,6 a 55%.<sup>10,14,20</sup>

Acredita-se que nulíparas tenham maior chance de sofrer lacerações devido a pouca distensibilidade do assoalho pélvico, principalmente daquelas mulheres que se encontram nos extremos de idade (menores de 18 e maiores de 35 anos). No entanto, não há relação direta entre trauma perineal e idade materna.<sup>8,10,23</sup>

Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM.

Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas...

As consultas de pré-natal apresentaram um número significativo no presente estudo. Observou-se que 62,2% das mulheres realizaram oito consultas ou mais, corroborando com outro estudo realizado no município do Rio de Janeiro nos anos de 2008 e 2009, o qual observou que 66% de mulheres realizaram sete consultas ou mais.<sup>20</sup> O pré-natal é o momento ideal para oferecer à mulher orientações adequadas quanto ao ciclo gravídico-puerperal, além de poder conscientizá-las de seus direitos.<sup>16</sup>

A maioria das primíparas teve lesões perineais (86%) e a maior parte delas foram de 1º grau, o que corresponde aos achados de outros estudos.<sup>5,9,10</sup> Além disso, mais da metade das mulheres (57,3%) não tiveram laceração ou apresentaram laceração de baixo grau. Embora frequentes, as lacerações espontâneas são em sua maioria superficiais e de fácil resolução, invadindo menos tecido e, conseqüentemente, levando a menos complicações do que lacerações induzidas por episiotomia.<sup>9,12-15</sup> As enfermeiras obstétricas da unidade pesquisada pautaram suas práticas em evidências científicas que não indicavam benefício na prática rotineira da episiotomia.

Em se tratando do grau de lacerações espontâneas, a maior parte das mulheres atendidas em uma casa de parto do Rio de Janeiro apresentaram lacerações de 1º grau (63,0%), seguida de mulheres com períneo íntegro (21,2%) e de 12,4% com laceração de 2º grau, sem a ocorrência de lacerações graves (terceiro e quarto graus).<sup>20</sup>

A taxa dessas lesões também foi consideravelmente superior ao de outra pesquisa com 166 primíparas que tiveram 62% de lacerações, sendo que 37,4% foram de 1º grau, 23,4% de 2º grau e somente 1,2% de 3º grau, também sem ocorrência de laceração de 4º grau.<sup>5</sup> Essa diferença foi ainda maior em outros dois estudos, variando de 72,5 a 82,4% para lacerações de 1º grau e as de 2º grau ficaram entre 17,6 e 27,3%.<sup>14,21</sup>

As lacerações de 2º grau são mais prevalentes em posições verticais, assim como foi observado no presente estudo.<sup>3</sup> Estas lesões estão associadas a complicações de curto prazo que incluem perda sanguínea, edema, hematoma, dor, deiscência, infecção, ardor na vulva ao urinar, assim como complicações a longo prazo nas lesões mais graves, i.e., dispareunia, incontinência urinária e fecal e fístula retal.<sup>5,7,16</sup> Diminuir essas conseqüências é uma prioridade para as mulheres e os profissionais que as assistem. Informação e treinamento podem favorecer o melhor manejo dessas condições.<sup>15,23</sup>

Como fatores de risco para o traumatismo perineal, destacam-se: cor da pele branca; etnia asiática; baixa escolaridade materna; nuliparidade; altura do períneo menor que três centímetros; cicatriz perineal anterior; infusão de uterotônico; posição supina no parto; segundo estágio prolongado; puxos dirigidos; e peso e PC do RN elevados, entre outros.<sup>9-12,14</sup>

Porém, alguns fatores relacionados ao parto, à parturiente e ao RN, tais como: duração do segundo período do parto; tipo de puxo; variedade de posição no desprendimento cefálico; circular de cordão umbilical; e peso e PC do RN, não influenciaram na ocorrência, no grau e nem na localização da lesão perineal durante o parto por via baixa segundo outras pesquisas.<sup>8,21,23</sup> Esses fatores foram observados na pesquisa em questão, no que se trata das características neonatais, como peso e PC dos RNs.

Em contrapartida, a relação entre peso do RN e períneo íntegro existe apenas quando o peso é menor que 3.150 gramas, pois, quando o peso do RN é maior que 3.300 gramas, existe uma chance em 1,6 vezes maior em ocasionar laceração de 2º grau.<sup>14</sup> Ocorrem mais lacerações perineais nos partos com RNs com peso superior a 3.500 gramas, destacando-se as de 2º grau, mas sem correlação estatisticamente significativa entre o peso ao nascer e a ocorrência ou grau de lacerações.<sup>8</sup> Embora identificada nos resultados deste estudo, a associação entre peso do RN e trauma perineal precisa ser analisada em pesquisas futuras devido à divergência encontrada na literatura.

Em um estudo realizado no Município de Caxias do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, houve uma maior prevalência de traumatismo perineal em RNs com peso de 3.000 a 3.499 gramas, porém sem significância estatística. Em relação ao PC maior que 33 centímetros, houve tendência de maior distensão do períneo que provocou lacerações, mas poucos estudos tratam sobre essa relação.<sup>23</sup> Na presente pesquisa, a integridade perineal teve uma taxa maior nos pesos inferiores a 3.001 gramas e PC menor que 33 centímetros; contudo, não se pode inferir uma associação consistente entre esses dados neonatais e as lesões perineais.

O uso de recursos, como posicionamento da parturiente durante o parto, entre outros fatores já descritos na literatura, podem favorecer a uma frequência elevada de lacerações de baixo grau.<sup>6,7,9,10</sup> As posições verticalizadas e lateralizadas adotadas durante o trabalho de parto e parto são

Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM.

superiores às posições supinas, por estarem associadas à evolução do trabalho de parto e ao bem-estar materno e fetal.<sup>1,3,16,24</sup>

No presente estudo, a posição mais adotada pelas mulheres estudadas foi a semissentada. Contudo, ela deve ser desencorajada, pois nessa posição os riscos de edema vulvar e sangramento uterino acima de 500 ml aumentam após a dequitação, mas mesmo assim a transfusão quase sempre não é indicada.<sup>1,3</sup> Provavelmente, este posicionamento foi adotado por uma questão sociocultural e não por falta de orientação.

Um estudo realizado em 2006 e 2007, na cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, apontou que em 176 primíparas, 55,4% dos partos vaginais foram horizontais e 44,6% verticais. Ocorreram 50% de lacerações perineais espontâneas em mulheres que adotaram a posição horizontal na hora do parto e 68% na posição vertical.<sup>5</sup> Já no estudo em questão, tiveram muito mais partos com posicionamento materno não supino (84,8%) e a diferença foi só de 7% a mais de laceração nessa posição.

Em outro estudo realizado também no Município do Rio de Janeiro, em 1.715 partos assistidos por enfermeiras obstétricas, as posições verticalizadas também foram as mais adotadas. A maioria das mulheres ficou com o períneo íntegro (63,2%) e a postura vertical obteve um escore maior comparado à horizontal nesse quesito, o que não pode ser observado no presente estudo, já que 14% das mulheres não tiveram lacerações e o decúbito lateral foi o posicionamento com a maior porcentagem (22,7%).<sup>24</sup> Não obstante, em relação às posições horizontais, ao se evitar a posição litotômica na hora do parto, há menor prevalência de lesões perineais quando em decúbito lateral esquerdo.<sup>1</sup>

Quanto ao grau da laceração, o decúbito lateral apresentou um valor muito superior de lacerações de 1º grau (82,4%) comparado ao de segundo (17,6%) em um estudo com o total de 51 nulíparas. No presente estudo, esses valores foram muito próximos e ainda ocorreram mais lacerações de 2º grau nessa mesma posição.<sup>8</sup>

Infelizmente, a preferência pela litotomia dorsal permanece alta, podendo ser devido à falta de orientação durante o pré-natal, ao treinamento em serviço associado ao parto vaginal operatório (uso de fórceps ou vácuo-extrator e episiotomia) e aos aspectos culturais.<sup>1</sup> Há poucos estudos sobre o perfil das mulheres que tiveram partos verticais e sobre a relação desses com desfechos obstétricos e neonatais positivos.<sup>2,5</sup>

Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas...

Muitos estudos apontam ser a enfermeira obstétrica um dos profissionais mais apropriados para o acompanhamento da gestação e dos partos normais de risco habitual. Na prática, os resultados obtidos demonstraram que os partos assistidos por elas apresentam menores índices de morbimortalidade materna e perinatal, de cesáreas e de outras práticas intervencionistas, além de redução de gastos hospitalares e melhoria na assistência à mulher.<sup>16,24</sup> Essa prática vai de encontro com a assistência oferecida pelos enfermeiros da referida instituição pesquisada, que lutavam por um atendimento desmedicalizado e humanizado.

Além disto, a liberdade de posição e de movimentos, bem como a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio de dor são práticas já demonstradas como eficazes e que devem ser estimuladas. Essas práticas podem incluir: respiração lenta; relaxamento muscular; ambiente acolhedor e confortável; e a presença do acompanhante e da equipe de profissionais que possam promover relação de apoio e segurança, como é o caso da enfermeira obstetra.<sup>25</sup>

O grande desafio da obstetrícia contemporânea é que alguns profissionais compreendam que o uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto e pode desencadear uma cascata de eventos. Uma intervenção condiciona a outra de maneira sucessiva e, por esse motivo, as intervenções obstétricas devem ser criteriosas e baseadas em evidências e as que são efetivas somente em grupos de alto risco não devem ser usadas como rotina.<sup>7,16</sup>

As limitações do presente estudo podem ser apontadas por se tratar de um estudo retrospectivo baseado em uma análise documental. Neste modelo, se torna difícil controlar todos os fatores intervenientes associados ao trauma perineal por haver um baixo número de atendimentos realizados nesta casa de parto e também devido à metodologia realizada que não permite inferências, além de dados subnotificados e incompletos. Soma-se um possível viés na classificação de lacerações e na identificação do posicionamento materno.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram alta taxa de trauma perineal em posições variadas, não tendo como controlar todos os fatores de risco que poderiam agravar as lacerações. Apesar disso, ficou evidente que as parturientes adotaram mais

Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM.

posturas verticalizadas e lateralizadas. Esse fato pode ter gerado um menor índice de complicações devido a todas as vantagens já citadas na adoção destas posturas e, por conseguinte, pode ter promovido maior satisfação nas mulheres por terem um parto mais rápido e tranquilo.

Espera-se que o presente estudo possa servir como base para novos estudos acerca do quanto o posicionamento materno e outras práticas humanizadas podem contribuir para consolidar as bases de um modelo de assistência almejado pela OMS e o Ministério da Saúde. Entretanto, são necessárias mais pesquisas para comprovar que a posição não litotômica durante o parto contribui para integridade perineal, uma vez que as posturas supinas quase não foram adotadas neste estudo, portanto não foi possível compará-las efetivamente.

Uma mudança de modelo na assistência obstétrica ao parto de risco habitual desestimula o parto horizontal e medicalizado, considerado artificial e violento. Ao mesmo tempo, incentiva as intervenções mínimas no trabalho de parto e posturas mais verticalizadas, as quais são mais adequadas à fisiologia do parto por respeitarem o processo natural do corpo e a singularidade de cada parturiente.

## REFERÊNCIAS

1. Silva LB, Silva MP, Soares PCM, Ferreira QTM. Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*. [Internet]. 2007 [cited 2016 July 15];35(2):101-6. Available from: <http://institutonascerc.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>
2. Aguilar OC, Romero ALF, Garcia VEM. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecol Obstet Mex*. [Internet]. 2013 [cited 2016 July 18];81(1):1-10. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsme/x/gom-2013/gom131b.pdf>
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [cited 2016 July 18]; May 16;(5):CD002006. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681>.
4. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2009 [cited 2016 July 18];Issue 2.

Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas...

- Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164173/?report=reader>
5. Baracho SM. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. [Internet]. 2009 [cited 2016 July 18];9(4):409-14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292009000400004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400004&lng=en).
  6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra. Tradução para o português: Organização Panamericana de Saúde (OPAS); 1996.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Editora MS; 2001. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)
  8. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev Enferm USP*. [Internet]. 2006 [cited 2016 July 18];40(3):389-95. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000300011&lng=en).
  9. Kettle C, Tohill S. Perineal care. *BMJ Clin Evid*. [Internet]. 2011 [cited 2016 July 18];04:1401. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275301/pdf/2011-1401.pdf>
  10. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane Library*. [Internet]. 2011 [cited 2016 July 18]; Issue 12. Available from: DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2
  11. Ho JJ, Pattanittum P, Japaraj RP, Turner T, Swadpanich U, Crowther CA. Influence of training in the use and generation of evidence on episiotomy practice and perineal trauma. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2010 [cited 2016 July 18];111(1):13-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957817/>
  12. Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2008 [cited 2016 July 18];12(4):658-63. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400008&lng=en).
  13. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2009 [cited



Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM.

2016 July 18]; Issue 1. Available from: doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

14. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev enferm UERJ [Internet]. 2011 [cited 2016 July 18];19:77-83. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>

15. Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. Rev esc enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2016 July 18];48(spe):40-5. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-040.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-040.pdf)

16. Santos IS, Okazaki ELFJ. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. Rev Enferm UNISA. [Internet]. 2012 [cited 2016 July 18];13(1):64-8. Available from: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-11.pdf>

17. Brasil. Portaria n. 985 de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), de 6 agosto de 1999: seção 1: p. 51-2.

18. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), de 8 de janeiro de 2015: seção 1: p. 30-35.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Rede cegonha: Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil; 2011.

20. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2016 July 18];17(1):17-23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100003&lng=en).

21. Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. Rev enferm UERJ. [Internet]. 2014 [cited 2016 July 18];22(3):402-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a18.pdf>

22. Oliveira LS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. São Paulo Med J. [Internet]. 2014 [cited 2016

Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas...

July 18]; 132(4):231-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802014000400231&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000400231&lng=en).

23. Grandi C, Madi JM, Araújo BF, Zatti H, Pavan G, Viecceli C, et al. Fatores de risco para tocotraumatismo materno. Rev AMRIGS [Internet]. 2011 [cited 2016 July 18]; 55(4):320-3. Available from: [http://www.amrigs.org.br/revista/55-04/0000072184-miolo\\_AMRIGS4\\_art\\_original\\_fatores\\_de\\_risco.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/55-04/0000072184-miolo_AMRIGS4_art_original_fatores_de_risco.pdf)

24. Mouta RJO, Pilotto DTS, Varens OMC, Progiatti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. Rev enferm UERJ [Internet]. 2008 [cited 2016 July 18];16(4):472-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf>

25. Pereira ALF, Dantas F. Assistance characteristics of normal deliveries attended by obstetrical nurses. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 [cited 2016 July 18]; 6(1):[about 7 p.]. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2066>

Submissão: 20/07/2016

Aceito: 08/12/2016

Publicado: 15/02/2017

### Correspondência

Andréa Mathes Faustino  
Universidade de Brasília  
Campus Universitário Darcy Ribeiro  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem / Sala 05 – Asa Norte  
CEP: 70910-900 – Brasília (DF), Brasil