

ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PARTO -
ESTUDO COMPARATIVO DO PARTO ASSISTIDO NA POSIÇÃO VERTICAL E
HORIZONTAL

SILVIA BOMFIM HYPPÓLITO

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

Orientadora
DRA. ZENILDA VIEIRA BRUNO

FORTALEZA – CEARÁ

1997

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

ZENILDA VIEIRA BRUNO
Orientadora

FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA

LÍGIA REGINA SANSIGONO PONTES

Fortaleza, 07 de outubro de 1997

MARIA LÚCIA MAGALHÃES BOSI
Coordenadora do Curso de
Mestrado em Saúde Pública – UFC

Ao falecido professor Dr. José Galba Araújo, um dos maiores defensores da assistência materna com tecnologia simplificada, a nível primário de saúde e, nosso mestre na arte médica da saúde pública.

DEDICAMOS ESTE TRABALHO

AGRADECIMENTOS

À professora **Dra. Zenilda Vieira Bruno** que zelosa e carinhosamente orientou a nossa tese.

Ao professor **Dr. Francisco das Chagas Oliveira**, Diretor da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – UFC que, estimulou nossa vocação acadêmica e, muito tem favorecido para que continuemos perseguindo os objetivos da carreira universitária.

Ao professor **Dr. Ricardo José Soares Pontes** que inicialmente coordenou o curso de mestrado em saúde pública da UFC e foi nosso incansável mestre na arte da epidemiologia.

Aos que colaboraram, com apuro técnico e profissional, para o Estudo Comparativo do Parto Assistido na Posição Horizontal e Vertical, os médicos **Dr. Gilberto Gomes Ribeiro, Dr. José Málbio de Oliveira Rolim, Dr. Antônio Machado Barbosa, Dr. Cristiano Walter Morais Rola Júnior, Dr. Eduardo Correia Santos e à Enf. Isolda Pereira da Silveira e Enf. Edna Nogueira da Silva.**

À **International Association for Maternal and Neonatal Health-IAMANEH/ Maternal Child International – MCI** que financiou o Estudo.

SUMÁRIO

	página
<u>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</u>	vii
<u>LISTA DE TABELAS</u>	x
<u>RESUMO</u>	xiii
<u>ABSTRACT</u>	xv
1 – <u>INTRODUÇÃO</u>	1
1.1. <u>Justificativa</u>	1
1.2. <u>Revisão de literatura</u>	2
1.2.1 – <u>Histórico</u>	2
1.2.2 – <u>Classificação e Definição de Posições para o Período Expulsivo do Parto</u>	13
1.2.3 – <u>O Canal do Parto e as Posições assumidas pela Parturiente durante o Período Expulsivo</u>	30
2 – <u>OBJETIVOS</u>	39
2.1. <u>Hipótese</u>	40
3 – <u>METODOLOGIA</u>	41
3.1 – <u>Local e População do estudo</u>	41
3.2 – <u>Tipo de estudo</u>	41
3.3 – <u>Aspectos Éticos</u>	43
3.4 – <u>A amostra</u>	44
3.5 – <u>Descrição do Experimento</u>	45
3.6- <u>Descrição dos Eventos</u>	45

3.7 – <u>Forma de Análise</u>	49
4. <u>RESULTADOS</u>	50
4.1 <u>Tabelas</u>	56
4.1.1. Dados prévios da amostragem.....	56
4.1.2. Características fetais e do recém-nascido conforme a posição do parto.....	58
4.1.3. Estudo comparativo dos desfechos de acordo com as variáveis estudadas.....	59
4.1.3.1. Duração do período expulsivo.....	59
4.1.3.2. Tempo de delivramento conforme a posição do parto.	60
4.1.3.3. Quantidade de peso de sangue perdido conforme a posição do parto.....	61
4.1.3.4. Ocorrência de laceração vulvo-perineais e vaginais de acordo com a posição do parto.....	63
4.1.3.5. Estudo da vitalidade fetal.....	65
5. <u>COMENTARIOS</u>	66
6. <u>CONCLUSÕES</u>	73
7. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	77
8. <u>ANEXO</u> : Questionário para a obtenção dos dados da pesquisa.....	87

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA	página
1- Representação antiga de um parto indígena.....	3
2- Hieróglifos exprimindo a parturição.....	3
3- Modelo de cadeira do século XVI (1547).....	5
4- Cadeira obstétrica dos cipriotas do final do século.....	5
5- Modificações sofridas pela cadeira obstétrica.....	5
6,7- Cadeiras Obstétricas.....	6
8- Francisco Mauriceau (1637-1709).....	8
9- Gravura de “La commare o Racoglitrice”, de Mercúrio (1595), indicando a posição aconselhada para o parto de obesas.....	8
10- Cadeiras obstétricas utilizadas na zona rural do Estado do Ceará...	9
11- Cópia de cadeira obstétrica primitiva dos colonizadores no Ceará	9
12- Canal do parto como comumente é retratado.....	11
13- Posição do feto, durante a progressão do canal de parto, estando a parturiente em posição horizontal.....	11
14- Posição de pé.....	14
15- Posição de pé parcialmente suspensa.....	14
16- Posição de pé, suspensa.....	14
17- Posição sentada.....	15
18- Posição de cócoras.....	15
19- Posição de joelho.....	15

20- Posição semi-deitada.....	16
21- Posição sentada, apoiada no marido.....	16
22- Posição semi-deitada, no período expulsivo.....	17
23- Posição deitada, usada no Canadá.....	17
24- Posição genu-peitoral.....	18
25- Posição sobre o peito, sendo utilizada compressão para expulsão da placenta.....	18
26- Ângulo fetopélvico de ingresso de Alvarez-Lajonchare.....	20
27- Posições que modificam a amplitude da bacia.....	20
28- Assistência ao período expulsivo do parto com a parturiente na posição litotômica na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.....	23
29- Assistência ao período expulsivo do parto com a parturiente na posição sentada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.....	24
30- Modelo simplificado da cadeira obstétrica, para ser utilizada nas unidades primárias de saúde da zona rural, idealizada pelo Prof. Galba Araújo.....	25
31- Mesa obstétrica para assistência ao período expulsivo do parto, na posição sentada, criada pelo Prof. Galba Araújo e patenteada pela BAUMER.....	26
32- A mesa obstétrica para assistência ao período expulsivo do parto na posição sentada com encosto ajustável à inclinação desejada e a opção de colocação de perneiras, se houver necessidade.....	26
33- Flagrante de um parto assistido na posição sentada, quando a mulher utiliza uma corda, presa ao teto, para auxiliar nos puxos.....	27
34- Corte sagital da bacia.....	29
35- Efeitos da posição lateral da bacia materna sobre a contratilidade	

uterina.....	35
36- Influência da posição materna em atividade uterina: comparação com o decúbito dorsal.....	36
37- Influência da posição materna: comparação com o decúbito dorsal.	36

LISTA DE TABELAS

TABELA	página
1- Características demográficas e antropométricas maternas, conforme a posição do parto.....	56
2- Antecedentes reprodutivos maternos, conforme a posição do parto.....	57
3- Classificação das variedades de posição do feto conforme a posição assumida durante o período expulsivo.....	58
4- Incidência de circular de cordão no feto conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	58
5- Peso médio dos recém-nascidos (RN) conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	58
6- Percentual de puérperas expostas à sucção mamilar pelo RN no pós-parto, antes do delivramento, conforme a posição assumida durante o período expulsivo.....	59
7- Duração média do período expulsivo, em minutos, conforme a posição assumida pela parturiente.....	59
8- Tempo médio de período expulsivo, em minutos, e a influência da variedade de posição, com a presença ou não de circular de cordão.....	59
9- Tempo de período expulsivo, em minutos, e a influência da paridade.....	60
10- Duração do período de delivramento conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo do parto.....	60
11- Tempomédiodedelivramento espontâneo, sem manobras,	

distribuídos em intervalos de 5 minutos, até 30 minutos depois do parto conforme a posição da parturiente.....	60
12- Tempo médio de delivramento nos primeiros 30 (trinta) minutos das parturientes que tiveram expulsão espontânea da placenta e sucção mamilar pelo RN no pós-parto imediato, de acordo com a posição assumida durante o período expulsivo.....	61
13- Tipo de delivramento conforme a posição da mãe durante o período expulsivo do parto.....	61
14- Valores médios de peso do sangue perdido, em g, durante os 3° e 4° períodos do parto, conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	61
15- Diferença média entre o hematócrito (%) e a hemoglobina (g) inicial e final nas parturientes, conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	62
16- Diferença média de hemoglobina e hematócrito e média de sangue perdido de acordo com o tipo de delivramento.....	62
17- Estudo da perda sanguínea durante o trabalho de parto sob a influência da ocorrência de lacerações vaginais e perineais, durante o período expulsivo.....	62
18- Estado da perda sanguínea durante o trabalho de parto sob a influência da sucção mamilar.....	63
19- Incidência de lacerações vulvo-perineais conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	63
20- Estudo das lacerações perineais quanto ao grau de lesão, conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	63
21- Incidência de laceração vulvo-perineal durante o período expulsivo	

em mulheres com episiotomia em partos anteriores.....	64
22- Incidência de laceração vulvo-perineal durante o período expulsivo em mulheres com episiotomia em partos anteriores conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	64
23- Estudo da paridade das parturientes com a incidência de lacerações vaginal e vulvo-perineais conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	64
24- Classificação do índice de Apgar dos recém-nascidos, no 1° e 5° minuto, conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.....	65
25- Média do índice de Apgar no 1° e 5° minuto, conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo e a paridade das parturientes.....	65

RESUMO

A literatura mundial já vem demonstrando, há bastante tempo, que a assistência médica em obstetrícia trouxe benefícios incalculáveis aos partos distócicos.

Por outro lado, as tecnologias utilizadas para a assistência ao parto normal, a nível hospitalar, vêm sendo questionada e, intervenções, como a episiotomia, o uso abusivo de ocitócicos para abreviar o período de dilatação, e a posição horizontal (deitada) da parturiente, durante o período expulsivo do parto, estão sendo analisadas e criticadas por um largo número de pesquisadores.

O presente estudo visou testar a hipótese de que a assistência ao parto normal na posição vertical (sentada), durante o período expulsivo, seria mais apropriada, por ser fisiológica. Além disso, não se usou o procedimento da episiotomia e observou-se a influência da sucção do mamilo materno pelo RN no tempo de delivramento e perdas sanguíneas, sem o uso de ocitócicos.

A diferença média de 3,4 minutos em favor da menor duração do período expulsivo, para as parturientes que foram assistidas sentadas, merece destaque, apesar da significância do dado estar em seu limiar estatístico, ao nível de 95% ($p=0,06$). A maioria das parturientes delivraram espontaneamente até 25 minutos depois do parto, não importando se assistidas na vertical, ou na horizontal; as perdas sanguíneas também tiveram equivalências estatísticas ($p=0,52$). A sucção do mamilo materno mostrou alguma influência mas não logrou significância estatística em relação a perdas sanguíneas ($p=0,19$) e ao tempo de delivramento (vertical:

p=0,08; horizontal: p=0,52). Mesmo sem o procedimento da episiotomia, as lacerações vulvo-perineais se mantiveram em 44,1% e 47,1% para as mulheres que pariram na vertical e horizontal, respectivamente (incidência mais baixa do que os 52,3% que se encontra na literatura), sendo que mais de 80% em ambos os grupos, a laceração foi de 1° grau e o restante apenas de 2° grau.

Não ficou evidenciada qualquer vantagem na posição vertical sobre a posição horizontal materna durante o período expulsivo do parto e delivramento, sendo portanto indicado que se permita a livre escolha da parturiente. A abstenção do uso de ocitócicos e de episiotomia não acarretou prejuízo às mães que pariram, em qualquer das duas posições.

Assim, os achados do estudo não apontam para a necessidade de intervenções obstétricas de rotina, na assistência ao parto normal; indicando, outrossim, que elas sejam mais criteriosas, evitando-se iatrogenias e promovendo assistência de melhor qualidade e mais humanizada.

Palavras chaves: intervenção médica, assistência obstétrica, episiotomia, posição ao parir.

ABSTRACT

Since a long time, world literature has been demonstrating that medical assistance brought large benefits to complications on deliveries. In the other hand, overused obstetric technologies on normal delivery assistance in hospitals are being questioned. Interventions such as episiotomy, the abuse of oxytocic to shorten the dilatation period and the laying down posture imposed to women during labor are being criticized by a large number of researchers.

This study intended to find out if the sitting position to assist the second period of women's delivery is more appropriate for it is considered physiological. Besides that, no episiotomy has been performed and immediate breastfeeding consequences on blood loss and on the delivery of placenta were observed.

The 3.4 minutes difference on favor of the length of time expulsion period to the group of women who delivered on vertical position versus horizontal's was considered important but not statistic significant ($p=0.06$). The great majority of mothers has delivered the placenta within the first 25 minutes, regardless they were on the upright (sitting) or neutral (laying down) position. Blood loss was also equivalent on both groups ($p=0.52$) and breastfeeding did not show any influence on that ($p=0.19$) and on the time for delivering the placenta (sitting- $p=0.08$; laying down- $p=0.52$). The incidence of perineal trauma was 44.1% and 47.0% for women who delivered on vertical and horizontal position, respectively (this incidence was even lower than the 52.3% which is reported on literature). More than 80% of the spontaneous injuries were 1st degree posterior perineal trauma and the rest was just

It was not evident any advantage of the vertical position over the horizontal's, during the expulsion period of labor and delivery of placenta. So, mothers could be given the choice in the posture to be assumed during parturition.

The absence of oxytocic and episiotomy did not bring any harm to women delivering in any of the two positions.

The outcomes do not support medical intervention should be used as routine on normal delivery and for that, those interventions could have a better criteria, avoiding more harm than good and offering a more humanized delivery assistance.

Key words: medical intervention, delivery assistance, episiotomy, delivery position.

1.1 Justificativa

A internação da mulher, mesmo para parturição normal, é considerada, de uma forma geral, ideal para a assistência materna, durante o parto. Entretanto, os procedimentos médicos feitos de rotina, sem uma avaliação prévia de sua real necessidade, muitas vezes tornam-se iatrogênicos e, desumanizam a assistência, aumentando a morbidade materna.

O atendimento médico oferecido, com frequência, tem-se mostrado deficiente e, às vezes, fator que contribuiu para o risco materno, como no caso do parto hospitalar.

A imposição médica da posição deitada durante o período expulsivo, pode ser causa de prolongamento do trabalho de parto e influi, tanto na perda sanguínea materna, como na vitabilidade fetal e tempo de delivramento.^{17,18,19,21.}

O procedimento cirúrgico da episiotomia, por ocasião da parturição, também pode ser desnecessário, em grande parte dos casos.^{34,35,37}

A experiência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Universidade Federal do Ceará (MEAC-UFC), na observação da assistência ao parto na posição vertical, tem ficado restrita a uma avaliação puramente subjetiva, para não dizer empírica^{3,4}, pois nunca dantes submetida a um estudo comparativo, com metodologia científica.

A iniciativa do falecido Prof. José Galba Araújo, de adaptar para o nível

terciário, o modelo da posição sentada ao parir, usado na zona rural, sob a orientação das parteiras leigas que integram o programa de ações integradas de

saúde (PROAIS) – UFC^{2,5,12}, será estudada cientificamente quanto aos seus prováveis benefícios no presente estudo.

Com a morte do Prof. Galba, assumindo a direção da MEAC-UFC, o Prof. Dr. Francisco das Chagas Oliveira abraçou a ideia de se estimular o uso de tecnologias apropriadas a assistência ao parto de baixo risco em domicílio, tendo suporte do sistema de referência para a atenção secundária e terciária e, a adoção da posição materna na vertical, para o período expulsivo do parto, a nível domiciliar.^{9,10,11,42}

A qualidade desta atenção primária, tendo sido avaliada a cada ano, quando os dados estatísticos do trabalho conjunto entre o PROAIS e a MEAC^{50,62} provocam que apenas 15% das parturientes assistidas na zona rural necessitaram de transferência para a MEAC, que é o hospital de referencia terciária, para receberem assistência obstétrica especializada.

1.2- Revisão da Literatura

1.2.1- Histórico

Estudos históricos e antropológicos tem revelado que, a menos de três séculos, a maioria das mulheres de todas as raças e culturas, durante o trabalho de parto, adotavam uma postura vertical, mantendo o tronco ereto nos períodos de dilatação, expulsão e dequitação⁷⁹ (Figs. 1-2).

Destes estudos antropológicos, um dos mais completos foi efetuado por Engelmann, Rodet e Charpentier, e publicado em Paris, com o título

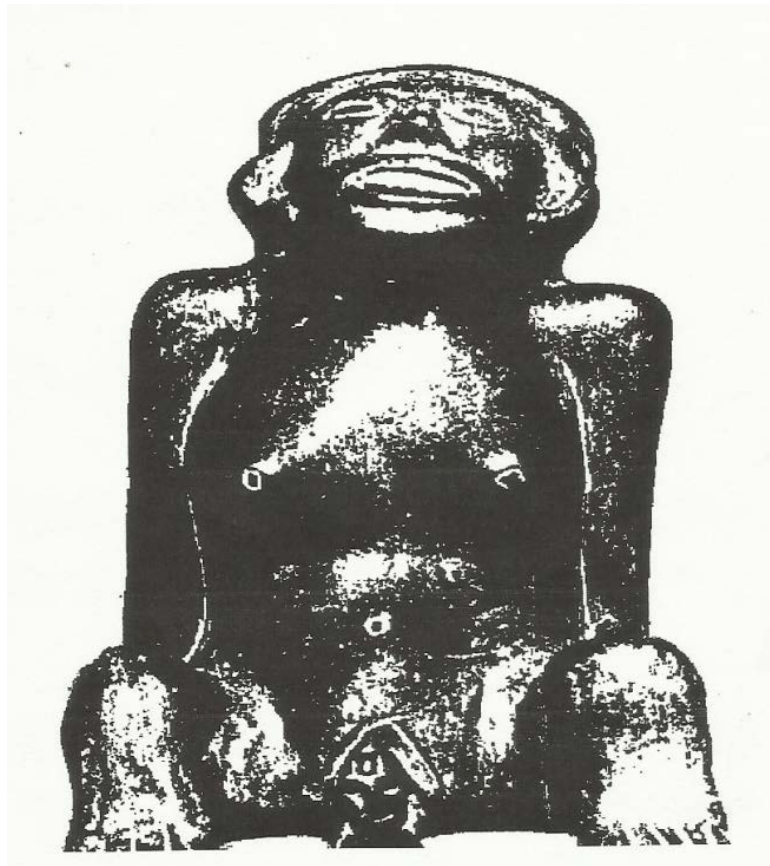


FIGURA 1 – Representação antiga de um parto indígena.

Escultura em cerâmica, da coleção particular do Prof. Galba Araújo.

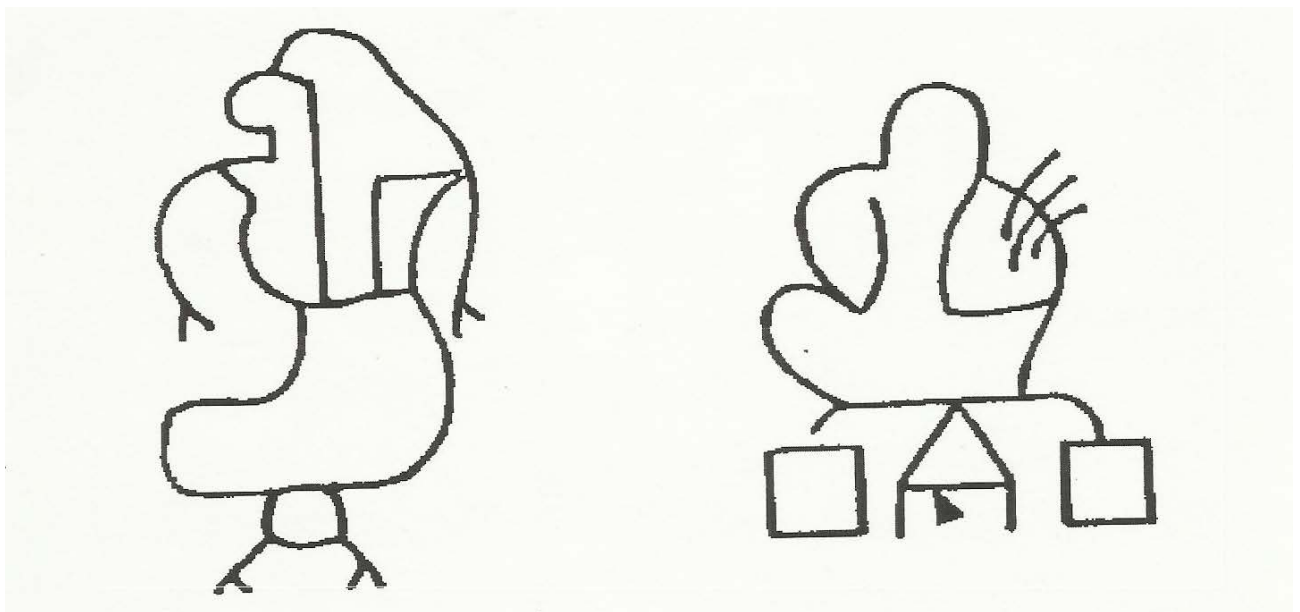


FIGURA 2- Hieróglifos exprimindo a parturição. (Rezende, 1991)

“L'accouchements chez lespeuplesprimitifs” pelaLibrarieJ.B.BallièreetFils, em 1886.Os autores fizeram um estudo valioso sobre o parto no continente africano onde ficou comprovado que este era um evento fisiológico natural e de grande importância social, onde, dependendo da região, havia a participação de membros da família, e às vezes, da comunidade, em geral.²⁶

Por outro lado, ficou também constatado que, com algumas variações, a mulher assumia a posição vertical no ato da parturição. Na Guiné, as mulheres pariam sentadas no chão e, nos países de influência mulçumana, como no Egito, as mulheres davam a luz, sentadas numa cadeira (Figs. 3-4-5).

E assim, o estudo comprovou que existiam variações regionais, sendo, no entanto, assumidas sempre, a posição ereta, ou semi-ereta do tronco, no período expulsivo do parto.

Segundo Hipócrates, que descreveu em seu trabalho “Corpus Hippocraticum”, o parto normal ocorre a apresentação cefálica do feto, que busca a saída, tendo a cabeça adiante, influência do seu maior peso, e a respectiva ação da gravidade. Neste trabalho, também é citada a existência de uma cadeira para assistência ao parto, com o assento aberto e um encosto inclinado (figs. 6-7).

Ao longo da história da civilização, de todas as posições do parto, a vertical sempre foi considerada normal, principalmente, porque algumas funções fisiológicas do corpo humano ocorrem, com mais facilidade, quando é assumida esta postura.

Foi no século XVII⁷⁹ que, na Europa, médicos obstetras quiseram observar diretamente o processo do trabalho de parto e nascimento, visando neles intervir, somente quando necessário. Aconselhavam a parturiente a assumir a posição supina (deitada de costas) que, no princípio, era utilizada no período expulsivo e que, depois, se estendeu ao período de dilatação (Fase inicial do trabalho de parto).



FIGURA 3 – Modelo da cadeira do século XVI (1535). Note a semelhança com um dos modelos recolhidos na zona rural do Estado do Ceará (fig. 10).

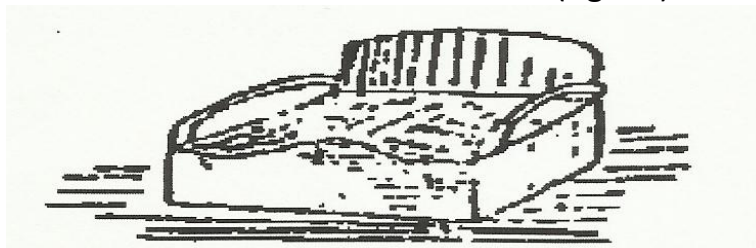


FIGURA 4 – Cadeira obstétrica dos cipriotas do final do século

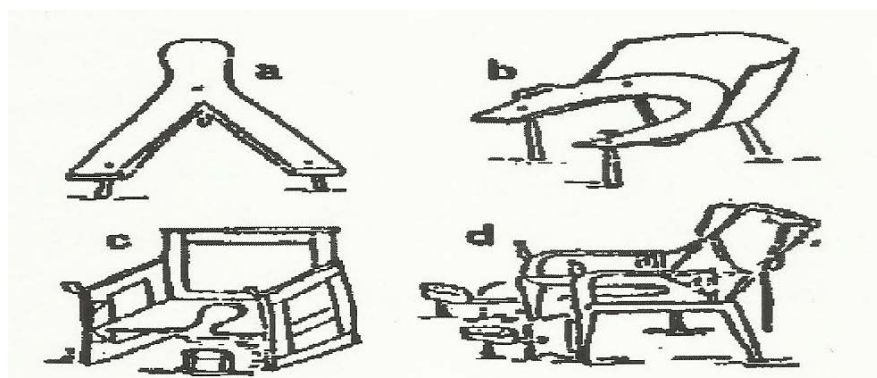
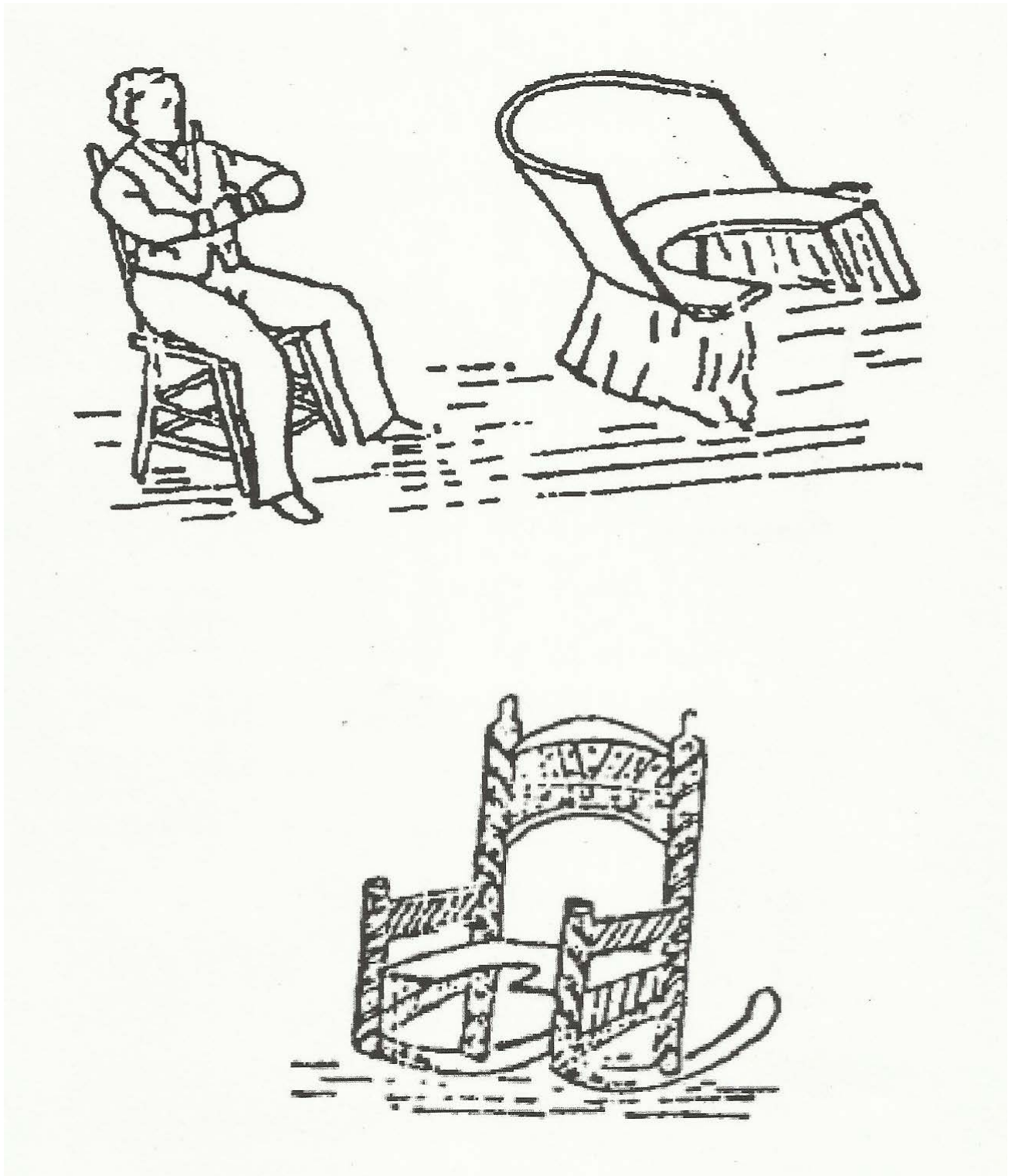


FIGURA 5 – Modificações sofridas pela cadeira: a) Savonarola,1547; b) EucariusRodins, 1544; c) Deventer, 1701; d)Stein, 1801



FIGURAS 6 e 7 – Cadeiras Obstétricas (Engelman, 1886).

Segundo Peter Dunn⁷⁹, perinatologista inglês que participou do simpósio sobre “Parto Humanizado – Formas Alternativas”, patrocinado pela Universidade de Campinas durante o XII Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro em 1988, foi no século XVII que ficaram assentadas as bases da Obstetrícia Ocidental e, que Mauriceau, na França, é considerado o profissional primeiro a encorajar mulheres a adotarem uma postura em decúbito dorsal (figs. 8-9). Segundo Dunn, a história e a antropologia revelam que, sem a influência da obstetrícia ocidental, quase universalmente, as mulheres adotam alguma forma de postura ereta, durante o trabalho de parto, e o parto.

Atualmente, comprova-se a afirmação de Dunn, através de trabalhos do Prof. Galba Araújo e colaboradores, da Universidade Federal do Ceará,^{3,9,10,11} que reuniu nos seus estudos observacionais pela zona rural do Estado do Ceará, a constatação de que, a nível domiciliar, a postura assumida pela mulher, durante o período expulsivo, é sempre ereta, sentada usualmente, em cadeiras ou bancos, que se assemelham aos usados na Europa e na África, influência de nossos colonizadores (Figs. 10-11).

Autores como, Moisés Paciornik,^{64,65} que também procedeu a estudos observacionais no Sul do Brasil, constatou a facilidade com que parem as índias, na zona rural, preferindo a posição ereta, de cócoras, para o período expulsivo do parto.

Segundo Paciornik, de nada valeu o argumento feito no século XVII, contra o decúbito dorsal, como posição no ato de parturição, comparando o ato de parir ao ato fisiológico de defecação. Dizia ele, que Mauriceau afirmou “..o parto difere da evacuação; esta expulsa massa inanimada, inerte, enquanto no parto, sai da mãe, um ser vivo, ativo, que colabora no próprio nascimento”. É verdade que àquela época, acreditava-se na cooperação ativa do feto, no ato de parturição. Hoje, os



FIGURA 8 – Francisco Mauriceau (1637-1709).

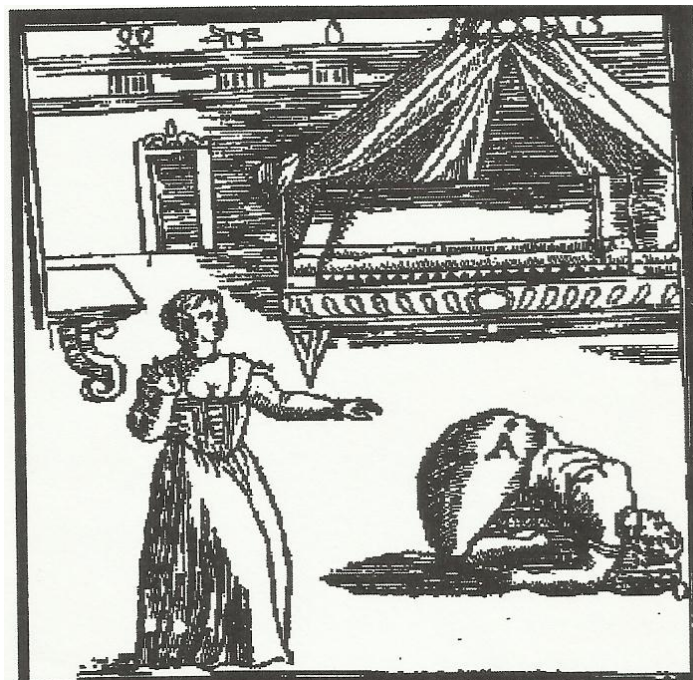


FIGURA 9 – Gravura de “La commare o ‘Racoglitrice’”, de Mercúrio (1595), indicando a postura aconselhada para o parto de obesas (Rezende, 1991).

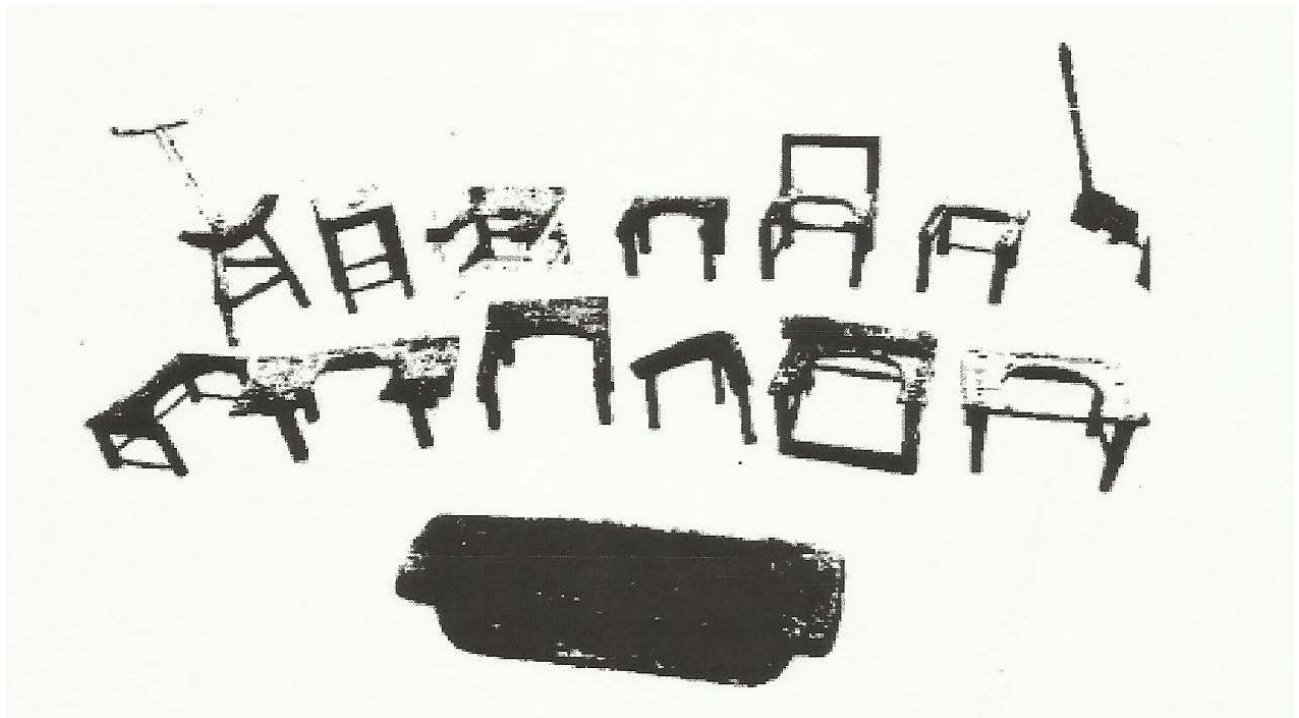


FIGURA 10 – Cadeiras obstétricas utilizadas na zona rural no Estado do Ceará. Coletadas pelo Prof. Galba Araújo.



FIGURA 11 – Cópia de cadeira obstétrica primitiva, usada pelos colonizadores no Ceará.

estudos demonstraram ser inteiramente passivo, o papel do feto, ficando a parte ativa do mecanismo de parto, por conta da contratilidade uterina e dos músculos retos abdominais da parturiente; integra ainda a parte passiva do feto, a permeabilidade ou desobstrução do canal de parto e a força da gravidade, que estaria anulada, com a parturiente em decúbito dorsal.¹⁹ Na realidade, se a parturiente fica em litotomia, tem que empurrar o feto para cima, além da pressão mencionada (força da gravidade) deixar de colaborar (figs. 12-13).

O que é fato, é que a posição materna supina, no parto, começou a ser aceita como normal, quer sob o ponto de vista médico, quer sob o cultural, aonde chegue a influência da Obstetrícia Ocidental.

Nos últimos anos, muitos experientes obstetras e perinatólogos (Caldeyro-Barcia-Uruguay, Dunn – Inglaterra, Araújo – Brasil, Gallo – Espanha, Wagner – Alemanha), têm chamado a atenção sobre as desvantagens e perigo potencial da posição supina, indicando haver menor eficiência das contrações uterinas, na dilatação do cervix, e maior duração dos períodos de dilatação e expulsão. Tudo isso vem sendo ignorado, até agora, pela maioria dos tocoginecologistas³¹.

Segundo Gardosi,⁷⁹ são diversas as razões apresentadas para a lenta receptividade e, até rejeição dos obstetras, pela indicação da forma vertical para a atenção ao parto vaginal de baixo risco:

a) a preferência dos obstetras por atenderem parturientes em posição supina dorsal e estática, por propiciar:

- monitorização das contrações uterinas e frequência cardíaca fetal;
- adequação mais fácil às normas de higiene e anti-sepsia;
- manutenção fácil das vias intravenosas;
- melhor assistência médica na analgesia e anestesia epidural;

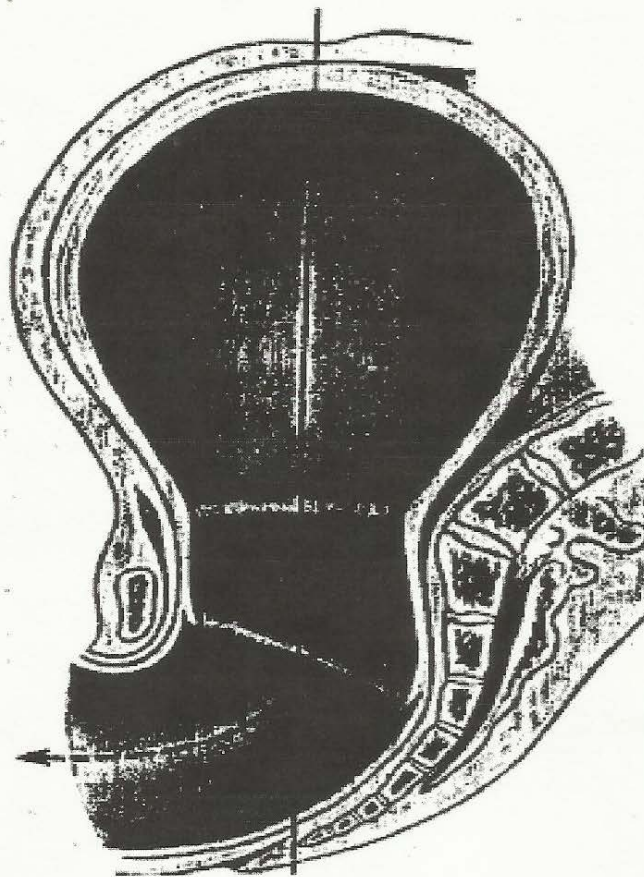


FIGURA 12 - Canal de parto como comumente é retratado. Entretanto, só adquire esta conformação, quando a parturiente assume a posição vertical.

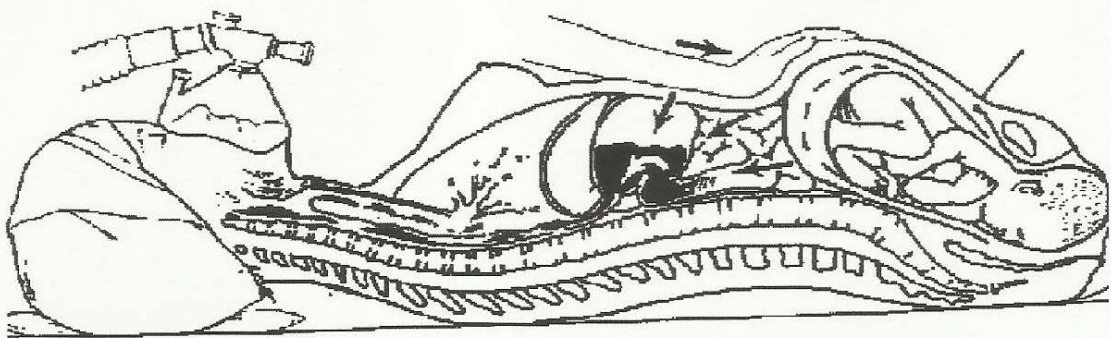


FIGURA 13 - Posição do feto, durante a progressão pelo canal do parto, estando a parturiente em posição horizontal. Note-se que além da compressão dos vasos abdominais, com o peso uterino, pode haver regurgitação do conteúdo gástrico devido ao aumento das pressões intrabdominais e intragástrica, durante o parto(Reproduzido de Bonica, JJ.op.cit.apud Rezende, 1991).

- controle preciso da região da apresentação;
- facilidade de efetuar manobras obstétricas tais como, episiotomia, uso do fórceps;
- maior comodidade do obstetra, que não precisa se abaixar muito e, tem o seu trabalho facilitado;

b) resultados, pouco conclusivos, que demonstrem as vantagens e desvantagens da assistência ao período expulsivo do parto na posição vertical porque:

- algumas investigações recentes não encontraram diferenças significativas, entre forma supina dorsal e vertical, no que tange à hemorragia, durante o parto;
- existe dificuldade de se realizar estudos prospectivos controlados, randomizados, entre grupos de mulheres em diferentes posições, cuja distribuição seja causal;

c) existência do elemento de perpetuação – a posição esperada social e/ou culturalmente, para o período expulsivo, é a deitada na cama, sendo assim:

- a obstetrícia ocidental, tendo por fundamento o “magister dixit”, popularizou a postura horizontal, no período expulsivo;
- o progresso trouxe condições de vida mais cômodas, diminuindo a necessidade de esforço físico, daí surgirem artefatos, tanto para defecar, como para parir, (vaso sanitário e cadeiras ou mesas obstétricas, respectivamente);
- a postura de cócoras, de joelhos, ou mesmo, em pé, são culturalmente identificadas, na atualidade, como posições primitivas, atípicas para a mulher moderna, no ato de parturição;

d) a preferência pelo parto hospitalar, onde a mulher tem que se submeter às condições ali existentes:

- camas para deitar, no período de dilatação e, camas para deitar no período expulsivo; segundo Dunn⁷⁹, “é considerado mais fácil administrar um hospital, quando os ‘pacientes’ são mantidos na cama”.

1.2.2 – Classificação e Definição de Posições para o Período Expulsivo do Parto

Engelman²⁸, em 1886, classificou as diferentes posições adotadas, de acordo com a orientação do eixo corporal em:

Perpendicular –

- a) de pé (fig. 14)
- b) parcialmente suspensa (fig. 15)
- c) suspensa (fig. 16)

Inclinada

- a) sentada (figs. 17-21)
- b) de cócoras (fig. 18)
- c) de joelhos (fig. 19)
- d) semi-deitada (figs. 20-22)

Horizontal ou Deitada –

- a) sobre as costas (fig. 23)
- b) sobre o peito ou estômago (figs. 24-25)

Segundo Atwood⁷, em 1976, um dos aspectos mais importantes da parturição é a passagem do feto através do canal do parto, e um dos fatores que influem neste processo é a postura da mãe durante a segunda fase do trabalho de parto (período expulsivo). Este fator, no entanto, tem sido muito mais determinado pelos padrões culturais ou costumes, do que pelo processo fisiológico. Cada uma das posições assumidas durante o período expulsivo, parecem ter pontos positivos ou negativos, a seu favor.

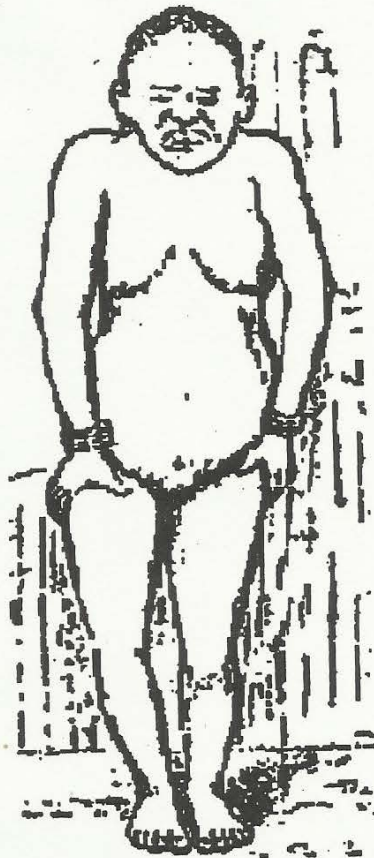


FIGURA 14 - Posição de pé.



FIGURA 15 - Posição de pé, parcialmente suspensa.

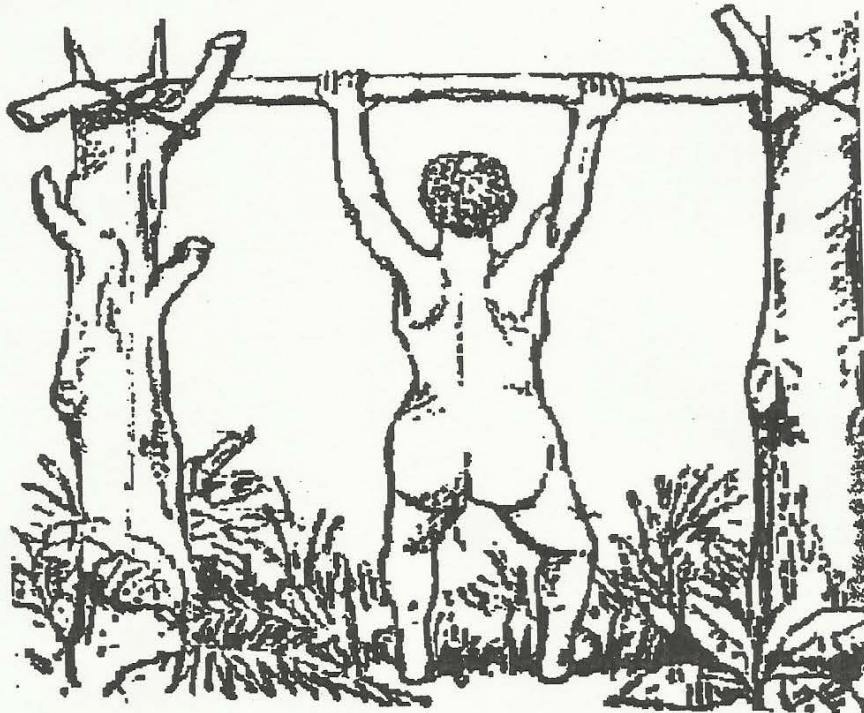


FIGURA 16 - Posição de pé, suspensa.



FIGURA 17 - Posição sentada



FIGURA 18 - Posição de cócoras.



FIGURA 19 - Posição de joelho.

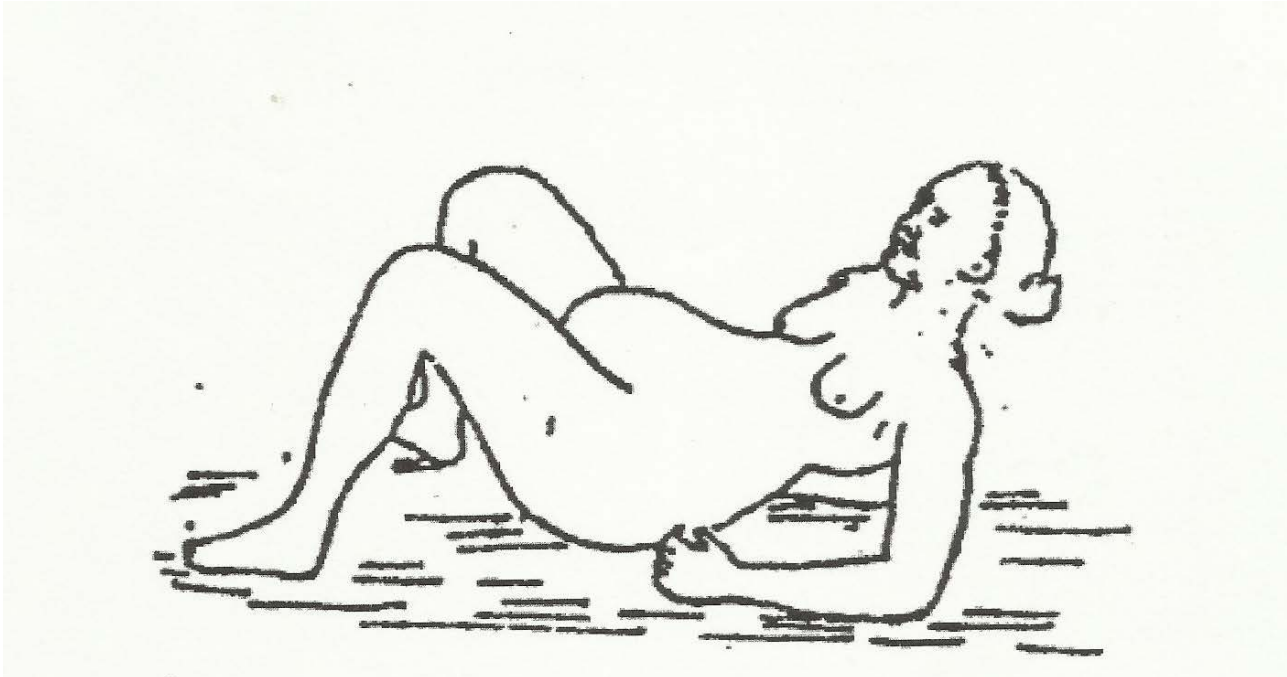


FIGURA 20 - Posição semi-deitada.

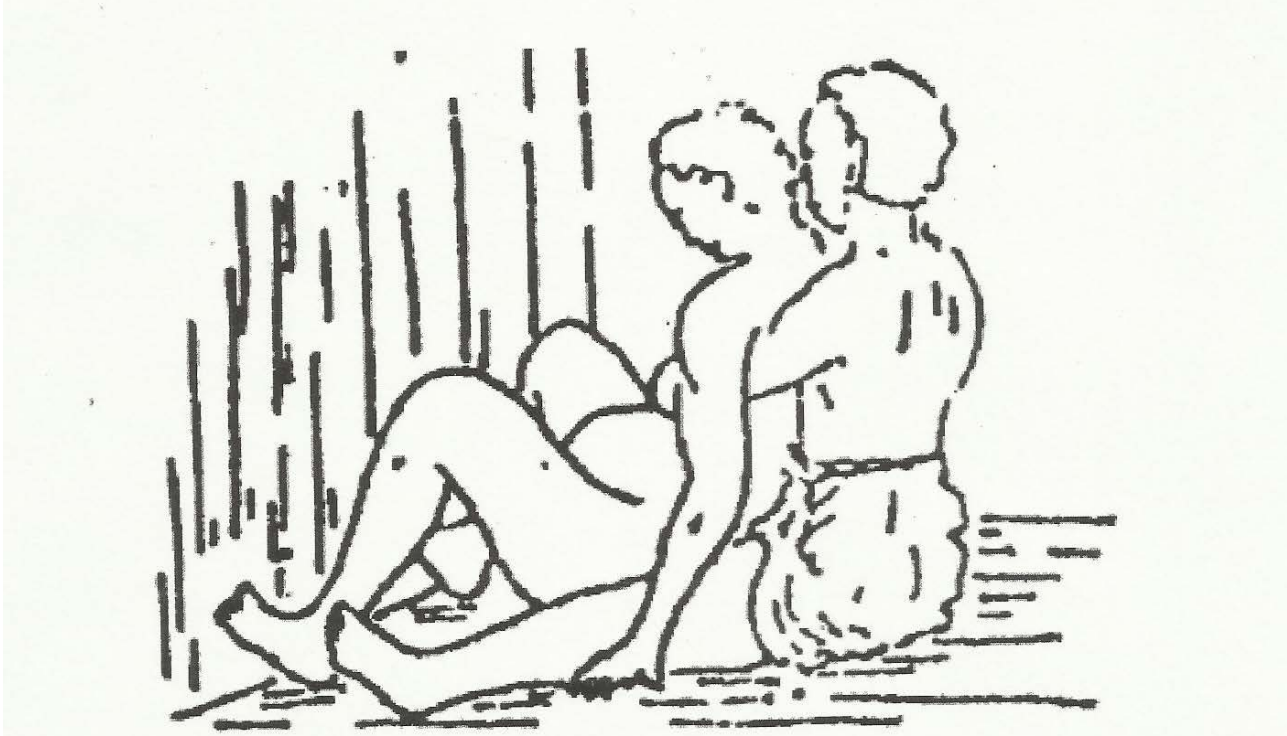


FIGURA 21 - Posição sentada, apoiada no marido.

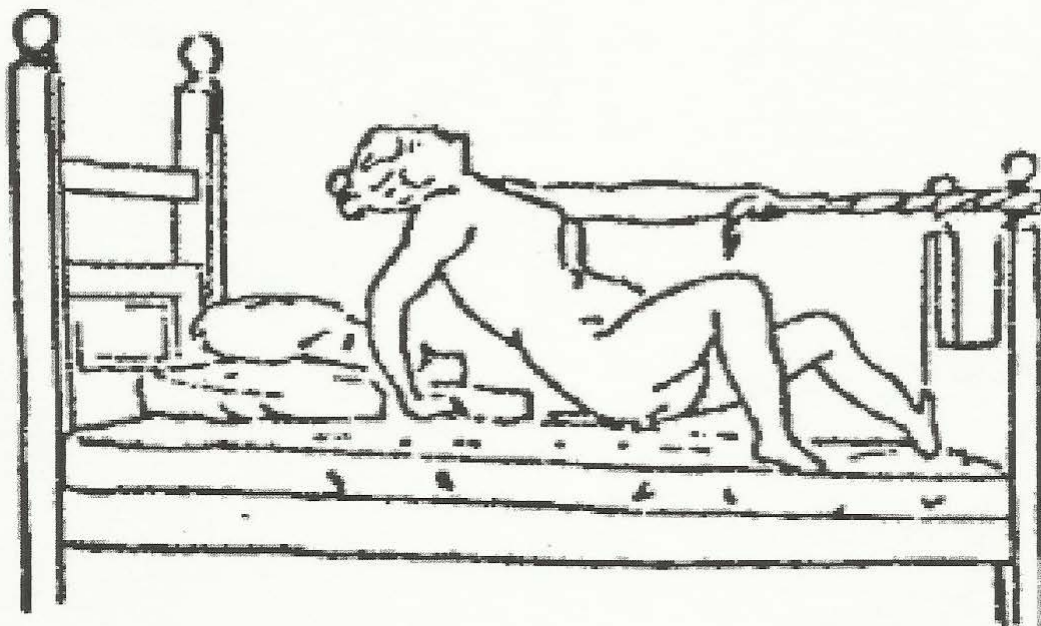


FIGURA 22 - Posição semi-deitada, no período expulsivo.

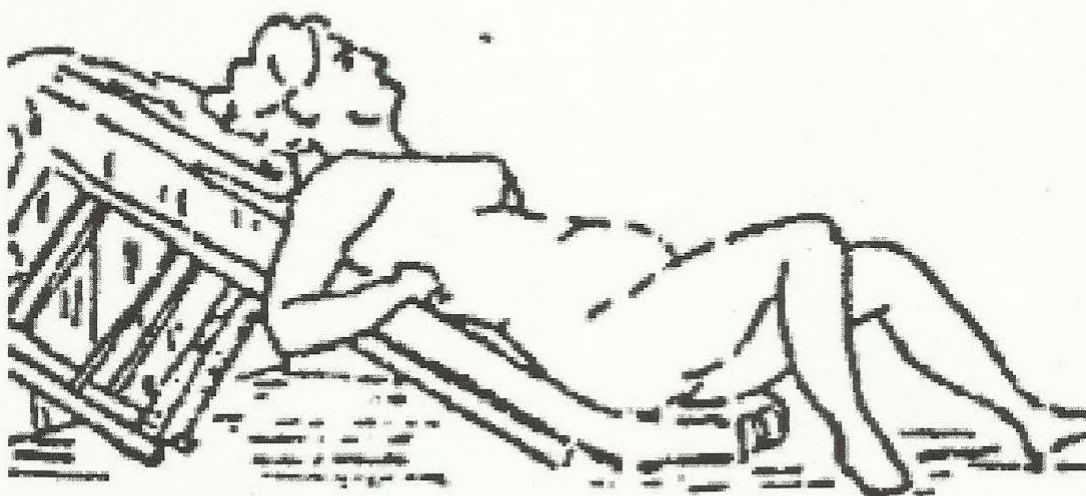


FIGURA 23 - Posição deitada, usada no Canadá.

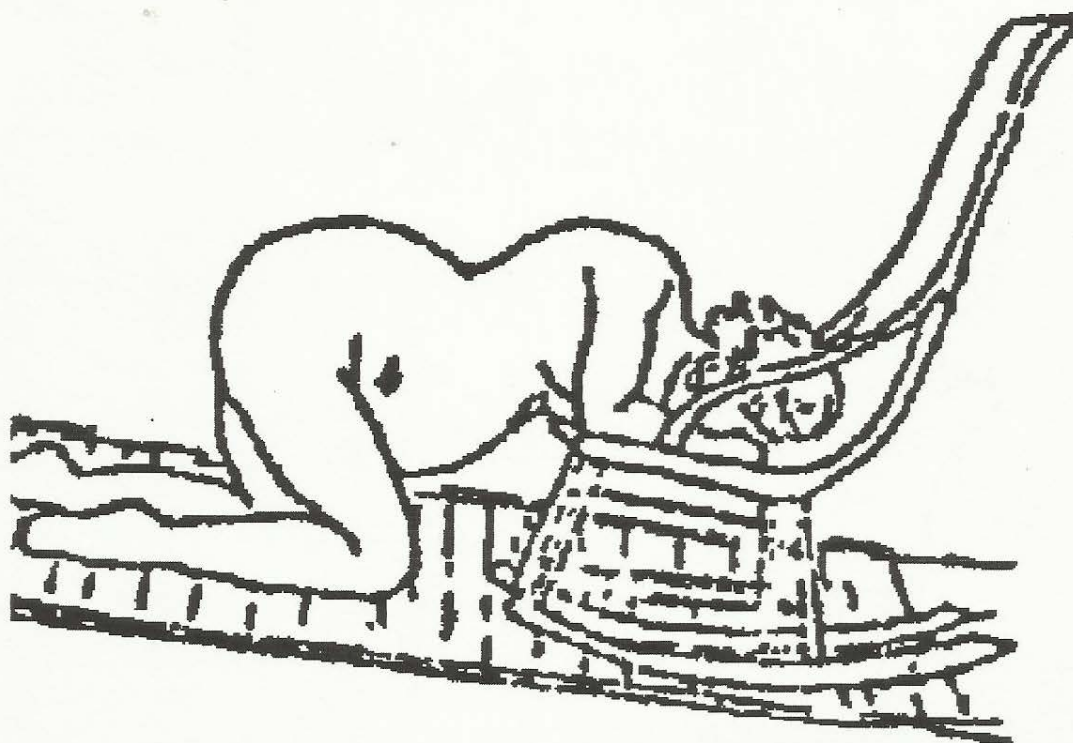


FIGURA 24 - Posição genu-peitoral.

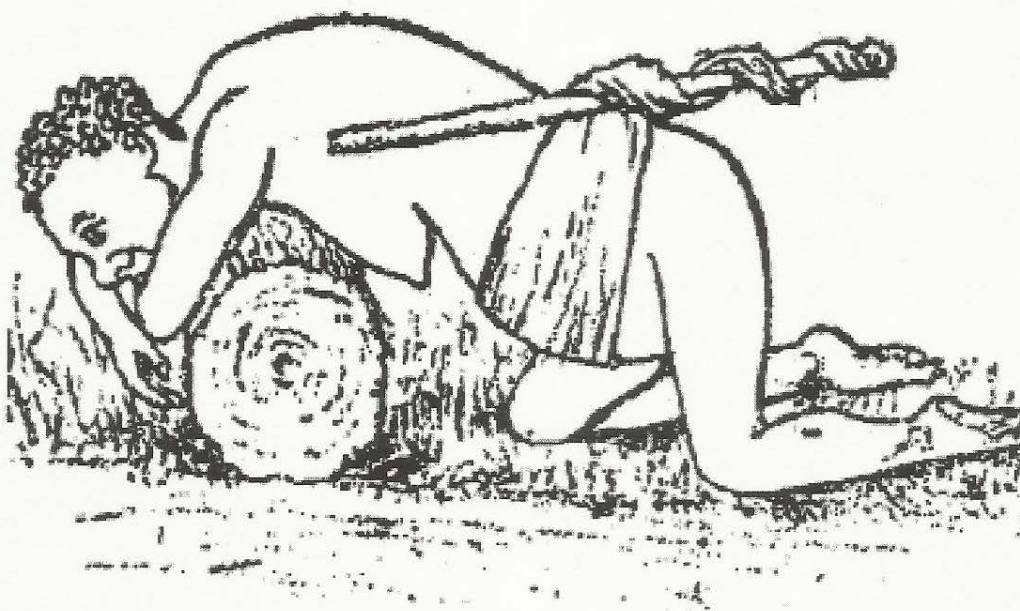


FIGURA 25 - Posição sobre o peito, sendo utilizada compressão para expulsão da placenta.

Segundo Narrol e colaboradores⁵⁷, em 1961, a **posição vertical** “é aquela na qual a linha que liga o ponto médio das 3ª e 4ª vértebras lombares das mulheres, está mais próxima da linha vertical que da horizontal, de tal modo que a 3ª vértebra lombar fique num plano mais alto do que o da 5ª vértebra sacra (fig.26). Incluídas como posição vertical temos as posições: de pé, sentada, agachada ou de cócoras e, de joelhos.

A **posição neutra** é aquela em que a linha que conecta o ponto médio das 3ª e 5ª vértebras lombares é mais horizontal do que vertical. Existem 10 (dez) tipos de posições neutras, dentre as quais, umas já se enquadram na **posição horizontal**:

a) decúbito dorsal ou posição supina, quando o peso da mulher repousa sobre as costas e, as pernas estão totalmente estendidas;

b) posição semi-dorsal, quando a mulher repousa sobre suas costas, que estão numa posição inclinada; os pés podem ficar junto às nádegas (com flexão dos joelhos), ou as pernas podem ficar estendidas;

c) posição de litotomia – também chamada de ginecológica – quando a mulher repousa sobre suas costas, mas suas pernas estão dobradas ou separadas, com os pés sobre um estribo ou, as pernas ficam suspensas pela região poplítea. Há uma posição de “exagerada litotomia”, quando as pernas dobradas no joelho, são levadas próximas ao tórax da parturiente^{24,72} (fig. 27);

d) posição de Tredelemburg, seria a mesma assumida pela mulher na posição litotômica, com a diferença que a mesa é inclinada, de forma que a cabeça fique mais baixa que a pelve;^{24,77}

e) posição de Walcher – também chamada de pernas pendentes, quando a mulher apóia as costas sobre uma mesa horizontal e suas nádegas estão bem no bordo da mesa, permitindo que as pernas fiquem pendentes, sem que os pés toquem o

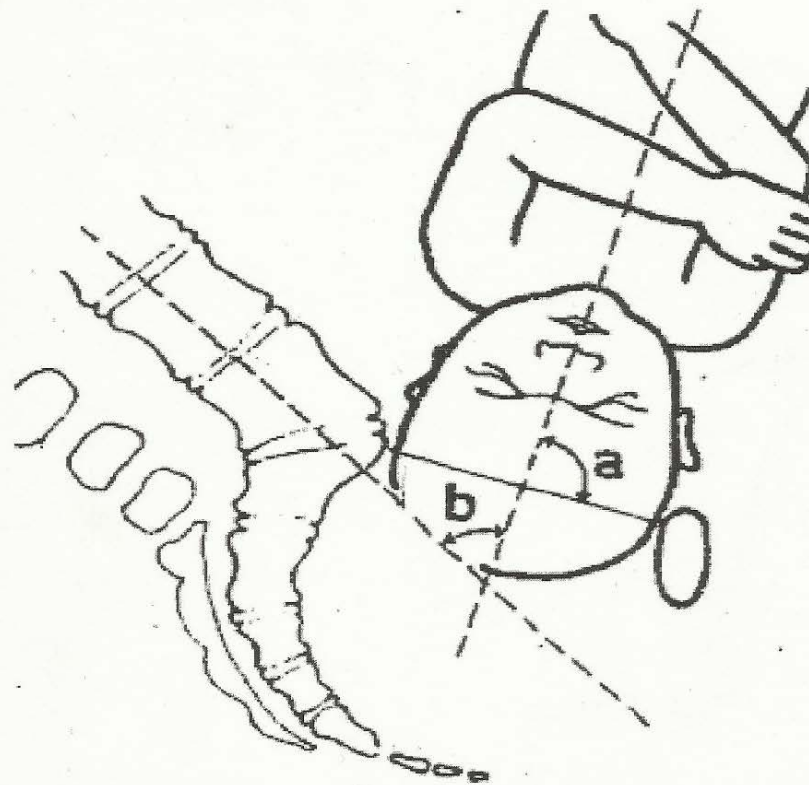


FIGURA 26 - Ângulo "a" está determinado pela relação entre o eixo longitudinal do feto e o plano do estreito superior (ângulo fetopélvico de ingresso Alvarez-Lajonchare), Galo, 1980

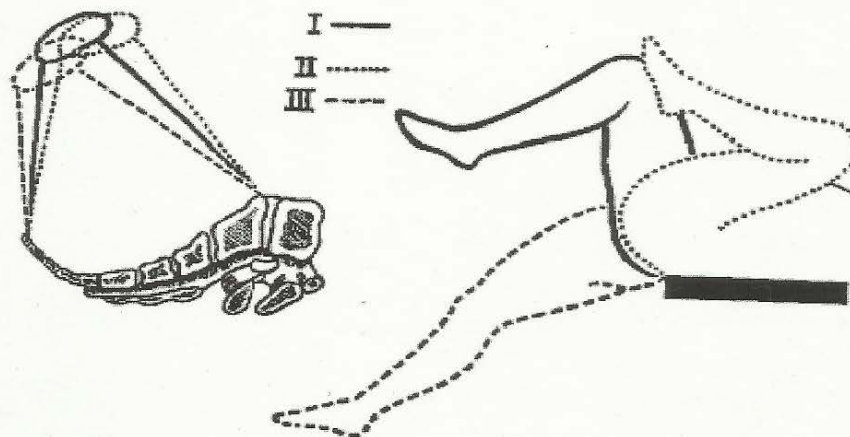


FIGURA 27 - Posições que modificam a amplitude da bacia. I - Flexão moderada da perna sobre a coxa e desta sobre o tronco (posição de litotomia também chamada de Bonnaire-Bué); II - Exagero da flexão (posição do Laborie-Ducan) que aumenta a diâmetro antero-posterior do estreito inferior; III- Posição de Crauzot-Walcher (amplia o estreito superior, Rezende, 1991.)

solo (fig 27);^{8,15,48,66,72,77,84}

f) posição lateral – é aquela em que a mulher se apoia sobre um lado de seu corpo, com as pernas formando um ângulo reto, como se ela estivesse na posição sentada;¹⁵

g) posição de Sims – também chamada de “prona lateral”, é aquela em que a mulher se apoia sobre um lado, com o tórax direcionado para a mesa, a pélvis elevada acima do abdome, a perna inferior ligeiramente flexionada e a superior flexionada na direção do tórax;^{24,66,77}

h) posição genupeitoral – também chamada postura “maometana”, é aquela em que a mulher está de joelhos, com grande parte de seu peso apoiado sobre as mãos ou cotovelos;^{15,24,77}

i) posição em decúbito prono, é aquela em que a mulher descansa sobre seu estômago.

As posições, assumidas no período expulsivo, mais utilizadas atualmente, no mundo, são: decúbito dorsal ou supino, decúbito lateral, de pé, de joelhos, sentada e de cócoras.

Neste estudo, levou-se em consideração as posições mais assumidas no âmbito de ação dos programas assistidos pela Universidade Federal do Ceará: A posição de litotomia (fig. 28) e a posição sentada em cadeira obstétrica, patenteada pelo Prof. Galba Araújo e fabricada pela Baumer (fig. 29) que foi criada à semelhança das cadeiras obstétricas encontradas pelo mencionado professor em seus estudos observacionais na zona rural, área de atuação do Programa de Ações Integradas de Saúde – PROAIS. (fig. 30).

A experiência adquirida com os estudos antropológicos do programa de extensão universitária já mencionado, foi trazida para o ambiente do hospital escola, onde se procederam novos estudos, que finalizaram com a criação de uma cadeira

obstétrica com as seguintes características: (Figs. 31-32) assento com o bordo terminando em meia-lua, permitindo a livre expulsão do feto e placenta; anteparo (em forma de gaveta) para a deposição dos produtos do parto, situado em nível abaixo do assento; apoio para os pés, em forma de sapatas anatômicas, como se estivessem apoiados sobre o solo, permitindo a flexão das pernas, em ângulo de 90 graus com as coxas e nádegas; arco que se projeta do assento obstétrico para cima, circundando a parturiente acima de sua cabeça (na zona rural costuma-se pendurar uma corda no teto) (Fig. 33), onde a mulher agarra para se firmar melhor durante os puxos e que substituiria o apoio do marido ou pessoa da família, ou mesmo da corda, tradicional na zona rural; encosto reclinável (substituindo também o apoio familiar, no intervalo das contrações) que, durante o final do período expulsivo, é colocado em ângulo que varia de 80 a 45 graus, e que pode ficar totalmente horizontalizado, se houver necessidade de manobra obstétrica. A altura da cadeira, permite a assistência do parteiro, sem que tenha que se agachar, como o faz a parteira empírica, no parto domiciliar, assistido com a parturiente sentada na cadeira tradicional (fig. 33).

É interessante mencionar que, por ocasião dos primeiros experimentos para a confecção da cadeira adotada pela Baumer, o Prof. Galba Araújo tentou colocar alças de couro à altura dos antigos anteparos das pernas (quando em posição litotômica), crendo ele que o mecanismo adotado pela “posição de remador” assumida anteriormente, se aplicaria ao caso em questão. Nos testes, utilizando a cadeira, dadas as duas opções às parturiente, estas, se ativeram ao arco, demonstrando assim que a antiga corda que pendia no teto, havia sido testada e aprovada, não só pelo uso, mas por sua eficácia e comodidade. Esta versão, patenteada pelo Prof. Galba Araújo e fabricada pela Baumer, foi a cadeira utilizada para o grupo de estudo do parto assistido na vertical.

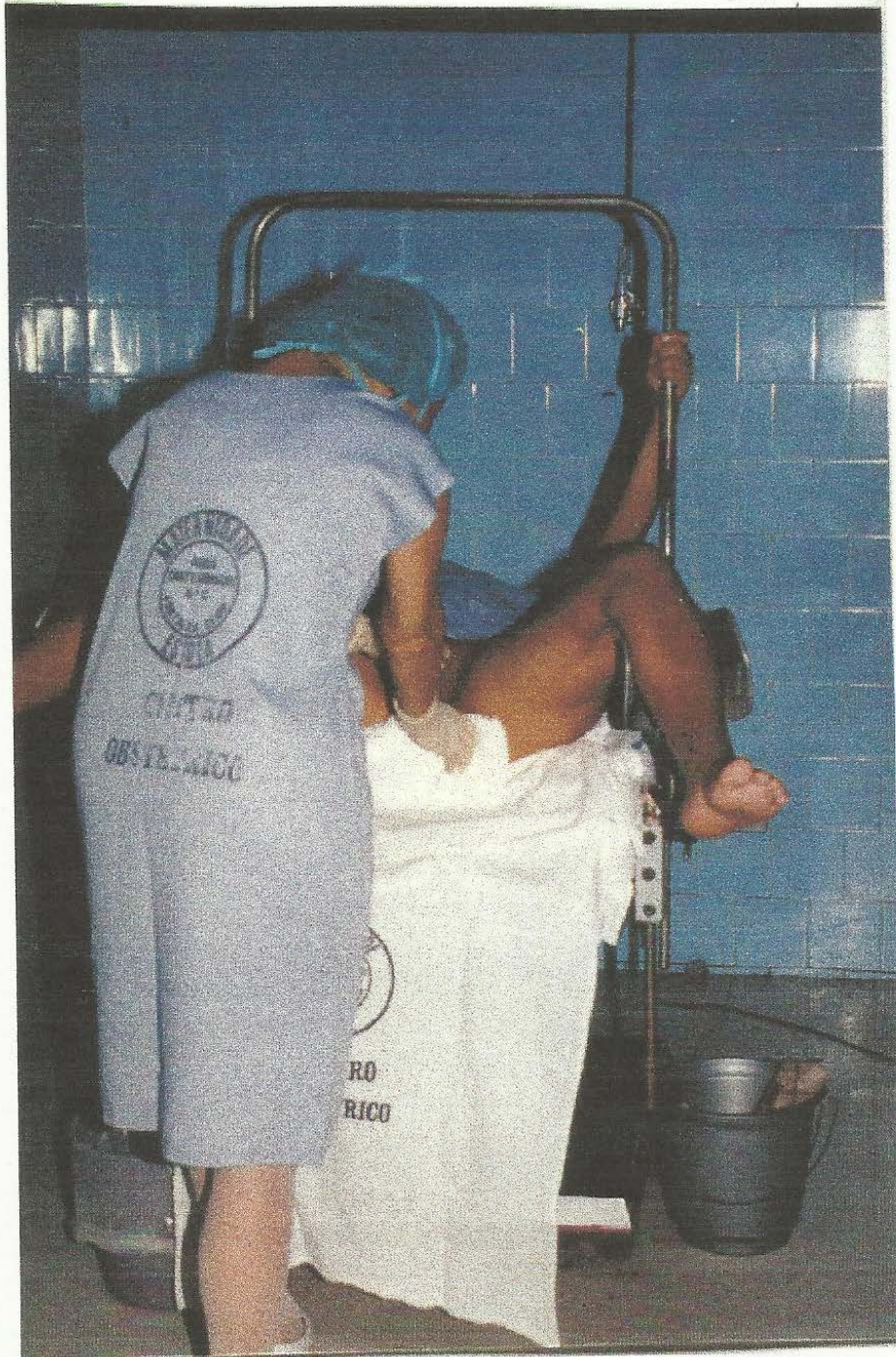


FIGURA 28 - Assistência ao período expulsivo do parto com a parturiente na posição litotômica na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.



FIGURA 29 - Assistência ao período expulsivo do parto com a parturiente na posição sentada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand

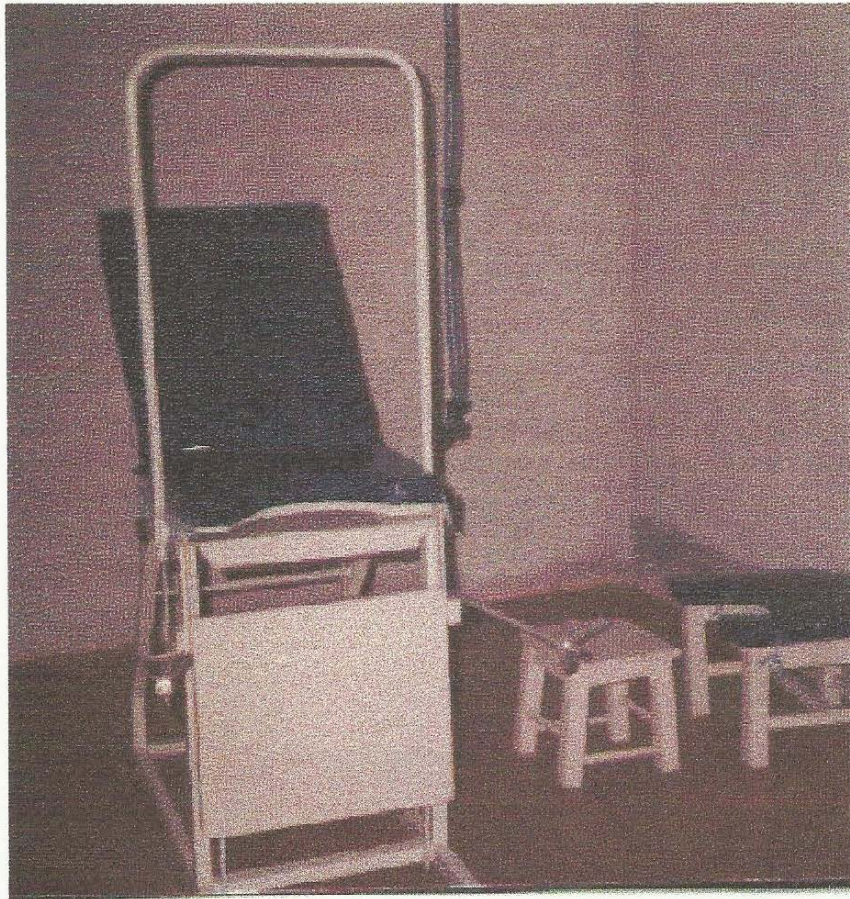


FIGURA 30 - Modelo simplificado da cadeira obstétrica, para ser utilizada nas unidades primárias de saúde da zona rural, idealizado pelo Prof. Galba Araújo. A alternativa para a cliente utilizar o banco de parto, também é oferecida.

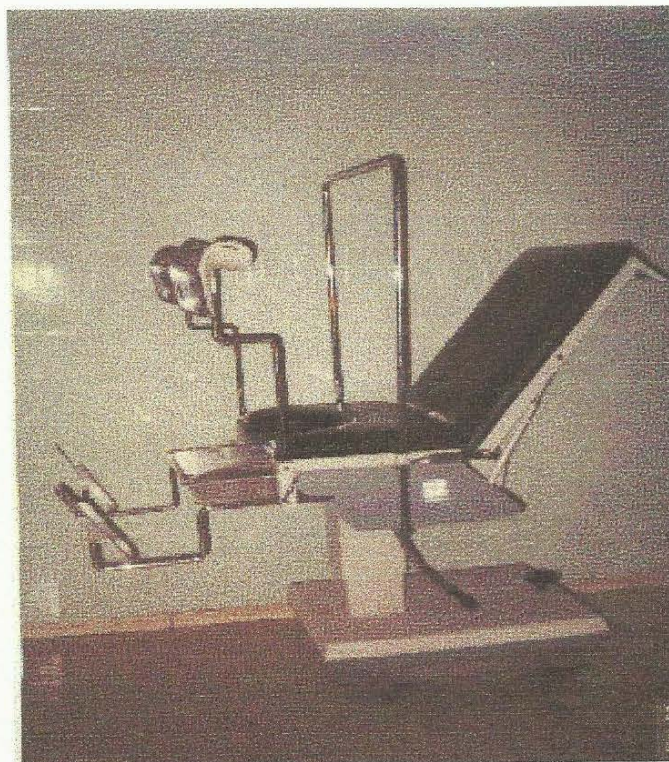


FIGURA 31 - Mesa obstétrica para assistência ao período expulsivo do parto, na posição sentada, criada pelo Prof. Galba Araújo e patenteada pela BAUMER.

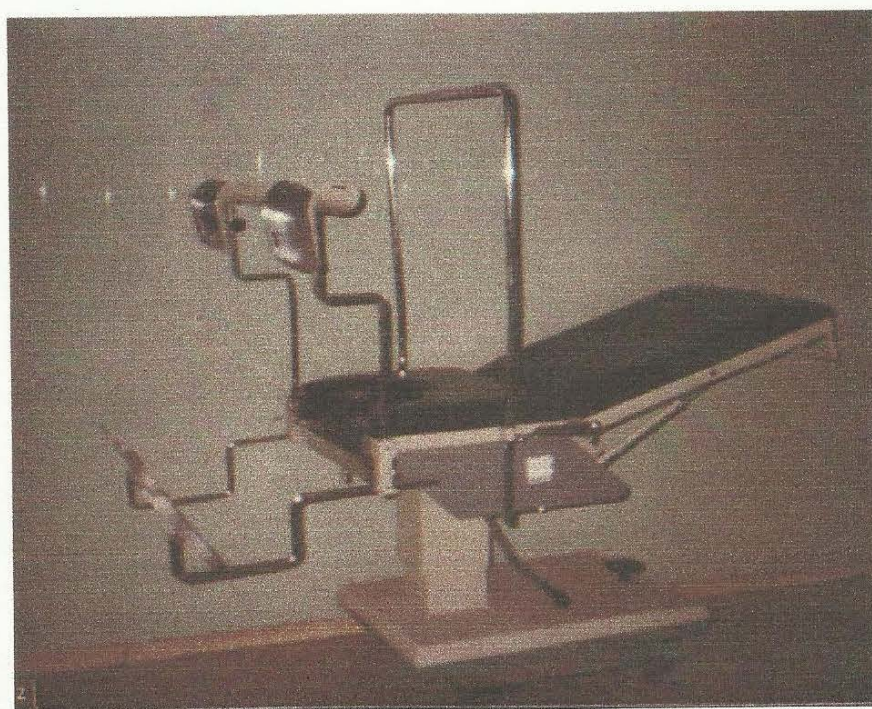


FIGURA 32 - A mesa obstétrica para assistência ao período expulsivo do parto, na posição sentada tem encosto ajustável à inclinação desejada e a opção para colocação das pernas, se houver necessidade da parturiente assumir a posição litotômica para manobras tocúrgicas.



FIGURA 33 - Flagrante de um parto assistido na posição sentada, quando a mulher utiliza uma corda, presa ao teto, para auxiliar nos puxos. Unidade Primária de Saúde da zona rural do Estado do Ceará.

Durante o trabalho de parto fisiológico, a posição de decúbito supino pode ser prejudicial para o descenso e encaixamento da apresentação fetal, sendo a vertical, a posição mais fisiológica, já que aumenta o ângulo de condução³¹ e diminui o ângulo feto-pélvico de ingresso (fig. 34).

Quando a mulher gestante passa da posição supina à sentada, o diâmetro bisiquiático aumenta 7,6 mm, em média.³¹

Na posição vertical, a força da gravidade dirige o peso do feto e o líquido amniótico para baixo⁸⁰ cooperando com as contrações uterinas - na dilatação do colo uterino - e com os esforços do puxo, na abertura do canal de parto e introito vaginal. Esta pressão é estimada em 30mmHg. Se a parturiente fica em litotomia, tem que empurrar o feto, para cima, além da pressão mencionada deixar de existir.¹⁷

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, hospital escola da Universidade Federal do Ceará, também houve pouca aceitação do parto assistido, na posição sentada, já descrita anteriormente. No entanto, alguma influência foi exercida junto aos obstetras, pela observação dos partos assistidos na vertical. O serviço de obstetrícia adotou o recosto inclinado a cerca de 30 graus, o arco para oferecer apoio à parturiente durante os puxos, mas retirou o apoio para os pés, colocando a parturiente com as pernas flexionadas sobre as coxas, mantendo-a na posição litotômica modificada. Portanto, o decúbito dorsal é mantido parcialmente, pois a mulher repousa sobre as costas, com as pernas apoiadas, na região poplíteia, em anteparos laterais elevados, que as mantêm separadas e suspensas, acima da cama obstétrica. Com isto, as nádegas da parturiente ficam sobre a mesa, apoiadas apenas na região túbero-isquiática, quiçá dificultando o basculamento do osso coxígeo, por ocasião da passagem do feto pelo estreito inferior da pelve.²⁴ Na maioria das vezes, esta foi a posição adotada durante o estudo pelo segundo grupo de parturientes, assistidas durante o período expulsivo, quando a

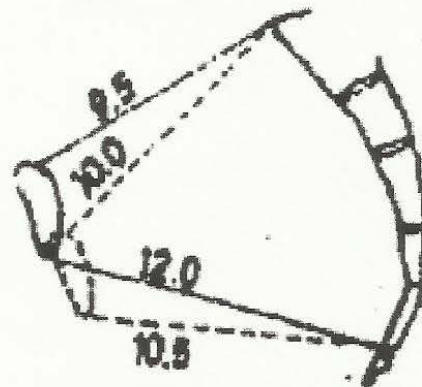
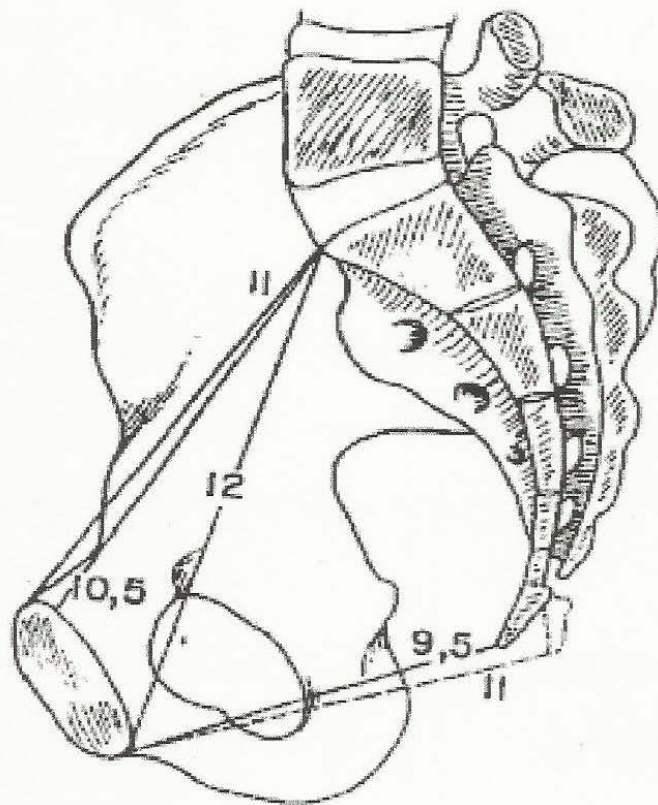


FIGURA 34 - Corte sagital da bacia, mostrando, de cima para baixo: *conjugata vera anatômica*, *conjugata vera obstétrica*, *conjugata diagonalis*; *conjugata exitus*, sem e com a *retropulsão de coccige*, Rezende, 1991.

parturiente reclamou de desconforto respiratório, estando completamente deitada.

1.2.3 – O Canal do Parto e as Posições assumidas pela Parturiente durante o Período Expulsivo

Segundo Gallo³¹, em 1979, durante a gravidez se produz um relaxamento fisiológico das articulações pélvicas. As dimensões dos diâmetros ântero-posteriores dos estreitos superior e inferior, estão influenciadas pela descida da cabeça fetal e pelas mudanças da posição materna.

De acordo com Leon, J.⁴⁸, em 1956, para a progressão e expulsão do cilindro fetal, devem prevalecer forças que, atuando desde o extremo superior, o impulsionem para fora (mecânica uterina), acima das forças, que exercidas desde o extremo inferior, se opõem à sua expulsão (músculos do diafragma pélvico). Como consequência da resistência que exercem os músculos pélvicos à saída fetal e, para diminuir ou abolir esta dificuldade, numerosos autores justificam o uso de anestésicos locais, ou loco-regionais, que, junto com o uso de episiotomia, favorecem a expulsão fetal, devido a uma diminuição do tônus dos músculos do diafragma pélvico.

Algumas posições podem oferecer maior relaxamento dos músculos do assoalho pélvico. Na posição de Walcher, e, um pouco menos, na posição de pé, o diâmetro promonto-púbico aumenta 1cm e, na posição de cócoras, o diâmetro Antero-posterior do estreito inferior aumenta 2cm.^{8,15,84,77,66}

Quando a mulher assume uma posição vertical durante o período de dilatação, o parto passa a ter contrações mais fortes e mais eficientes, segundo os autores da ICEA⁵⁵, em 1978. Costa, C.²², em 1981, afirma...”que as vantagens do parto na vertical foram cientificamente comprovadas por Caldeyro Barcia,^{17,18,19}

restando apenas a consagração pelo tempo, a quem fica sempre e, invariavelmente, confiada a última palavra”.

De acordo com Sabatino e colaboradores⁷⁹, em 1992, na posição supina dorsal, principalmente em litotomia, a apresentação é empurrada na direção do períneo anterior, causando uma grande pressão sobre o mesmo, até que a cabeça do feto suba rumo ao intróito vaginal, e provoque um estiramento perineal exagerado. Este último, quando existe flexão forçada das coxas sobre a pélvis, torna-se aumentado, justificando maior incidência de desgarros vaginais e maior necessidade de se fazer episiotomia.

Na posição vertical e, com as pernas estendidas, o eixo da pélvis e o intróito vaginal estão alinhados e, também nesta posição, o sacro pode mover-se para traz, abrindo o diâmetro de saída da pélvis (Fig. 34).

As vantagens da episiotomia, segundo Rockner⁷⁴, em 1991, foram inicialmente sugeridas por Ould, em 1742, como uma ajuda em “partos vaginais extremamente difíceis”.

Em 1920, De Lee (apud Rockner, 1989)⁷³ publicou um artigo, no qual recomenda o uso de fórceps e a episiotomia de rotina para todas as primíperas, no parto, para o bem estar materno-fetal.

Em outra publicação, Rockner⁷⁴, em 1991, deixou também explícito, que De Lee considera o processo de nascimento patológico, e que, somente as intervenções obstétricas podiam prevenir os resultados indesejados.

Esta postulação, coincidiu com a mudança da assistência ao parto, do domicílio para o hospital e, da assistência feita por parteiras, para a dos médicos.

Vários estudos^{89,90,92} contestam a indicação rotineira da episiotomia e, outros^{57,63} sugerem que posições alternativas diminuem a sua necessidade no parto normal, não complicado. Por outro lado, os que advogam a episiotomia,^{24,72} o fazem

visando a prevenção do relaxamento da musculatura perineal (especialmente em primíparas).

Rockner, G. e colaboradores ⁷⁴, em 1991, demonstraram, com o uso da retenção de cones pela vagina, que a força muscular do assoalho pélvico não diferia entre mulheres submetidas a episiotomia e, outras, que haviam tido lacerações espontâneas. Esta conclusão foi coincidente com a de Sleep e colaboradores, 1984, (apud Rockner, 1991)⁷⁵ que não corroboraram a hipótese de que a episiotomia reduziria o risco de dano aos músculos do assoalho pélvico.

Apesar de alguns estudos demonstrarem que a hemorragia (>600ml) foi mais frequente no grupo de mulheres episiotomizadas⁷³, do que no grupo das não episiotomizadas, este procedimento cirúrgico vem aumentando na assistência ao parto normal. Isto, apesar da alta frequência de queixas de desconforto e dor, no pós-parto com episiotomia e, de que nos estudos feitos, não tenha sido provado o seu mérito, comparando o procedimento com as lacerações espontâneas.^{73,82}

A hemorragia, além de estar relacionada à presença ou ausência de desgarros perineais ou episiotomia, é também influenciada pelo tipo de posição adotada pela mulher, durante o período expulsivo e delivramento⁷⁹. Na mesma publicação, Dunn afirma que a hemorragia anti-parto e a pós-parto são muito maiores, quando a pressão venosa na veia cava inferior é cinco vezes mais alta e, isto acontece, quando a mulher está deitada de costas, devido à compressão do útero sobre os vasos pélvicos.

Por outro lado, investigações recentes, não encontraram diferenças significativas, entre as formas supina dorsal e vertical, quando analisada a hemorragia durante o parto. Dois estudos, inclusive, Sabatino⁷⁹, em 1992, sugerem que a perda de sangue no pós-parto pode ser maior, se a parturiente ficar sentada. A compressão dos vasos abdominais, em bipedestação ou parto de cócoras, é

menor do que a que se processa em decúbito dorsal¹⁶. Segundo Gallo^{31,80}, em 1979, dois quadros, que podem dar lugar ao sofrimento fetal, estão relacionados com a posição de decúbito dorsal da mulher grávida: A síndrome da oclusão da veia cava inferior (Síndrome da Hipotensão Supina), e a síndrome da compressão da aorta abdominal ou artérias ilíacas, pelo útero gravídico (Efeito Poseiro).¹⁷

A compressão da veia cava dá hipotensão materna e hipóxia fetal. A sua descompressão brusca por ser um fator predisponente ao aparecimento da embolia³¹. Já os efeitos da compressão da aorta abdominal contra a coluna vertebral, pelo útero contraído, quando a mulher está na posição dorsal, foram observados pela primeira vez por Poseiro, em 1955 e, descritos por Hendrich, em 1958 (apud Gallo, 1980)³¹, como o “efeito” Poseiro. Esta compressão causa o sofrimento fetal por hipóxia, com a constatação do DIP II. A profilaxia consiste em evitar a hipotensão materna, durante o parto e, evitar a posição de decúbito supino, durante a dilatação e período expulsivo. Deve-se preferir que a parturiente assuma o decúbito lateral (de preferência o esquerdo) para livrar a aorta do peso uterino, ou melhor ainda, a posição vertical.

Segundo John Kelly (apud Sabatino et al, 1992)⁷⁹ para o aumento da atividade uterina durante o trabalho de parto, a posição vertical mostrou-se tão boa quanto a ocitocina. A duração média do período expulsivo, em pacientes que deambularam durante o período de dilatação foi de 13,55 minutos (desvio padrão de 0,96) contra 18,46 minutos das que permaneceram deitadas no primeiro período do parto (fig. 35).

Na posição vertical, a ação da gravidade sobre o feto é sinérgica com a das contrações e , segundo Mendez-Bauner (apud Sabatino et al, 1992)⁷⁹ apresentou no 5º Congresso Europeu de Medicina Perinatal, realizado na Suécia em 1976, a pressão exercida pela cabeça fetal sobre o colo uterino está incrementada em 35

mmHg, pelo peso do feto (fig. 36).

Sabe-se que o prognóstico do recém-nascido não depende, somente, do tipo de padrão de sua frequência cardíaca fetal, mas também da duração do período expulsivo.

Mengert e Murphy, em 1933, (apud Sabatino et al, 1992)⁷⁹ usaram um balão vaginal para medir as pressões intra-abdominais em sete posições diferentes. Eles descobriram que na posição sentada, além do aumento do peso visceral, a eficiência do esforço muscular gerado era maior. Mais recentemente, provas a favor desta afirmação vieram de um estudo japonês²⁰, em 1987, que comparou as pressões intra-uterinas geradas durante o período expulsivo, quando a parturiente estava sentada (cadeira de parto), com aquelas, na posição deitada (litotômica). Enquanto a contractilidade uterina era igual, em ambos os grupos, houve um registro de pressões significativamente maiores, durante os esforços de puxo, na posição sentada (fig. 36).

Howard³⁸, em 1958, aventurou-se a estimar que, se considerarmos as vantagens da gravidade e, da melhor eficiência muscular uterina juntas, somente 65% da força necessária para expulsão do feto na posição horizontal, seria preciso, quando a parturiente estivesse sentada.

Segundo Moisés Paciornik, (apud Sabatino et al, 1992)⁷⁹, na mulher deitada, o hematoma retro-placentário, juntamente com a massa placentária, jogam seu peso em direção errada e, por isso, o secundamento, nesta posição, em geral, não se completa espontaneamente. Exige ajuda da própria paciente ou do assistente.

No estudo feito por Cláudio Paciornik (apud Sabatino, em 1992)⁷⁹, no parto deitado, o tempo médio para a dequitação da placenta foi de 19 minutos.

Na avaliação obstétrica de partos assistidos, com a parturiente na posição de cócoras, feita por Hugo Sabatino e J.F. Vilarino⁷⁹, em 1992, a dequitação

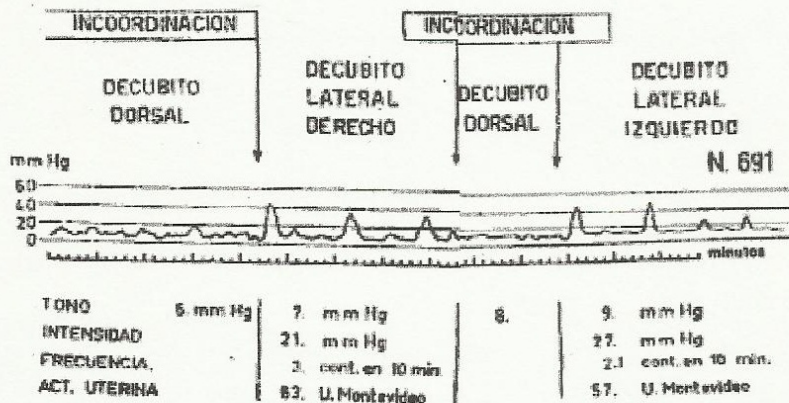
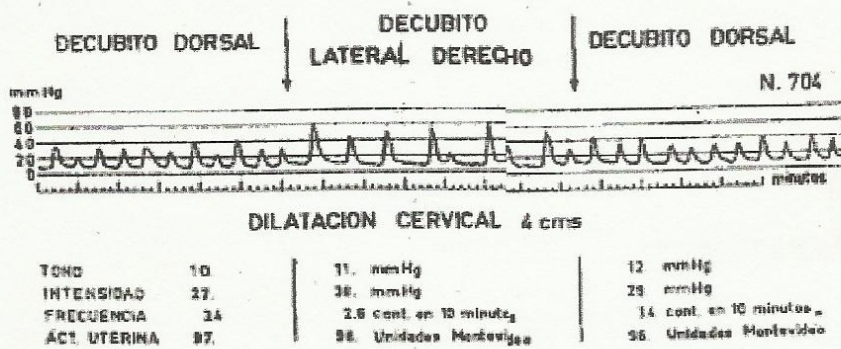
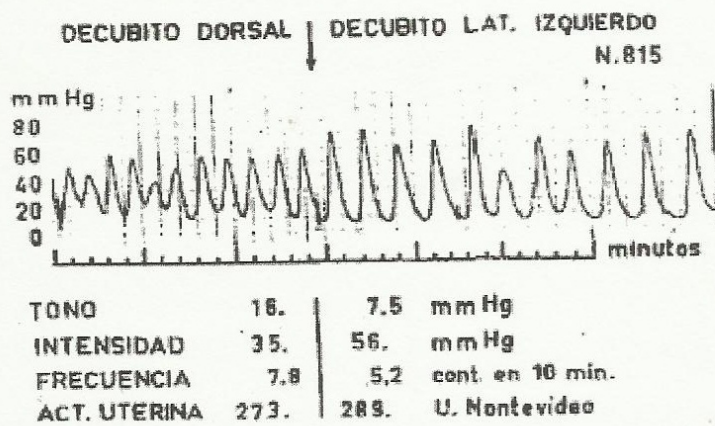


FIGURA 35 - Efeitos da posição lateral materna sobre a contratibilidade uterina (segundo Caldeyro-Barcia e colaboradores, 1960).

	INTENSIDADE	FREQUÊNCIA	ATIVIDADE UTERINA	COORDENAÇÃO
LATERAL	↑	↓	↑	↑
SENTADA	↑	↓	↑	↑
DE PÉ	↑	=	↑	=

FONTE: Caldeyro-Barcia e colaboradores

FIGURA 36 - Influência da Posição Materna em Atividade Uterina: Comparação com o Decúbito Dorsal

	DOR CONTRAÇÕES			Comodidade
	ENTRE	DURANTE		
	Lombo Sacro	Supra Púbico	Lombo Sacro	
LATERAL	=	↑	↑	↑
SENTADA	↓	↑	↓	↑
DE PÉ	↓	=	↓	↑

FONTE: Caldeyro-Barcia e colaboradores

FIGURA 37- Influência da Posição Materna em Atividade Uterina: Comparação com o Decúbito Dorsal

considerada natural, aconteceu em 94,3% dos partos observados, na posição de cócoras, contra 82,4% dos partos assistidos na posição de litotomia. o resultado foi considerado estatisticamente significativo, pelo teste do qui-quadrado, sendo o mesmo igual a 6,913 (gl-1) $p < 0,01$.

Segundo Sabatino e colaboradores⁷⁹, em 1992, após o nascimento do feto, com a parturiente na posição vertical, além de ter sido reduzido o período do parto, a posição materna facilitou o aleitamento precoce. o procedimento provocou a liberação da ocitocina endógena natural, provocada pela sucção mamilar, influenciando as contrações uterinas, facilitando a expulsão da placenta. Isto, não só diminui a retenção placentária, como também a hemorragia pós-parto.

Segundo Paciornil⁶⁴, em 1983, a demora na expulsão da placenta pode ser causa de maiores sangramentos, pois ficando retida no útero, impede a progressão da baquistase, com o seu mecanismo de fechamento dos vasos miometriais que somente se completa quando nada impede a contração uterina.

Admite-se o conceito emitido por Atwood, R.7, em 1976, de que cada uma das posições para assistência ao período expulsivo da parturiente, tem vantagens e desvantagens, porém, que isto só ocorre quando se leva em consideração o uso de manobras obstétricas, em partos distócicos.

No que se refere à assistência ao parto normal, acredita-se que ele se processe de forma fisiológica e natural quando a parturiente assume a posição vertical durante o período expulsivo, prescindindo, portanto, de intervenções médico-cirúrgicas.

Considera-se também, que o desenvolvimento cultural da ciência obstétrica ocidental foi calcado na importância de seus influentes obstetras, todos masculinos, que até o século XVII eram excluídos da assistência ao parto e que passam a condicionar a situação da parturiente em função de uma maior facilidade ao seu

trabalho intervencionista.

Por tudo isso, admite-se que a assistência obstétrica ao parto normal, enquanto permanecer orientada a problemas clínico-obstétricos, considerará a parturientes como "paciente" que necessita ser tratada, e o parto continuará assistido como a uma operação cirúrgica.

Foi visando, sobretudo, dar um direcionamento mais natural à assistência ao parto, que foi realizado o estudo comparativo do parto assistido na posição horizontal e vertical.

2. OBJETIVOS

O **objetivo** desta dissertação é estudar comparativamente o parto assistido na posição horizontal (deitada) e, na vertical (sentada), durante o período expulsivo.

Os **objetivos específicos** são comparar o parto assistido na posição e na vertical quando as seguintes variáveis:

- a) duração do período expulsivo do parto (espaço de tempo medido quando a apresentação do feto atinge o 3o plano de Hodge, até o desprendimento total do recém-nascido);
- b) perda do sangüíneaocorirda durante o período expulsivo;
- c) duração do 3o período do parto, com delivramento espontâneo, aguardando-se 30 minutos e, só então, utilizar manobra para o desprendimento total da placenta;
- d) nível de laceração vulvar, vaginal e perineal;
- e) influência da sucção mamilar materna pelo RN, no delivramento e perdas sangüíneas;
- f) vitalidade fetal ao nascer, medida pelo índice de Apgar no 1o e 5o minuto;

Sabendo que pesquisas realizadas em situações ideais são consideradas não aplicáveis, em sua totalidade, às reais condições de assistência, optpu-se por fazer o Estudo Comparativo do Parto Assistido na Vertical e Horizontal na própria sala de parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital-escola da Universidade Federal do Ceará. Isto permite a melhor aplicabilidade dos resultados obtidos, não obstante levasse os profissionais pesquisadores a enfretar as condições de trabalho de uma maternidade pública, com demanda superestimada.

2.1. Hipótese

Fundamentou-se estudo em questão, na **hipótese** de que a assistência ao parto na posição vertical (sentada), durante o período expulsivo, seria mais vantajosa, que a posição horizontal (deitada), tanto para mãe, como para o feto, pois teria um menor tempo de período expulsivo e de delivramento da placenta; acarretaria menor incidência de laceração do canal vaginal e não aumentaria a perda sangüíena materna, nem traria consequênciaomniasas ao feto recém-nascido.

3. METODOLOGIA

3.1. Local e População do Estudo

O estudo foi realizado em parturientes admitidas na sala de parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará, no período de 5 de janeiro de 1994 a 5 junho de 1996.

A maioria destas parturientes é de família de baixa renda, proveniente da zona urbana e periurbana da cidade de Fortaleza. Vale ressaltar ainda a condição marital "solteira" de cerca de 30% da clientela e, a sua característica brevilinear.

3.2. Tipo de Estudo

Desenvolveu-se um estudo experimental ou de intervenção, que compreendeu o seguimento de parturientes durante o período expulsivo, colocadas de forma aleatória na posição sentada (fig. 29) e deitada (fig. 28), após consentimento verbal da paciente em participar do estudo.

Utilizou-se a medida de estatura da paciente para a forma aleatória da postura que foi assumida durante o período expulsivo. Aquelas, cuja medida terminava em número par, eram postas na posição vertical; e as que tinham uma medida, cujo final era um número ímpar, assumiram a posição horizontal. A razão desta escolha se prendeu à expectativa de que houvesse uma distribuição equivalente entre a terminação par e ímpar na medida da altura da clientela para

Por outro lado, como o consentimento da parturiente para participar no estudo precedia a alocação da posição durante o período expulsivo, evitou-se importante viés de seleção, pois não se levou em conta qualquer preferência da candidata na pesquisa.

As intervenções foram: a) as diferentes posturas das parturientes durante o período expulsivo; b) a não utilização da episiotomia em todas as parturientes independente da posição assumida e, c) a colocação do recém-nascido para sugar o mamilo materno, no pós-parto, de forma aleatória, em parturientes de ambos os grupos estudados.

Critérios de Inclusão

Gestantes, em trabalho de parto, de qualquer idade, admitidas na sala de parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, observando-se as seguintes condições:

- a) Gestação a termo;
- b) Feto único em situação longitudinal e apresentação cefálica;
- c) Consentimento informado pela cliente em participar do estudo;

O consentimento na participação foi previamente obtido, antecedendo a escolha aleatória da posição a ser adotada durante o período expulsivo.

Critérios de Exclusão

- a) Casos com feto morto antes do parto, partos gemelares e gestações com doenças intercorrentes;
- b) Casos com menos de 37 semanas de gestação;
- c) Partos com apresentação pélvica ou anômala;
- d) Paciente que, escolhida a posição determinada pelo processo aleatório, preferisse a outra ou aquela que, aquiescendo a princípio, desistisse no decorrer do parto.

Foram excluídos da análise, posteriormente, os casos com recém-nascidos de peso menor que 2.500g e maior que 4.00g, além daqueles partos, em cuja assistência foi mandatório o uso de manobras tocúrgicas.

3.3. Aspectos Éticos

Desde logo, cumpre ressaltar o esforço dos pesquisadores para se aterem às regras do protocolo, sem a quebra dos padrões éticos, num estudo de intervenção. Sendo a pesquisa realizada dentro de um Hospital-Escola, todo o trabalho de seleção de amostragem teve a supervisão da comissão de ética do próprio hospital, ao lado da constante observação de docentes, discentes, e profissionais da área médica e de enfermagem.

É sabido que, no presente estudo, evitou-se a prática da episiotomia, aplicando-se a manobra de proteção manual do períneo, com compressa, contendo o desprendimento abrupto do polo cefálico.³²

Naqueles casos, em que a judiciosa avaliação do parteiro pesquisador já previsse a possibilidade de rotura grave (períneo muito curto), deveria ser praticada

a episiotomia e o caso foi excluído da pesquisa.

Foi recomendada a prática da amniotomia caso as membranas ovulares ainda estivessem íntegras no final do período de dilatação. Isto tinha por objetivo evitar que líquido amniótico se misturasse ao do sangue perdido, por ocasião do período expulsivo.

Diversos autores^{17,29,53,85} têm demonstrado que a prática da amniotomia, durante o período de dilatação, pode influenciar o tempo de trabalho de parto e, mais precisamente, o primeiro estágio (dilatação). Nada existe mencionado em relação ao período expulsivo (objetivo do presente estudo), e nem que houvesse efeito deletério para o feto, quando as membranas tivessem sido rompidas tardiamente.⁵³ Por este motivo, a amniotomia praticada quando já instalado o período expulsivo, não alterou a dinâmica do parto, não sendo portanto fator de "confusão".

3.4. A amostra

Inicialmente, o período para a coleta de dados estava previsto para seis (6) meses. Entretanto, eliminou-se alguns sujeitos da pesquisa, atendendo a critérios de exclusão estabelecidos no protocolo. Isto acarretou um alongamento do período de admissão, mormente porque houve diminuição, também, da admissão de parturientes na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, para assistência ao parto normal, no ano de 1995*

Finalmente, concluiu-se o levantamento da amostra após 2 anos e 8 meses (intervalo entre a primeira e última admissão de parturientes na pesquisa) com a inclusão de um total de 248 parturientes, sendo que 127 foram assistidas, durante o

* A incidência de parto cesariano na MEAC, durante o ano de 1995 alcançou os 35%

3.5. Descrição do Experimento

O experimento visou o estudo de medidas tomadas durante a assistência ao período expulsivo do parto; medidas essas que não são do domínio da assistência obstétrica científica convencional: 72,94 a) assistência ao período expulsivo do parto, com a parturiente na posição sentada (inclinação do encosto da mesa de parto a 60 graus, e apoio para os pés permitido flexão das pernas em 90 graus, b) eliminação do procedimento da episiotomia e c) colocação do recém-nascido para sugar o mamilo materno, logo após o nascimento.

Foram estudadas as variáveis: tempo de período expulsivo, perda sangüínea e tempo de delivramento, verificando-se qual a influência das intervenções. Já mencionadas, em cada uma dessas variáveis. A metodologia empregada na medição de cada destas variáveis será descrita a seguir.

3.6. Descrição dos eventos

a) Período expulsivo

É a medida de espaço de tempo, em minutos, tomada entre o momento em que a apresentação fetal atingiu o 3o plano de Hodge e, o momento em que ocorreu o desprendimento total do recém-nascido.

Para isto, o parteiro anotava no formulário próprio (anexo n. 1) a hora e fração em minutos, em que o occípito fetal atingia a linha das espinhas isquiáticas e, depois, fazia o mesmo procedimento quando havia o desprendimento completo do

recém-nascido. A diferença entre os dois tempos equivalia à duração do período expulsivo.

Levou-se ainda em consideração a influência das variedades de posição do feto, incidência de circular de cordão e o peso do recém-nascido, no estudo da duração do período expulsivo.

b) Perda sangüínea

Considerou-se a diferença de peso das compressas utilizadas, pesadas antes e depois do parto, acrescida da medida do peso sangue coletado em um recipiente, obtido durante a saída da placenta. Os pesquisadores, previamente, padronizaram as compressas e lençóis da mesa de parto, bem como a bacia que foi colocada para aparar a placenta. verificou-se a diferença de peso das compressas e da bacia, retirando-se a placenta.

Evidentemente o peso do sangue perdido foi obtido em gramas e, para propósitos de comparação com dados da literatura, foram convertidos em mililitros.

para esta conversão, utilizou-se a Tábua de Densidade para correção do "peso-volume" de produtos sangüíneos lábeis de F. Robert - CRTS Lyos: (Peso do Produto em g / Densidade do Produto) = Volume em ml onde a Densidade do Sangue Total é igual a 1,06.

Para eliminar ao máximo o viés nos resultados da pesquisa, determinou-se que se praticasse a mniotomia naquelas parturientes que, ao serem colocadas na mesa de parto, iniciado o período expulsivo, ainda tivesse as membranas íntegras. Isto visava a troca do lençol da mesa de parto, para que o peso do líquido amniótico não se acrescentasse ao do sangue perdido, durante o período expulsivo do parto.

Por outro lado, ainda procurando controlar os vieses, foi dosado o

hematócrito e hemoglobina de todas as parturientes, antes do parto e 24 horas depois do parto. A diferença destes valores foi cotejada com o peso do sangue perdido, servindo de parâmetro para corroborar, ou não as perdas sangüíneas.

Além da influência da postura da parturiente durante o período expulsivo na quantidade de sangramento, verificou-se, ainda, a incidência de lacerações vulvoperinease vaginais e sua repercussão na perda sangüínea, bem como, a possível influência da sucção do mamilo materno pelo RN na qualidade total de sangue perdido, durante o período expulsivo e delivramento.

A intenção do pesquisador foi constatar que as possíveis lacerações que ocorreriam, traria menor dano e, principalmente, menor perda sangüínea.

De acordo com Odell e colaboradores⁶¹, em 1947, a perda total de sangue pela episiotomia, pode se constituir na principal fonte de perda sangüínea em primíparas e esta perda pode alcançar a cifra média de 253ml.

Testar a variável "sucção mamilar" no pós-parto, quando a sua influência na perda sangüínea, teve fundamento no conhecimento empírico do trabalho das parteiras tradicionais do Programa de Ações integradas de Saúde na zona rural do Estado do Ceará, e na necessidade premente de controlar a hemorragia pós-parto, com a liberação da ocitocina endógena pelo estímulo mamilar em locais aonde o socorro médico é inacessível*.

c) Período de delivramento

Considerou-se o tempo de delivramento, o período entre o desprendimento total do feto e a completa expulsão da placenta.

* A literatura demonstra¹⁵ haver sub-estimação do sangue perdido durante o parto, havendo inclusive, discrepâncias entre a determinação laboratorial e a estimativa visual do profissional que assiste ao parto, em relação à intensidade da hemorragia^{27,61}.

As instruções para aguardar até 30 minutos pelo delivramento espontâneo da placenta nem sempre foram seguidas. algumas vezes foi utilizada manobra auxiliar antes ou depois do prazo estipulado.

Portanto, foram feitos alguns estudos comparativos das parturientes que pariram na vertical e na horizontal, utilizando apenas a sub-amostragem das parturientes que tiveram delivramento espontâneo (sem manobras), até os primeiros 30 minutos após a saída do feto.

d) Sucção mamilar

Havia interesse em medir o tempo de delivramento sob a influência, ou não, da sucção mamilar materna pelo recém-nascido. Em face da quebra do protocolo quanto ao tempo para a utilização de manobras auxiliares de expulsão da placenta, os resultados desta intervenção ficaram limitados.

Considerou-se apenas as pacientes que tiveram o delivramento espontâneo dentro dos primeirostrinta minutos depois da saída do feto, nos dois grupos estudados, e pôde-se estudar a influência da variável "sucção mamilar", tanto em relação ao tempo de delivramento espontâneo, como na perda sangüínea.

e) Laceração vulvar, vaginal e perineal

Em ambos os grupos, o parteiro procedia a proteção do períneo, fazendo a sua compressão, por ocasião do desprendimento cefálico. A episiotomia não foi praticada em qualquer em qualquer dos sujeitos de pesquisa.

Após o delivramento, o parteiro fazia a revisão cuidadosa do trajeto, anotando a ocorrência de qualquer tipo de laceração observada: local (vulva, vagina

ou períneo) e quando de períneo, se de 1o grau (atingindo só a mucosa vaginal), 2o grau (interessando a mucosa e musculatura), 3o grau (comprometendo a musculatura do esfíncter anal) e 4o grau (prolongando-se ao esfíncter anal e sua mucosa).

f) Vitalidade fetal

Foi aferido o índice de Apgar no 1o e no 5o minuto, para os recém-nascidos de partos assistidos na vertical e horizontal.

3.7. Forma de Análise

Os desfechos foram analisados através das diferenças entre as médias e as proporções. No caso de médias, foi utilizado o teste T-Student para amostras independentes. O teste forneceu, além da diferença, o intervalo de confiança de 95% para esta diferença, e o p-valor que oferece o grau de significância.

Para os desfechos medidos como proporções, foi usado o teste do qui-quadrado cujo nível de significância informa a probabilidade de que as diferenças encontradas sejam devidas ao acaso.

4. RESULTADOS

Conforme se observa na Tabela 1, houve diferença entre os grupos estudados em relação à idade das parturientes ($p=0,04$). As mulheres do grupo, cujo parto foi assistido na posição horizontal (idade média de 36,4 anos) do que aquelas que pariram na posição horizontal (idade média de 27,9 anos). Não houve diferença, entretanto, quando as parturientes de ambos os grupos foram distribuídas por faixa etária ($p=0,19$).

Analisando-se os dados sobre as características reprodutivas dos dois grupos estudados, verifica-se que variável que se mostrou diferente foi o número de consultas de pré-natal ($p=0,05$). Apesar de ter havido equivalência entre os dois grupos no que dizia respeito à inscrição no serviço de assistência pré-natal, o grupo de mulheres que pariu na vertical compareceu a um maior número de consultas (tabela 2). No entanto isto não influenciou na média total de consultas por mulher, para os dois grupos (vertical = 4,9 consultas e horizontal = 4,5 consultas, com $p=0,31$).

Dentre as variáveis que interferem no período expulsivo, e que poderia confundir os efeitos da posição da parturiente durante o período expulsivo, estudou-se a seguir: partos prévios, idade gestacional, variedade de posição fetal, episiotomia feita em parto anterior, presença de circular de cordão umbilical e peso do recém-nascido.

Constata-se uma perfeita equivalência entre os dois grupos estudados na média de número de partos prévios (em torno de 2,5), e na idade gestacional

medida em semanas (média de 39,1 semanas). Isto ficou evidenciado na tabela 2.

a ocorrência de episiotomia em partos anteriores, em mulheres que já haviam tido uma ou mais gestações, foi também semelhante ($p=0,17$), para os dois grupos (tabela 2)

A incidência das variedades de posição fetal anteriores foi bem maior do que as posteriores, em ambos os grupos, conforme o esperado (tabela 3)

Como é sabido que nas variedades de posição posteriores, o parto é geralmente mais lento, já que a rotação da cabeça se fará, girando cerca de 135 graus, ao invés de 45 graus, como nas anteriores, verificou-se, no entanto, que existiu equivalência destas variedades de posição, entre os sujeitos da pesquisa, ($p=0,42$). Não houve portanto influência deste fator no tempo de período expulsivo, a favor de qualquer dos grupos.

Em seguida, constatou-se que não houve variação no que se refere à incidência de circular de cordão (tabela 4), como também entre o peso dos recém-nascido de ambos os grupos estudados (ver tabela 5).

Assim sendo, concluiu-se que os grupos estudados são perfeitamente comparáveis e que a alocação das parturientes aos dois grupos foi realizada adequadamente.

Período Expulsivo

Encontrou-se uma diferença média de 3,4 minutos (tabela 7) em favor da menor duração do período expulsivo, para as parturientes que foram assistidas na posição sentada. Isto merece destaque, apesar da significância estar em seu limiar estatístico, ao nível 95% ($p=0,06$).

Na tabela 8, constata-se que, de um modo geral, as variedades de posição

anteriores e a ausência de circular de cordão parece ter imprimido uma maior rapidez do período expulsivo, tanto para os partos assistidos na vertical, como na horizontal. Ainda nesta mesma tabela verifica-se que nas variedades de posição OP, o tempo de período expulsivo para os fetos apresentavam circular de cordão foi paradoxalmente baixo, nos dois grupos estudados. Constatou-se que o diagnóstico da variedade de posição, só foi dado pelo parteiro ao final do período expulsivo, tratando-se portanto de posição transitória final.

Analisando também o tempo de período expulsivo, de acordo com a paridade, verificou-se que os resultados (tabela 9) indicam apenas uma tendência de maior duração do período expulsivo para as nulíparas, tanto para as pariram na vertical como na horizontal, sem no entanto, alcançar significância estatística (vertical, $p=0,24$ e horizontal, $p=0,76$).

Delivramento

Conforme visto na tabela 10, o tempo médio de delivramento ficou em 30 minutos para o grupo assistido na vertical e 26,5 minutos, para aquelas parturientes que ficaram na horizontal ($p=0,08$).

Analisando-se apenas aquelas parturientes que, espontaneamente expulsaram a placenta no período inferior a 30 minutos, verifica-se (tabela 11) que houve equivalência entre os dois grupos ($p=0,18$) e que a maioria (78,6%) delivrou espontaneamente até 25 minutos depois do parto, não importando se assistida na vertical ou horizontal.

Considerando, ainda, o grupo de parturientes que tiveram o delivramento espontâneo (sem manobras) durante os primeiros trinta, minutos, verifica-se na tabela 12, que não houve influência positiva da sucção mamilar materna pelo RN no

percentual de mulheres que delivraram espontaneamente, e as diferenças encontradas não tiveram significância estatística.

Perda sangüínea

Não houve diferença estatisticasignificativamente significativa entre os grupos estudados, em relação à perda sangüínea durante o período expulsivo. Isto foi identificado tanto pela medida de peso do sangue perdido ($p=0,52$), como pela diferença de valores de hematócrito ($p=0,14$) e de hemoglobina ($p=0,20$) aferidos antes do parto e 24 horas depois do parto (tabelas 14 e 15).

Verifica-se no presente estudo (onde não se praticou a episiotomia), que os valores médios de sangue perdido durante o parto, mantiveram-se no limite da normalidad, tanto para o grupo assistido na vertical ($55,5g=523,1ml$), como na horizontal ($516,9g=487,6ml$).

Na tabela15, constata-se que há perda sangüínea importante durante o parto (média total de 1,3g de hemoglobina e de 4,2% de hematócrito) e que esta só tenderia a se agravar, praticando-se a episiotomia.

Na tabela 16, nota-se, pela diferença de hemoglobina e hematócrito obtida na sua medida antes e depois do parto, que mesmo aquelas parturientes que tiveram a modalidade de delivramento do tipo Baudelocque-Duncan (quando a saída da placenta se dá pelo lado materno). Não tiveram maior perda sangüínea ($p=0,07$).

Além disso, reportando-se à tabela 13, constata-se que houve equivalência estatística ($p=0,25$) da ocorrência dos dois tipos de delivramento para os grupos de parturientes assistidas na vertical ou na horizontal, não sendo a variedade de delivramento fator associado à qualidade de sangue perdido durante o parto.

A outra vaviável que poderia influir numa maior ou menor perda sanguínea

durante o parto, seria a incidência de lacerações vaginais e vulvo perineais. Na tabela 17, verifica-se que não há diferença na dosagem de hemoglobina, hematócrito e peso do sangue perdido na presença de lacerações, demonstrado pelos testes estatísticos.

Incidência de Lacerações

Desde logo, vale salientar que as lacerações vulvo-perineais indicadas na tabela 19, em ambos os grupos, foram apenas de graus I e II (tabela 20) e que em nenhuma parturiente se procedeu a episiotomia.

Não houve diferença estatisticamente significativas quando à incidência de lacerações vulvo-perineais ($p=0,63$) e vaginais ($p=0,86$) entre os grupos de parturientes assistidas na posição vertical e horizontal (tabela 19).

No entanto foi inquestionável que houve maior incidência de laceração vulvo-perineal em mulheres que, nos partos anteriores, se lhes praticou episiotomia. Isto é estatisticamente significativo e ficou demonstrado claramente na tabela 21 ($p<0,001$).

Por outro lado, analisando a incidência de lacerações vulvo-perineal em mulheres com episiotomia anterior, de acordo com a posição assumida durante o período expulsivo anterior, de acordo com a posição assumida durante o período expulsivo (tabela 22), constata-se que a postura vertical (sentada) ofereceu melhores condições de proteção perineal, evitando que mesmo as que tivessem episiotomia anteriores apresentassem mais lacerações ($p=0,3$). O mesmo não ocorreu com as mulheres que pariram na horizontal ($p<0,001$).

Estudando-se a influência da paridade na incidência de lacerações constatou-se (tabela 23) que elas ocorreram mais nas nulíparas, tanto para as que pariram na vertical ($p<0,001$) como aquelas na horizontal ($p<0,001$). Vale

ressaltar, no entanto, que em função do pequeno número de sujeitos, em grande parte das células não foi possível fazer a análise dos cruzamentos.

De qualquer forma, é evidente, ainda na tabela 23 a tendência de aumento da laceração vulvo-perineal tanto para as que pariram na vertical, como na horizontal, à medida que aumenta a paridade (só diminuindo nas multíparas acima de quatro filhos), evidenciando a influência de episiotomias anteriores.

Vitalidade Fetal

Não houve diferença estatisticamente significativas nas medidas do índice de Apgar dos recém-nascido de ambos os grupos estudados, tanto no 1o ($p=0,80$) como no 5o minutos ($p=0,52$). Como a média total no 1o minuto permaneceu quase a mesma (7,9) para os dois grupos (tabela 24), depreende-se que as crianças nasceram em boas condições, não influenciando a postura durante o período expulsivo em sua vitalidade ao nascer.

4.1. Tabelas

4.1.1. Dados prévio de amostragem

Tabela 1. Característica demográficas e antropométricas maternas, conforme a posição do parto.

	POSIÇÃO DO PARTO		Valor de p
	VERTICAL	HORIZONTAL	
FAIXA ETÁRIA			
16 - 20	13,4%	14,1%	
21 - 25	36,2%	23,1%	
26 - 30	27,6%	29,8%	0,19
31 - 35	13,4%	18,2%	
> 35	09,4%	14,9%	
Média (dp)	26,40 (5,6)	27,97 (6,4)	0,04
PESO (Kg)			
< 53,7	23,8%	26,7%	
53,7 - 59,2	24,6%	26,7%	
59,3 - 66,0	25,4%	27,5%	0,63
> 66,0	26,2%	19,1%	
Média (dp)	60,8 (8,3)	59,7 (8,0)	0,33
ESTATURA (cm)			
< 150	27,6%	34,2%	
150 - 152	26,8%	14,2%	
153 - 156	28,3%	30,0%	0,09
> 156	17,3%	21,6%	
Média (dp)	152,3 (5,6)	152,4 (5,5)	0,95
ESTADO CIVIL			
SOLTEIRA	35,5%	30,4%	
CASADA	64,5%	69,6%	0,41

Tabela 2.Antecedentes reprodutivos, maternos, conforme a posição do parto.

	POSIÇÃO DO PARTO		Valor de p
	VERTICAL	HORIZONTAL	
PARIDADE			
0	10,2%	11,6%	0,22
1	23,6%	25,6%	
2	29,2%	18,2%	
3	13,4%	21,5%	
>3	23,6%	23,19%	
Média (dp)	2,5 (2,0)	2,6(2,1)	0,71
Nº DE FILHO VIVOS (excluindo nulíparas) Média (dp)	2,4 (1,6)	2,5 (1,7)	0,77
Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL			
1 - 3	31,3%	34,7%	0,05
4 - 5	26,3%	38,6%	
> 5	42,4%	26,7%	
Média (dp)	4,9 (2,0)	4.5 (2.4)	0,31
IDADE GESTACIONAL (em semanas) Média (dp)	39,1 (1,3)	39,1 (1,9)	0,17
EPISIOTOMIA ANTERIOR (excluindo nulíparas)			
SIM	60,2%	50,9%	0,17
NÃO	39,8%	49,1%	

4.1.2. Características fetais e do recém-nascido de acordo com a posição do parto

Tabela 3. Classificação das variedades de posição do feto conforme à posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo

VARIEDADE DE POSIÇÃO	DE	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL
		VERTICAL	HORIZONTAL	
OEA ¹		88,0%	91,5%	89,8%
ODA ²		0,8%	0,0%	0,4%
ODP ³		7,2%	3,4%	5,3%
AP ⁴		4,0%	5,1%	4,5%

p=0,42

¹Occípito Esquerda Anterior

²Occípito Direita Anterior

³Occípito Direita Posterior

⁴Occípito Púbico

Tabela 4. Incidência de circular de cordão no feto conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo

CIRCULAR CORDÃO	DE	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL
		VERTICAL	HORIZONTAL	
SIM		21,8%	22,7%	22,2%
NÃO		78,2%	77,3%	77,8%

p=0,86

Tabela 5. Peso médio dos recém-nascidos (RN) conforme a posição assumida pela parturiente no período expulsivo

PESO DO RN (kg) MÉDICA (dp)	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL	DIF	IC95%	p-valor
	VERTICAL	HORIZONTAL				
	3,3 (0,4)	3,2 (0,4)	3,3 (0,4)	0,02	-0,07;0,12	0,6

Tabela 6. Percentual de puérperas expostas a sucção mamilar pelo RN no pós-parto, antes do delivramento, conforme a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo

SUCÇÃO MAMILAR	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL
	VERTICAL	HORIZONTAL	
SIM	47,2%	43,7%	45,5%
NÃO	52,8%	56,3%	54,5%

p=0,58

4.1.3. Estudo comparativo dos desfechos de acordo com as variáveis estudadas

4.1.3.1. Duração do período expulsivo

Tabela 7. Duração média do período expulsivo, em minutos, conforme a posição assumida pela parturiente.

PERÍODO EXPULSIVO	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL	DIF	IC95%	p-valor
	VERTICAL	HORIZONTAL				
MÉDIA (dp)	21,7(13,9)	25,1 (14,4)	23,4 (0,4)	-3,4	-6,9;0,1	0,06

Tabela 8. Tempo médio de período expulsivo, em minutos, e a influência da variedade de posição, com a presença ou não de circular de cordão

SUCÇÃO MAMILAR	POSIÇÃO DO PARTO			
	VERTICAL		HORIZONTAL	
	com circular	sem circular	com circular	sem circular
OEA ¹	23,8 mim	20,69 mim	30,00 mim	23,50 mim
ODA ²	-	15,00 mim	-	-
ODP ³	35,0 mim	26,25 mim	35,00 mim	37,50 mim
AP ⁴	10,0 mim	18,33 mim	10,00 mim	17,80 mim
p-valor	0,10	0,82	0,52	0,19

1 Occípito Esquerda Anterior

2 Occípito Direita Anterior

3 Occípito Direta Posterior

4 Occípito Pública

Tabela 9. Tempo de período expulsivo, em minutos, e a influência da paridade.

SUCÇÃO MAMILAR	POSIÇÃO DO PARTO	
	VERTICAL	HORIZONTAL
0	28,84 mim	26,29 mim
1	28,23 mim	22,77 mim
2 - 3	21,70 mim	25,63 mim
>3	18,50 mim	26,39 mim
P	0,24	0,76

4.1.3.2. Tempo de delivramento conforme a posição do parto

Tabela 10. Duração do período de delivramento conforme a posição assumida pela parturiente o período expulsivo do parto.

PERÍODO DE DELIVRAMENTO	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL	DIF	IC95%	p-valor
	VERTICAL	HORIZONTAL				
MÉDIA (dp)	30,0 (16,5)	26,5 (14,1)	28,3 (15,5)	3,5	-0,4;7,3	0,08

Tabela 11. Tempo médio de delivramento espontânea, sem manobras, distribuído em intervalos de 5 minutos, até 30 minutos depois do parto, conforme a posição das parturientes

TEMPO DE DELIVRAMENTO (mim)	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL
	VERTICAL	HORIZONTAL	
05 a 10	06,9%	18,6%	12,7%
11 a 15	20,7%	23,3%	22,0%
16 a 20	26,4%	19,8%	23,1%
21 a 25	23,0%	18,6%	20,8%
26 a 30	23,0%	19,8%	21,4%

p=0,18

Tabela 12. Tempo médio de delivramento nos primeiros 30 (trinta) minutos das parturientes que tiveram, expulsão espontânea da placenta e sucção mamilar pelo RN no pós-parto imediato, de acordo com a posição durante o período expulsivo do parto.

POSIÇÃO DO PARTO	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL	P
	SIM	NÃO		
VERTICAL	22,8 mim	20,9 mim	21,5 mim	0,08
HORIZONTAL	18,8 mim	19,9 mim	19,4 mim	0,52

Tabela 13. Tipo de delivramento conforme a posição da mãe durante o período expulsivo do parto.

TEMPO DE DELIVRAMENTO (mim)	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL
	VERTICAL	HORIZONTAL	
BS ¹	81,1%	86,6%	83,7%
BD ²	18,9%	13,4%	16,3%

p=0,25

1 Baudelocque-Schultze

2 Baudelocque-Duncan

4.1.3.3. Quantidade e peso de sangue perdido conforme a posição do parto.

Tabela 14. Valores médios de peso do sangue perdido, em g, durante os 3o. e 4o. período do parto, de acordo com a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.

MÉDIA DE SANGUE PERÍODO (em g) (dp)	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL	DIF	IC95%	p-valor
	VERTICAL	HORIZONTAL				
	554,5 (331,6)	516,9 (339,5)	537,6 (331,9)	27,6	-56,3;111,6	0,52

Tabela 15. Diferença média entre o hematócrito(%) e hemoglobina (g) inicial e final das parturientes, de acordo com a posição assumida durante o período expulsivo.

DIFERENÇA DE HEMATÓCRITO MÉDIA (dp)	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL	DIF	IC95%	p-valor
	VERTICAL	HORIZONTAL				
	4,5 (4,1)	3,8 (3,0)	4,2 (3,6)	0,7	-0,2;1,6	0,14
DIFERENÇA DE HEMOGLOBINA (dp)	1,4 (1,2)	1,2 (1,0)	1,3 (1,1)	0,2	-0,1;0,5	0,20

Tabela 16. Diferença média de hemoglobina e hematócrito e média do sangue perdido de acordo com tipo de delivramento.

TIPO DE DELIVRAMENTO	DIFERENÇA DE Hb	DIFERENÇA DE Ht	QUANTIDADE
			MÉDIA DE SANGUE PERDIDO
BS ¹	1,34g	4,27%	550,37ml
BD ²	0,99g	3,45%	444,80ml
	p=0,07	p=0,19	p=0,07
1 Baudelocque-Schultze			
2 Baudelocque-Duncan			

Tabela 17. Estudo da perda sangüínea durante o trabalho de parto sob a influência da ocorrência de lacerações vaginais e perineais, durante o período expulsivo.

LOCAL DAS LACERAÇÕES	OCORRÊNCIA	DIFERENÇA DE Hb	p-valor	DIFERENÇA DE Ht	p-valor	PESO DO SANGUE PERDIDO	p-valor
VAGINA	SIM	1,61	0,19	4,70	0,51	612,50	0,28
	NÃO	1,27		4,15		528,18	
VULVO PERINEAL	SIM	1,37	0,26	4,62	0,07	565,40	0,14

Tabela 18. Estudo da perda sangüínea durante o trabalho de parto sob a influência da sucção mamilar.

SUCÇÃO MAMILIAR	DIFERENÇA DE Hb	DIFERENÇA DE Ht
SIM	1,19g	3,79%
NÃO	1,37g	4,54%

4.1.3.4. Ocorrência de lacerações vulvo-perineais e vaginais de acordo com a posição do parto.

Tabela 19. Incidência de lacerações vulvo-perineais conforme à posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.

		POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL	P
		VERTICAL	HORIZONTAL		
LACERRAÇÕES VULVO PERINEAIS (%)	SIM	44,1%	47,1%	45,6%	0,63
	NÃO	55,9%	52,9%	54,4%	
LACERRAÇÕES VAGINAIS (%)	SIM	7,9%	8,5%	8,2%	0,86
				91,8%	

Tabela 20. Estudo das lacerações perineais quando ao grau da lesão, conforme à posição da mulher durante o período expulsivo do parto.

GRAU DE LACERAÇÃO PERINEAL	POSIÇÃO DO PARTO	
	VERTICAL	HORIZONTAL
1º GRAU	94,4%	87,7%
2º GRAU	5,6%	12,3%

p=0,21

Tabela 21. Incidência de laceração vulvo-perinaeal durante o período expulsivo em mulheres com episiotomia em partes anteriores.

EPISIOTOMIA ANTERIOR	LACERAÇÃO VULVO-PERINEAL	
	VERTICAL	HORIZONTAL
SIM	56,9%	43,1%
NÃO	33,6%	66,4%

p<0,001

Tabela 22. Incidência de laceração vulvo-perineal durante o período expulsivo em mulheres com episiotomia em partos anteriores de acordo com a posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.

VERTICAL

EPISIOTOMIA ANTERIOR	LACERAÇÃO VULVO-PERINEAL	
	SIM	NÃO
SIM	47,8%	52,2%
NÃO	38,6%	61,4%

p<0,3

HORIZONTAL

EPISIOTOMIA ANTERIOR	LACERAÇÃO VULVO-PERINEAL	
	SIM	NÃO
SIM	68,5%	31,5%
NÃO	29,2%	70,8%

p<0,001

Tabela 23. Estudo da paridade das parturientes com incidência de lacerações de vagina e vulvo-perineais, de acordo com o posição da mulher durante o período expulsivo do parto.

NÚMERO DE PARTO	POSIÇÃO DO PARTO			
	VERTICAL		HORIZONTAL	
	local da laceração		local da laceração	
	vagina n=10	vulva e períneo n=56	vagina n=10	vulva e períneo n=57
0	40,0%	12,5%	50,0%	12,3%
1	40,0%	37,5%	30,0%	43,9%
2 - 3	20,0%	41,1%	10,0%	35,1%
> 3	00,0%	8,9%	10,0%	08,8%
p	2	<0,001	<0,001	<0,001

4.3.1.5. Estudo da Vitalidade fetal

Tabela 24. Classificação do índice de Apgar dos recém-nascidos, no 1o. e 5o minutos, conforme à posição assumida pela parturiente durante o período expulsivo.

	POSIÇÃO DO PARTO		TOTAL	DIF	IC95%	p-valor
	VERTICAL	HORIZONTAL				
Apgar no 1º minuto Média (dp)	8,0 (1,2)	7,9 (1,6)	7,9 (1,4)	0,1	-0,3;0,4	0,80
Apgar no 5º minuto Média (dp)	8,9 (1,1)	9,0(0,9)	9,0 (1,0)	-0,1	-0,4;0,2	0,52

Tabela 25. Média do Índice de Apgar no 1o. e 5o minuto conforme à posição materna durante o período e a paridade das parturientes

NÚMERO DE PARTO	VERTICAL		HORIZONTAL	
	Índice de Apgar		Índice de ApgarI	
	1º. minuto	5º minuto	1º. minuto	5º minuto
0	7,7	8,1	7,4	6,7
1	7,9	6,8	8,3	6,6
2 - 3	8,0	6,3	7,6	6,2
> 3	8,0	7,1	8,3	7,1
p	0,83	0,87	0,06	0,80

5. Comentários

As características demográficas e antropométricas guardam similaridades entre os grupos, com uma única exceção: a média de idade das mulheres que paririam na vertical foi mais baixa que as do grupo assistido na horizontal. Entretanto quando se distribui a clientela por faixa etária, as diferenças não se mostram significativas.

Estudando as variáveis que pudessem interferir de alguma forma no processo do trabalho de parto, deteve-se na análise da incidência das variedades de posição fetal. Sobre isso, Rezende⁷², em 1991, citando autores franceses, aponta a variedade de posição de encaixamento mais frequente (65%), a esquerda anterior (OEA), seguindo em ordem decrescente de frequência (32%), a direita posterior (ODP), a esquerda posterior (OEP) e, bem mais rara, a direita, a direita anterior (ODA). Houve coincidência destas proporções no presente estudo.

O tempo médio de período expulsivo alcançou valores menores para o grupo que pariu na posição sentada, no entanto, não o suficiente para que a diferença em favor do grupo pariu deitada alcançasse significância estatística.

Havia interesse em verificar se a força da gravidade auxiliaria a expulsão espontânea da placenta na posição vertical, ao contrário do que ocorria na mulher deitada, onde o hematoma retroplacentário, juntamente com a massa placentária poderiam jogar seu peso na direção contrária à saída do canal do parto⁶⁴. Isto levaria à hipótese de que na posição deitada, o secundamento, em geral, exigiria ajuda da própria paciente ou do assistente. Aqui também não houve diferença

estatística, entre os dois grupos, mesmo os valores médios de tempo de delivramento tenham sido até menores em 3,5 minutos para o grupo que pariu na horizontal. Verificando que alguns parteiros procederam a manobras auxiliares antes ou depois dos 30 minutos de espera, estipulados no protocolo, analisou-se os dados apenas daqueles casos que tiveram o delivramento espontâneo. Ainda assim, não houve diferença entre os grupos estudados.

Vale a pena comentar que não houve necessidade do procedimento de extração manual da placenta (curagem) em qualquer dos casos.

Não se conseguiu evidenciar influência da sucção mamilar materna pelo RN, tanto no tempo de delivramento como nas perdas sangüíneas.

Irons e colaboradores⁴¹, em 1994, mencionaram estudos anteriores em que se procurou observar a influência do estímulo mamilar materno através da sucção pelo RN no pós-parto para uma efetiva liberação de ocitocina e seus efeitos contráteis. No entanto, dizem eles, estes estudos também não foram conclusivos e que os mencionados autores acreditaram que isso tenha ocorrido porque os recém-nascido não estabeleceram sucção efetiva e imediata. O mesmo parece ter ocorrido neste estudo.

Portanto, o encontrado não invalida os achados de outros autores^{27,28,91} acerca do valor contrátil da ocitocina endógena liberada com a estimulação mamilar, e seus efeitos na musculatura uterina, ora promovendo melhor coordenação motora durante o período de dilatação, ora na hemostase, após o delivramento.

No que tange à perda sangüínea durante o parto, a exemplo de alguns estudos^{79,86}, esta pesquisa surgiu haver uma perda discretamente maior para as parturientes que pariram na vertical (sentadas). Aqueles autores afirmam que a perda ocorre principalmente durante o delivramento, e é influenciada pela presença ou ausência de desgarros perineais ou episiotomias e, pela maior ou menor

incidência da variedade Baudelocque – Duncan de expulsão placentária. No presente trabalho, a variedade de delivramento mencionada, não influi na quantidade de sangue perdido, contrariando a presunção de que haveria maior perda sanguínea no delivramento quando a saída da placenta se dá pelo lado materno (variedade de Baudelocque-Duncan). Existe realmente a impressão subjetiva de que há maior perda sanguínea pois o sangue do hematoma retro-placentar se exterioriza, precedendo e durante a saída da placenta. Ao contrário da variedade de Baudelocque-Shultze que só permite a expulsão do hematoma após a saída da placenta pela lado fetal.

De qualquer forma, a perda sanguínea, tanto para as que pariram na vertical, como na horizontal, é considerada normal, de acordo com Rockner e colaboradores⁷³. Estes consideraram como hemorragia, durante o parto, uma perda sanguínea acima de 600ml.

Outra variável estudada para correlação com as perdas sanguíneas, durante a assistência ao parto normal, é a incidência de lacerações vaginais e vulvo-perineais. Vimos que não houve diferença estatística do evento nos dois grupos, e que as perdas sanguíneas, na ocorrência de lacerações, também não foram significantes.

Entretanto, vale salientar mais uma vez que, tanto nas mulheres que pariram sentadas como deitadas, as lacerações de períneo foram leves (1° grau) e moderadas(2° grau) e, que em nenhuma delas se praticou a episiotomia. Inclusive, o estudo demonstrou, com bastante evidência, maior incidência de lacerações naquelas mulheres com episiotomias anteriores, ainda que multíparas, e que a posição vertical ofereceu maior proteção do que a horizontal, neste caso.

Aliás, é a episiotomia um procedimento que vem sendo feito de maneira abusiva nas assistência aos partos normais, nos hospitais. Duthie e colaboradores²⁵,

em 1991, demonstraram que, quanto maior é a demora da episiorrafia, maior é a perda sanguínea, e que a quantidade de sangue perdido também está relacionada ao tamanho da incisão.

Odell e colaboradores⁶¹, em 1947, já determinavam que a perda total de sangue em função da episiotomia se constitui na principal fonte de perda sanguínea em primíparas e, que esta gira em torno de 253 ml.

Não duvidamos ser a episiotomia necessária em casos complicados. Entretanto, nem a cuidadosa revisão de literatura feita por Thacker & Banta⁸⁹, em 1983, e a de Sleep e colaboradores (apud Rockner e colaboradores⁷³, em 1989) e nem o presente estudo, revelaram qualquer evidência que dê suporte aos postulados benéficos do uso liberal da episiotomia, principalmente no parto normal.

Infelizmente, a prática de episiotomia está aumentando na moderna assistência ao parto. Suas indicações são para proteção do períneo, esfíncter retal e, para facilitar o segundo período do parto. É ainda indicada na assistência ao parto do feto prematuro ou deprimido, de acordo com Prichard & MacDonald, citados por Rockner, e colaboradores⁷³, em 1989.

No seu trabalho, Rockner⁷³ estudou 807 partos vaginais em primíparas, assistidas na posição horizontal (dorsal), nas quais, em 403 (50%) se procedeu a episiotomias. As lacerações espontâneas ocorreram em 177 (22%) do grupo controle, ficando as demais 277 (28%) com o períneo intacto.

Neste estudo, encontrou-se resultados semelhantes aos dos autores já mencionados, demonstrando ainda que as multíparas em que se praticou a episiotomia em partos anteriores, apresentou muito maior incidência de laceração.

Questiona-se, portanto, as principais indicações da episiotomia: a) abreviar o 2º período do parto e b) proteção do assoalho pélvico.

Cicero²², em 1981, cita que a expectativa da ultimação do parto, para

nulíparas é de 40 minutos e de 20 minutos para as multíparas. ZUgaib e colaboradores⁹⁴, em 1983, afirma que a duração média do período expulsivo, nas nulíparas é de 50 minutos e de 20 minutos nas multíparas. Ambos os autores adotam a prática da episiotomia, com avaliação prévia de sua indicação.

Este estudo demonstrou as médias de 28,54 e 26,29 minutos de tempo de período expulsivo, para as nulíparas, do grupo que pariu na vertical e horizontal, respectivamente e, de 18,50 (vertical) e 26,39 minutos (horizontal) para as multíparas com paridade igual ou acima de 4 (ver tabela 9). Ressalte-se, que em nenhuma das mulheres assistidas se praticou a episiotomia, mesmo naquelas multíparas que já haviam tido o procedimento em parto anterior. Portanto, não houve necessidade da episiotomia para abreviar o período expulsivo.

The⁹⁰, em 1990, já questionava as indicações de episiotomia, mesmo na assistência ao feto de baixo peso, pois para reduzir a pressão do períneo na cabeça fetal, a incisão deveria ser praticada antes da apresentação distendesse o períneo. No entanto, de acordo com Costa²², em 1981, a secção precoce dos músculos elevadores interfere negativamente na dinâmica do parto, dificultando o mecanismo de rotação interna da cabeça fetal, obrigando o parteiro a proceder mais uma intervenção cirúrgica – o uso de fórceps. Este mesmo autor, ainda afirma que, mesmo efetuada com todo rigor da técnica, a episiotomia não previne em 1% das ações, a estática pélvica. Acrescenta que a escola Holandesa utiliza esta prática cirúrgica em apenas 6% das primíparas.

Nem as melhores intenções e práticas podem sempre evitar as lacerações espontâneas e, quando elas ocorrem, questiona-se se elas se constituem em maiores problemas que os acarretados pelas episiotomias^{28.47.75}, como muitos acreditam. Não há evidências que as lacerações espontâneas causem mais dor, sejam mais demoradamente ou tragam mais problemas a longo prazo, do que as

episiotomias.

De fato, os resultados vistos na tabela 27, comprovam que, independentemente da posição assumida ao parir e ainda, se havia episiotomia anterior, só ocorreram lacerações de 1º grau (apenas mucosa) e 2º grau (mucosa e musculatura). Não houve lacerações perineais de 3º grau (atingindo parte ou todo do esfíncter retal) e de 4º grau (lesando mucosa retal); o mesmo resultado que encontrou Shiono⁸², em 1990.

Borgatta e colaboradores¹³, em 1989, planejaram um estudo para testar a hipótese de que, tanto a episiotomia, como o uso de perneiras para o apoio dos membros inferiores (posição litotômica), estão associados com um aumento do risco de maior incidência de laceração perineal durante o parto vaginal espontâneo. Os autores demonstraram que a proporção de lacerações perineais profundas foi mais baixa (0,9%) nas mulheres sem episiotomia e que não estavam confinadas na posição litotômica; era muito maior (27,9%) nas mulheres que pariram usando perneiras e em que se praticou a episiotomia.

Ora, conforme descreveu-se no início do trabalho, o grupo controle deste estudo, utilizou, precisamente, a posição semi-deitada, com pernas elevadas e apoiadas em perneiras, postura que vem sendo adotada, de rotina, para a assistência aos partos vaginais na MEAC.

A respeito das indicações da episiotomia para prevenir o relaxamento do assoalho pélvico, Rockner e colaboradores⁷⁴, em 1991, demonstraram que a incisão cirúrgica pode ser mais traumática que a laceração espontânea. Para isto, ele utilizou a medida da capacidade de retenção de cones, de pesos variados, pela vagina de mulheres cesariadas (medição feita na 36ª semana e depois comparada na 8ª semana pós-parto) e de mulheres que pariram pela vagina. A força muscular do assoalho pélvico não se modificou no grupo das casariadas, mas decresceu,

significativamente nas mulheres que tiveram o parto normal. Analisando, comparativamente os sub-grupos das mulheres que pariram via vaginal, umas que durante o parto normal tiveram laceração espontânea ou mesmo períneo íntegro, com outras em que se praticou a episiotomia, os autores constataram que a força muscular do assoalho pélvico foi significativamente menor para as episiotomizadas e, que não houve diferença entre os sub-grupos das que tiveram laceração espontânea e períneo íntegro.

Por último, a literatura^{23,69,88} comprova a incidência de dispareunia e desconforto das mulheres em relação à prática de episiotomia. Os autores demonstraram que o reinício das relações sexuais após o parto é mais tardio, e doloroso para o grupo de mulheres que pariu via vaginal e tiveram a episiotomia.

A vitalidade fetal alcançada pelos recém-nascidos de ambos os grupos, medida pelo índice de Apgar foi excelente.

Aliás Humphrey e colaboradores⁴⁰ também não encontraram diferenças estatisticamente significantes em relação ao Apgar dos recém-nascidos, em estudo comparativo de partos assistidos na posição dorsal e lateral esquerda com elevação do tórax em 15°.

Vale ressaltar ainda que, neste estudo, onde os fetos nasceram de parto vaginal e com peso regular para a idade gestacional, o fato de não se haver praticado a episiotomia trouxe qualquer resultado deletério a sua vitalidade. Aliás, The⁹⁰, em 1990, não encontrou diferença significativa nos índices de Apgar com a prática ou não da episiotomia, nem mesmo em recém-nascidos de baixo peso.

6. CONCLUSÕES

a) Sabe-se que a frequência e a gravidade das injúrias são diretamente proporcionais à demora do 2º período de parto, segundo Paciornik⁶⁴ e Rezende⁷². Como os achados deste estudo não demonstraram que a posição vertical (sentada) da parturiente, durante o período expulsivo teve uma maior demora na ultimação do parto, considera-se que poderia ser dada esta opção mais natural à parturiente em vias de parir normal. Mesmo porque havendo indicação de parto dirigido*, elas poderiam ser colocadas na posição supina dorsal e em litotomia, a critério do obstetra e, neste caso, somente em maternidades bem aparelhadas para o pronto atendimento de urgências obstétricas, segundo o próprio Rezende⁷², em 1991.

b) a literatura⁷⁹ afirma estar a área de saída da pélvis aumentada em 8%, nas posições verticais. A extensão das coxas favorece o relaxamento do períneo posterior e assim é menos provável a ocorrência de desgarros.

Ao contrário da posição supina dorsal, principalmente em litotomia ou mesmo na posição de Laborie-Duncan (litotomia forçada), que, apesar de favorecer um maior diâmetro ântero-posterior do estreito inferior⁷², desloca o períneo para uma porção mais anterior, diminuindo o intróito vaginal. A apresentação, portanto, é empurrada em direção ao períneo posterior, causando grande pressão, até que suba rumo ao intróito vaginal, podendo causar maior estiramento perineal e

* Definido por Rezende⁷², em 1991, o parto é dirigido quando há qualquer participação do tocólogo, segundo as necessidades individuais e peculiaridades do trabalho, objetivando encurtá-lo; sedar a paciente, preservar-lhe a estática pelvina; e proteger o feto.

conseqüentes desgarros e lacerações, quando a parturiente está em posição litotômica.

Viu-se que a posição sentada durante o período expulsivo do parto não acarretou maior incidência de laceração vulvo-perineal ou desgarros vaginais. Por outro lado, constatou-se que a posição vertical protegeu efetivamente de novas lesões àquelas parturientes que já haviam sido previamente episiotomizadas em partos anteriores ($p < 0,001$) ao contrário das que pariram na horizontal ($p = 0,31$).

c) Os resultados do estudo, em relação a baixa incidência de lacerações perineais e a irrelevante gravidade das ocorrências permitem a recomendação de uma revisão criteriosa nas indicações para o procedimento de episiotomias e, mais que isto, uma restrição da sua prática na assistência aos partos normais.

d) Admitindo que há indícios de uma maior perda sanguínea após a saída do feto, constatada em pesquisas de outros autores⁷⁸ para as mães que parem na vertical, e que não houve significância estatística neste grupo de que o desprendimento placentar seja mais rápido nesta, ou naquela posição materna, recomendamos que a parturiente recline o corpo após o parto para expulsão da placenta.

e) Finalmente, confiando nos estudos de Irons e colaboradores⁴¹, em 1994, que demonstrou que a manipulação mamilar libera ocitocina natural e promove um aumento significativo da pressão uterina, e diante dos resultados obtidos com a sucção mamilar materna pelo RN no pós-parto, recomenda-se que quando não se estabeleça satisfatoriamente a sucção, esta seja substituída pela estimulação manual dos mamilos, sempre que houver indicação de uso de ocitocina natural para

a promoção do delivramento e coibir sangramentos.

Relendo a súmula histórica da evolução d obstetrícia feita por Rezende⁷², em 1991, constata-se que na Renascença houve o “nascimento” da obstetrícia, como ciência e arte dos partos, germinando da cirurgia e, a ela subordinada. Naturalmente que a arte de partejar, saindo das mãos de parteiras empíricas e, ficando nas mãos de cirurgiões habilitados, veio resolver os partos distócicos e salvar muitas vidas.

Por outro lado, a “vocaçã” cirúrgica da arte obstétrica vem transformando o parto nomal em evento eminentemente cirúrgico e, bem pouco humanizado. Esta tendência tem sido levada a exagero* a ponto de estimular a preferência ao parto cesariana, em detrimento da via vaginal.

O presente estudo não logrou evidenciar qualquer vantagem entre as duas posturas da parturiente no período expulsivo e delivramento, durante o parto normal. No entanto, a evidente proteção do períneo oferecida pela posição vertical, nas mulheres que haviam sido episiotomizadas em partos anteriores permite considerar que se os dados coletados fossem estudados pela análise de regressão linear, poder-se-ia chegar a outros resultados. Este método de análise estatística permitiria o estudo comparativo do tempo de período expulsivo, levando-se em consideração todas as outras variáveis, simultaneamente, que possam estar confundindo a variável resposta.

Pretende-se, oportunamente, dar seguimento a análise referida, porém, de imediato, não se constatando diferenças em benefício desta ou daquela postura durante o período expulsivo e delivramento, durante o parto normal, considera-se que poderia ser dada à mãe a possibilidade de escolher aquela posição que ache

*De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em seu relatório “Tecnologia Apropriada no Parto” de abril de 1987, não há justificativa, em qualquer região geográfica, para um percentual de nascimentos abdominais acima de 10 a 15%.

mais cômoda.

Foi visto ainda que a ausência de intervenções medicamentosas ou de episiotomia, não trouxe prejuízo materno em qualquer das posturas assumidas.

Segundo Caldeyro-Barcia¹⁷, em 1979, o trabalho de parto normal não deve ser considerado um procedimento médico-cirúrgico e, sim, um episódio fisiológico e natural da vida. Espera-se que este trabalho contribua, de alguma forma, para este objetivo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANG, C.K., TAN, T.H., WALTERS, W.A.W., WOOD, C. Postural influence on maternal capillary oxygen and carbon dioxide tension. Br. Med. J., v.4, p.201-203,1969.
2. ARAUJO, J.G., ARAUJO, L., JANOWITZ, B. WALLACE, S., POTT S. M. Improving obstetric care in northeast Brazil. Bull. Pan. Am. Health Organ., v.17, n.3, p.233-242, 1983.
3. ARAUJO, J.G. Minha experiência com as parteiras e as rezadeiras do Ceará, a busca da integração do conhecimento tradicional. Contact, n.28, p.3-12, fev. 1983.
4. ARAUJO, J.G., ARAUJO, L., JANOWITZ, B. WALLACE, S., POTTS, M. Parteras tradicionales em la atencion obstétrica de noreste de Brasil. Bol. Oficina Sanit. Panam., v.96, n.2, p.147-159, fev. 1984.
5. ARAUJO, J.G., BOMFIM-HYPPÓLITO, S., NOGUEIRA, M.P. et al. Manual de capacitação de parteiras tradicionais (TBA). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1984. 66p.
6. ARGENTINE EPISIOTHOMY TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial, Lancet, v. 342, p.1517-1518, Dec. 1993.
7. ATWOOD, R.J. Parturitional posture and related birth behavior. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Supp. n.57, p.1-25, 1976.
8. BECK, A. C. Obstetrical practice, Baltimore: Williams & Wilkins Company, 1947.

9. BOMFIM-HYPPÓLITO, S. High risk mothers and newborns – Delegated health activity in rural areas: Experience in North Brazil. IN: INTERNATIONAL CONGRESS FOR MATERNAL AND NEONATAL HEALTH, 2., Monastir/Tunisia, 1985. Proceedings... Suissa: OTT Publishers, 1987. p.325-339.
10. BOMFIM-HYPPÓLITO, S. Maternal and infant mortality – Integration of TBAs in rural maternity services in Brazil. IN: INTERNATIONAL CONGRESS FOR MATERNAL AND NEONATAL HEALTH, 4., Bandung/Indonesia, 1991. Proceedings... North Carolina: Sothern Printing Chapel Hill, 1991. p.70-74.
11. BOMFIM-HYPPÓLITO, S.. Alternative model for low risk obstetric care in third world, rural and peri-urban areas. Int. J. Gynaecol. Obst., v.38, p.563-566, 1992. Supplement workshop. Proceedings.
12. BOMFIM-HYPPÓLITO, S., PINHEIRO, V. L. C, ROLIM, J. M. O. et al. Manual para Treinamento de Parteiras e Agentes Comunitários em Saúde Reprodutiva. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Maternidade Escola Assis Chateaubriand e JHPIEGO, 1995. 115p.
13. BORGATTA, L., PIENING, S. L., COHEN, W. R., Association of episiotomy and delivery position with deep perineal laceration during spontaneous delivery in nulliparous women. Am. j. Obstet. Gynecol., v.160, p.294-297, 1989.
14. BRANT, H. A. Precise estimation of postpartum hemorrhage: difficulties and importance, Br Med. J., v.1, p.398-400, feb. 1967.
15. BUMM, E. Tratado Completo de Obstetrícia, Traduzido por M. Montaner, Fracisco Seix. 7.ed. Barcelona, 1943.
16. CABRAL DE LIMA, R. Contribuição para o estudo e pesquisa de uma parturição transpélvica traumatizante. Maceió, 1980. 19 p.

17. CALDEYRO-BARCIA, R. et al, Physiological and psychological bases for the modern and humanized management of normal labor. In: SYMPOSIUM ON RECENT PROGRESS IN PERINATAL MEDICINE, Tokyo, 1979. (CLAP. Scientific Publication, 858).
18. CALDEYRO-BARCIA, R., NORIEGA-GUERRA, L., CIBILS, L.A. et al. Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. Am. J. Obstet. Gynecol., v.80, n.2, p.284-290, Aug, 1960.
19. CALDEYRO-BARCIA, R., BALLEJO, G., POSEIRO, J.J. Correlatório: período expulsivo. Assistência clínica ao parto. Femina, v.10, p.440-470, Jun, 1982.
20. CHEN, S., AISAKA, K., MORI, H. et al, Effects of sitting position on uterine activity during labor. Obstet. Ginecol., v.69, n.1, p.67-73, Jan, 1987.
21. COSTA-SACADURA, SAAVEDRA, A. Qual a melhor posição da parturiente (aspectos etnográficos e obstétricos). Ver. Ginecol. Obstet. v.100, p.65, 1957.
22. COSTA, C.F.F. Crítica à assistência ao período expulsivo do parto. Femina. v.9, p.779-784, Out. 1981.
23. DAY, T. W. Community use of paracervical block in labor. J. Fam. Pract. v.28, n.5, p.545-550, May 1989.
24. DE LEE, J. B., GREENHILL, J. O. Tratado de Obstetrícia. Traduzido por Vespasiano Ramos, Ival Tavora Gama. Rio de Janeiro: Guanabara, 1950.
25. DUTHIE, S. J., VEN, D., YUNG, G.L.K. et al. Discrepancy between laboratory determination and visual estimation of blood loss during normal delivery. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., v.38, n.2, p. 119-124, Jan. 1991.
26. ENGELMANN, G. J., RODET, P. C. L'accouchements chez les peuples primitifs. Paris, Librairie J. B. Ballière et Fils, 1886. IN: O PARTO nos povos primitivos. Estudo de Etnografia e Obstetrícia. Pesquisa, Tradução, Notas, Maria Lúcia de Barros. São Paulo: BYK Química e Farmacêutica (o parto

através dos tempos, 1-5).

27. FENELSON, V.S., POULAN, D.A., THEODOSIS, D.T. Oxytocin neuron activation and fos expression.: a quantitative immunocytochemical analyses of the effect of lactation, parturition, osmotic and cardiovascular stimulation. Neuroscience, v.53, n.1, p. 77-87, 1993.
28. FRAGER, N.B., MIYAZAK, Fred S. Intrauterine monitoring of contractions during breast stimulation, Obstet, Gynecol., v.69, n.5, p.767-769, May 1987.
29. FRANKS, P. A randomized trial of amniotomy in active labor. J. Fam. Pract., v.30, n.1, p.49-52, Jan. 1990.
30. FREIRE C.M., ROLIM, J. M. O., McAULIFFE, J., BOMFIM-HYPPÓLITO, S. et al. PROAIS – suas raízes e sua história... Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1988, 50p.
31. GALLO, M. V. Posicion materna y parto: resultados perinatales. Montevideo: CLAP, 1980. 81p (CLAP. Publicacion científica, 862).
32. GOODLIN, R. C. On protection of the maternal perineum during birth, Obstet. Gynecol. v.62, n.3, p.393-394, Sep. 1983.
33. GORDON, H., LOGUE, M. Perineal muscle functions after childbirth. Lancet. v.2, p. 123-125, Jul.1985.
34. GREEN, J.R., SOOHOO, S.L. Factors associated with rectal injury in spontaneous delivery. Obstet. Gynecol. v.73, p.732-738, May 1989.
35. HAADEM, K., DAHLSTROM, J.A., LING, L., et al. Anal sphincter function after delivery rupture. Obstet. Gynecol. v.70, n.1, p. 53-56. Jul. 1987.
36. HAUKELAND, I. An alternative delivery position: new delivery chair developed and tested at Kongsberg Hospital. Am. J. Obstet. Gynecol., v.141, n.2, p.115-117, Sep. 1981.
37. HENRIKSEN, T.B., BEK, K.M., HEDEGAARD, M., SECHRER, N.J. Episiotomy and

- perineal lesions in spontaneous vaginal deliveries. J. Obstet. Gynecol., v.99, p.950-954, Dec. 1992.
38. HOARD, F. H. Delivery in the physiologic position. Obstet. Gynecol., v.11., n.3, p.318-322, Mar. 1958.
39. HUGO, F. H. A look at maternal position during labor. Nurse Midwif., v.22, p.26-27, 1977.
40. HUMPHREY, M., HOUNSLOW, D., MORGAN, S. et al. The influence of maternal posture at birth on the fetus, J. Obstet. Gynecol. Br. Comm., v.80, n.3, p. 1075-1080, Dec 1073.
41. IRONS, D.W., SRISKANDABALAN, P., BULLOUGH, C.H.W. A simple alternative to parenteral oxytocics for third stage of labor. Int. J. Gynaecol. Obstet., v.46, p.15-18, 1994.
42. JANOWITZ, B. WALLACE, S., ARAUJO, J. G., ARAUJO, L. Referrals by traditional birth attendants in northeast Brazil. Am. J. Pub. Health, v.75, p.745-748, 1985.
43. KENNEL, J., KLAUS, M., McGRATH, S. et al. Medical intervention: the effect of social support during labor, Pediatr. Res., v.23, n.4, p.211, Apr. 1988.
44. KENNEL, J., McGRATH, S., KLAUS, M. et al. labor support: what is good for mother is good for baby. Pediatr. Res., v.25, n.4, pt.2, p.15, Apr. 1989.
45. KRUSE, J. Oxytocin: pharmacology and clinical application. J. Fam. Pract., v.23, n.5, p.473-479, Nov. 1986.
46. KÜHNERT, B.R., KÜHNERT, P. M., TU, A.H et al. Meperidine and normeperidine administration during labor. Fetus and neonate. Am. J. Obstet. Gynecol., v.133, n.8. p.909-913, Apr. 1979.
47. LEGINO, L.J., WOODS, M.P., RAYBURN, W.F., McGOOGAN, L.S. Third-and-fourth-degree perineal tears. 50 year's experience at a university hospital.

J. Reprod. Med., v.33, n.5, p. 423-426, May 1988.

48. LEON, J. Tratado de obstetrician. Buenos Aires: Editorial Científico, 1956.
3v. cap III.
49. LEVIN, S. Obstetrics in the bible. J. Obstet. Gynecol. Br. Emp., v.67, n.1-3,
p.490-498, 1960.
50. LEWIS, J.H., JANOWITZ, B., POTTS, M. Methodological issues in collecting
data from traditional birth attendants. Int. J. Gynaecol. Obstet., v. 23,
p.291-303, 1985.
51. MALPAS, P. Pelvic inclination in dystocia. Br. Med. J., v.2 n.12, Dec, 1936
52. MARESH, M., CHOONG, K.H., BEARD, R.W. Delayed pushing with lumbar
epidural analgesia in labor. Br. J. Obstet. gynecol., v.90, n. 7, p.623-627,
Jul. 1983.
53. MARTELL, M., BELIZAN, J.M., NIETO, F. et al. Blood acid-base balance at
birth in neonates from labors with early and late ruptura of membranes. J.
Pediatr. v.89, n.6, p.963-967, Dec. 1976.
54. MASHINI, I.S., DEVOE, L.D., MCKENZIE, J.S. et al. Comparison of uterine
activity induced by nipple stimulation and oxytocin. Obstet. Gynecol., v.69,
n.1, p.74-78, Jan 1987.
55. MATERNAL position during labor and birth. ICEA rev., v.2, n.3, p.1-6,
sumer 1978.
56. McROBERTS, W.A. Postural shock in pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol.,
v.62, n.3, p.627-632, Sep. 1951.
57. NAROLL, F., NAROLL, R., HOWARD, F. Position of women in childbirth. Am.
J. Obstet. Gynecol., v.82, n.4, p.943-954, Oct. 1961.
58. NEWTON, M. The effect of position on the course of the second stage of
labor. Obstet. Gynecol., v.7, p.517-520, 1957.

59. NEWTON, M., MOSEY, L.M., EGLI, G.E. et al. Blood loss during and immediately after delivery. Obstet. Gynecol., v.17, n.1, p.9-18, Jan.1961.
60. NEWTON, M., NEWTON, N. The propped position for the second stage of labor. Obstet. Gynecol., v.37, p.366-370, 1982.
61. ODELL, L.D., SESKI, A. Episiotomy blood loss. Am. J. Obstet. Gynecol., v.54, n.1, p.51-56, Jul./Dec., 1947.
62. OLIVEIRA, F.C. The role of traditional birth attendants in modern maternity health care delivery programs. IN: WORLD CONGRES OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. Proceedings., 1988, eds. P. Belfort et al, 65p. Rio de Janeiro, 1989.
63. OLSON, R., OLSON, C., COX, N.S. Maternal birthing positions and perineal injury. J. Fam. Pract., v.30, n.5, p.553-557, 1990.
64. PACIORNIK, M., PACIORNIK, C. Iatrogenia no parto em decúbito dorsal. Femina. v.7, p.836-841, Nov. 1979.
65. PACIORNIK, M. Parto de cócoras: prestas ou não prestas? Femina, v.11, p.465-470, Jun. 1983.
66. PÉREZ, M.L. Tratado de obstetricia., Traduzido por Oswaldo de Silva Louseiro, Raymundo dos Santos. Rio de Janeiro: Guanabara, 1942.
67. POSICION vertical de la madre acelera el parto. Bol. Oficina Sanit. Panam., 102, n.3, p.285-286, 1987.
68. PRENDIVILLE, W.J., HARDING, J.E., ELBOURNE, D.R. et al. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. BMJ, v.297, p.1295-1300, Nov. 1988.
69. READING, A.E., SLEDMER, C.M., COX, D.N. et al. How women view postepisiotomy pain, BMJ, v.284, p.243-245, Jan. 1982.
70. REDMOND, A., ISANA, S. INGALL, D. Relation of onset of respiration to

- placental transfusion. Lancet. v.1, p.283-285, Feb. 1965.
71. REISSLAND, N., BURGHART, R. Active patients: the integration of modern and traditional obstetric practices in Nepal. Soc. Sci. Med. v.29, n.1, p.43-52, 1989.
 72. REZENDE, J. et al. Obstetrícia. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991, 1117p.
 73. RÖCKNER, G., WAHLBERG, V., ÖLUND, A. Episiotomy and perineal trauma during childbirth. J. Adv. Nurs., v.14, n.4, p.264-268, 1989.
 74. RÖCKNER, G., ÖLUND, A. The use of episiotomy in primiparas in Sweden. Acta Obstet. Gynecol. Scand., v.70, p.325-330, 1991.
 75. RÖCKNER G., JONASSON, A., ÖLUND, A. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. Acta Obstet. Gynecol. Scand., v.70, P.51-54, 1991.
 76. ROTH, G. SJÖSTEDT, S. The placental transfer of gases and fixed acids, Arch. Dis. Child., v.37, p.366-370, 1982.
 77. ROSENVASSER, E.B. Tratado de Obstetrícia. Buenos Aires: Editorial Panamericano, 1964.
 78. SABATINO, H., DUNN, R., GIRALDO, P. C. Repercussão perinatal do parto atendido em posição de cócoras. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.6, p.7-14, Jan/Fev. 1984.
 79. SABATINO, H., DUNN, P., CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Parto humanizado – formas alternativas. IN: CONGRESSO MUNDIAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 1988, Rio de Janeiro. Anais... São Paulo, Editora UNICAMP, 1992.
 80. SABATINO, H., SALINAS, M., MARQUES, M.L.N., FRAGNITO, H.L. Análise quantitativa de pressões intra-vaginais em gestantes normais. Campinas.

UNICAMP, 1993, 20P.

81. SEITCHIK, J., CASTILLO, M. Oxytocin augmentation of dysfunctional labor. Am. J. Obstet. Gynecol., v.142, p.899-905, Dec. 1982.
82. SHIONO, P., KLEBANOFF, M. A., CAREY, J. Midline episiotomies: more harm than good? Obstet. Gynecol., v.75, n.5, p.765-770, May 1990.
83. SMITH, M.A., ACHESO, L.S., et al. A critical review of labor and birth care. J. Fam. Pract., v.33, n.3, p.281-292, Sep. 1991.
84. SOUSA, O. Clínica Obstétrica., Rio de Janeiro: Scientifica, 1945.
85. STEWART, P., KENNEDY, J.H., CALDER, A.A. Spontaneous labour: when should the membranes be ruptured?. Br. J. Obstet. Gynecol., v.89, n.1, p. 38-43, Jan. 1982.
86. STEWART, P., SPIBY, H. A randomized study of sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. Br. J. Obstet. Gynecol., v.96, n.3, p. 327- 333, Mar. 1989.
87. TAYLOR, P.M., BRIGHT, N.H., BIRCHARD, E.L. Effect of early versus delayed clamping of the umbilical cord on the clinical condition of the new born infant. Am. J. Obstet. Gynecol., v.86, n.7, p. 893- 898, Aug.1963.
88. TEIXEIRA, C.E.G., SPEROTTO, F.C., SALZANO, R.L., MAGALHÃES, J.A.A. Episiotomia e reparo. Ver. Hosp. Clín. P. Alegre (HCPA), v.8, n.2, suppl. p.20-22, Ago. 1988.
89. THACKER, S.B., BANTA, H.D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1960. Obstet; Gynecol., v.38, p.232, 1983.
90. THE, T.G. Is reoutine episiotomy beneficial in the low birth weight delivery? Int. J. Gynecol. Obstet., v.31, p.135-140, 1990.
91. THORNTON, S., DAVINSON, J.M., BAYLIS, P.H. Plasma oxytocin during third

stage of labor: comparison of natural and active management. BMJ. v.297, p.167-169, Jul. 1988.

92. THORP, J.M.J., BOWES, W.A., BEAM, E.R.G. Selected use of midline episiotomy: effect on perineal trauma. Am. J. Obstet. Gynecol. v.70, p.260-262, Aug. 1970.

93. WILLIAN, E.A., STEWART, D.B. Abnormal uterine action in labour. J. Obstet. Gynecol. Br. Emp., v.59, p.635-641.1952.

94. ZUGAIB, M., NOBILE, L., SALOMÃO, J. Período expulsivo –I. fisiologia e conduta assistencial. Gynecol. Obstet. Bras., v.6, n.3, p.271-28, 1983.