



Relação da posição durante o parto vaginal e a ocorrência de lacerações perineais espontâneas

Relationship of position during vaginal birth and occurrence of spontaneous perineal lacerations

Relación de posición durante el parto vaginal y ocurrencia de desgarros perineales espontáneos

Tuanny Caroline Pereira de Santana¹, Franciele Maria da Silva¹, Renata Ferreira de Araujo², Thais de Albuquerque Corrêa², Heloisa Simões Silva¹, Rayane Lopes da Silva Brito², Nathalya Anastacio dos Santos Silva¹, Suênia Bezerra dos Santos Moraes Lopes², Maria Andrelly Matos de Lima¹, Maria Inês Bezerra de Melo³.

RESUMO

Objetivo: Verificar a relação da posição adotada durante o parto vaginal e a ocorrência de lacerações espontâneas em parturientes assistidas por enfermeiros obstetras em um Centro de Parto Normal (CPN) do Recife. **Métodos:** Estudo transversal, caráter descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. Realizado no Hospital da Mulher do Recife. A amostra foi formada por 100 parturientes assistidas pela enfermagem obstétrica. O procedimento da coleta foi realizado com suporte do banco de dados do setor. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sob o número do CAAE 68683623.1.0000.5569. **Resultados:** Mulheres entre 19 e 24 anos (43,43%) e da raça parda (67,50%) foram os perfis mais predominantes. A população foi majoritariamente pacientes primíparas com 44%. O uso de tecnologias não-invasivas no trabalho de parto, contribuiu na promoção do relaxamento e conforto. Durante o parto vaginal, a posição semi sentada foi a mais adotada. Observou-se que 73,0% apresentaram laceração perineal, sendo 68,44% com lacerações de primeiro grau e 22,22% de segundo grau. **Conclusão:** Este estudo possibilitou verificar a relação da posição adotada pela parturiente durante o trabalho de parto e ocorrências de lacerações perineais.

Palavras-chave: Humanização da assistência, Enfermeiras obstétricas, Parto normal, Posicionamento do paciente, Périneo.

ABSTRACT

Objective: To verify the relationship between the position adopted during vaginal birth and the occurrence of spontaneous lacerations in parturient women assisted by obstetric nurses at a Normal Birth Center (CPN) in Recife. **Methods:** Cross-sectional, descriptive-exploratory study with a quantitative approach. Held at the Recife Women's Hospital. The sample consisted of 100 parturients assisted by obstetric nursing. The collection procedure was carried out with the support of the sector's database. This research was approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde, under CAAE number 68683623.1.0000.5569. **Results:** Women between 19 and 24 years old (43.43%) and mixed race (67.50%) were the most predominant profiles. The population was mostly primiparous patients with 44%. The use of non-invasive technologies in labor contributed to promoting relaxation and comfort. During vaginal birth, the semi-sitting position was the most adopted. It was observed that 73.0% had perineal laceration, 68.44% with first-degree lacerations and 22.22% with second-degree lacerations. **Conclusion:** This study made it possible

¹ Instituto de Medicina Integral (IMIP), Recife - PE.

to verify the relationship between the position adopted by the parturient during labor and the occurrence of perineal lacerations.

Keywords: Humanization of care, Obstetric nurses, Normal birth, Patient positioning, Perineum.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la relación entre la posición adoptada durante el parto vaginal y la aparición de laceraciones espontáneas en parturientas asistidas por enfermeras obstétricas en un Centro de Parto Normal (CPN) de Recife. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo-exploratorio con enfoque cuantitativo. Realizado en el Hospital de la Mujer de Recife. La muestra estuvo compuesta por 100 parturientas atendidas por enfermería obstétrica. El procedimiento de recolección se realizó con el apoyo de la base de datos del sector. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad Pernambucana de Saúde, bajo el número CAAE 68683623.1.0000.5569. **Resultados:** Las mujeres entre 19 y 24 años (43,43%) y mestizas (67,50%) fueron los perfiles más predominantes. La población fue en su mayoría pacientes primíparas con un 44%. El uso de tecnologías no invasivas en el parto contribuyó a promover la relajación y el confort. Durante el parto vaginal, la posición semisentada fue la más adoptada. Se observó que el 73,0% presentó laceración perineal, el 68,44% con laceración de primer grado y el 22,22% con laceración de segundo grado. **Conclusión:** Este estudio permitió verificar la relación entre la posición adoptada por la parturienta durante el parto y la aparición de laceraciones perineales.

Palabras clave: Humanización de la atención, Enfermeros obstétricos, Parto normal, Posicionamiento del paciente, Perineo.

INTRODUÇÃO

No decorrer dos tempos, o parto e a assistência ao parto passaram por diversas modificações. Passou da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento regrado. Com base nessas modificações, foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou de sujeito a objeto (VENDUSCOLO CT e KRUEL CS, 2015). Em muitos países, incluindo o Brasil, parturientes de risco habitual são submetidos a infusões intravenosas rotineiras e ao uso rotineiro de ocitocina durante o trabalho de parto e parto sem a devida indicação (REIS CSC, et al., 2016).

Em um estudo realizado numa maternidade pública do município de Jataí-GO em 2017, verificou-se que todas as pacientes do estudo pariram em posição litotômica e poucas delas assumiram posição verticais no período de dilatação (pré-parto). As que adotaram essas posições justificaram alívio da dor, mas não foram informadas sobre os benefícios e ou contra-indicações de cada posição (PAIVA EL, et al., 2018).

No entanto, estudos afirmam que as mulheres não ocidentais preferiam assumir posições verticalizadas durante o trabalho de parto e parto. Isso é devido algumas vantagens que a posição pode promover, tanto do ponto de vista gravitacional, ao reduzir o período expulsivo, bem como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos, quando comparadas à posição supina (SCHETTINI NJC, et al., 2017).

Como medida de resgate do protagonismo feminino, o Ministério da Saúde vem preconizando uma assistência humanizada ao parto, que o processo de parto seja conduzido pela mulher, respaldada em orientações baseadas em evidências científicas em torno dos possíveis benefícios, relativos ao bem-estar materno e fetal, das variadas posições maternas adotadas no período expulsivo do parto vaginal. Desta forma, buscando mudar o modelo da medicalização do parto, foi desenvolvido o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (REIS CSC, et al., 2016; SCHETTINI NJC, et al., 2017).

No cenário atual, a enfermagem obstétrica, vem se apropriando e utilizando cada vez mais as tecnologias não invasivas de cuidados de enfermagem (TNICE), visando o maior conforto, autoconhecimento, autonomia e satisfação para mulher, seu filho e familiares. Esses profissionais recorrem às seguintes TNICE: incentivo à presença, participação e envolvimento do acompanhante; promoção de ambiente acolhedor; e aplicação de

conhecimentos acerca dos óleos essenciais, associados ou não à técnica da massagem (PRATA JA, et al., 2022).

Outra contribuição das TNICE apontada para o alívio da sensação dolorosa por meio: do uso da água morna no banho de imersão, denominada por elas como banheira; da aplicação de massagem; do incentivo à deambulação; e do estímulo à respiração consciente, que também é utilizada para promover conforto e bem-estar. Vale ressaltar o importante incentivo à deambulação que relaciona-se com o estímulo à liberdade de movimentos das mulheres durante o trabalho de parto e as posições verticais (em pé, sentada em cadeira, banqueta ou cavalinho de parto, ajoelhada, de cócoras ou de quatro apoios) (PRATA JA, et al., 2022).

O parto vaginal proporciona diversos benefícios à mulher e seu filho, por respeitar a natureza e fisiologia do corpo, além da maturidade fetal. Contudo, cerca de 85% das mulheres padecem de algum tipo de lesão perineal na fase expulsiva com a passagem do feto pelo canal vaginal, tendo em vista a vários fatores potenciais, os quais podem estar associados a idade materna, paridade, uso de indutores de trabalho e analgesia, participação em consultas pré-natais, apresentação fetal, peso neonatal ao nascer e duração do segundo estágio do trabalho de parto (SCHETTINI NJC, et al., 2017; AGUIAR SV, et al., 2019).

As lesões perineais, também conhecidas como lacerações de trajeto, podem ser subdivididas em quatro tipos: primeiro grau, no momento que a lesão acomete apenas pele e/ou mucosa vaginal; segundo grau, a lesão atinge os músculos do períneo, mas sem cometer o esfíncter anal; Já no terceiro grau, quando há prejuízo do complexo esfíncteriano, podendo ser subdividida em 3a (menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo), 3b (mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo) e 3c (esfíncteres externo e interno são lesados); e por último, o quarto grau, a lesão atinge todo o complexo esfíncteriano externo e interno e podendo ocasionar uma lesão da mucosa retal (AGUIAR SV, et al., 2019).

Corroborando com os fatos, um estudo brasileiro de Oliveira (2014), em formato de coorte, evidenciou uma prevalência de 36,42% de lacerações de primeiro e segundo grau e de 0,9% de lacerações de terceiro e quarto graus. Em outro estudo, também brasileiro, constatou uma prevalência de 75,7% e de 2,5%, respectivamente (MONTEIRO MV, et al., 2016; OLIVEIRA LS, et al., 2014).

Diante do exposto, o presente estudo visa verificar a relação da posição adotada durante o parto vaginal e a ocorrência de lacerações espontâneas em parturientes assistidas por enfermeiros obstetras em um Centro de Parto Normal (CPN) do Recife.

MÉTODOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) sob o número do CAAE 68683623.1.0000.5569/2023, pautando-se na resolução Nº 510/16 e com parecer substanciado no 6.055.718. Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no Hospital da Mulher do Recife (HMR), localizada na cidade do Recife-PE e a fase da coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2023. A amostra foi composta por 100 parturientes que foram assistidas pela enfermagem obstétrica durante o trabalho de parto e parto no Centro de Parto Normal (CPN) do HMR. O procedimento da coleta foi realizado por meio do suporte do banco de dados do setor.

As pacientes foram contactadas através de telefone e para aquelas que responderam e concordaram em participar da pesquisa, foram enviadas duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) via Whatsapp para que pudessem assinar, posteriormente, essas pacientes reenviaram para o (a) pesquisador (a) uma cópia do documento assinado. Para processar os dados da coleta, os formulários foram revisados de acordo com a qualidade das informações, cumprindo os critérios de elegibilidade, e desconsiderando possíveis informações duvidosas ou inconsistentes que poderiam comprometer a confiabilidade do estudo.

Para o estudo foi elaborado um banco de dados no Software Excel a partir dos dados coletados, sendo digitado por dois pesquisadores para garantia da congruência dos dados. O banco de dados definitivo foi submetido a testes de consistência, obtendo-se a listagem das variáveis de análise e corrigindo as

inconsistências a partir das informações contidas no formulário. Os dados foram apresentados sob a forma de tabelas de frequência absoluta e relativa. Realizou-se a verificação de possíveis associações entre as variáveis com o teste qui-quadrado (χ^2 , considerado o nível de significância de $p < 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de estudo, verificou-se número expressivo de assistências prestadas pelo enfermeiro obstetra, sendo analisados os dados referentes a 100 partos vaginais em um Centro de Parto Normal do Recife.

Tabela 1 - Medidas descritivas das variáveis de características sociodemográficos e obstétricos das parturientes assistidas no Centro de Parto Normal. Hospital da Mulher do Recife (HMR) - Recife, 2023.

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Idade		
< 18 anos	20	20,20%
19 a 24 anos	43	43,43%
25 a 34 anos	27	27,28%
> 35 anos	09	9,09%
Raça		
Branca	14	17,50%
Negra	10	12,50%
Parda	54	67,50%
Amarela	02	2,50%
Indígena	00	0,00%
Paridade		
G1 P0 A0	44	44,00%
G2 P1 A0	31	31,00%
G2 P0 A1	02	2,00%
G3 P2 A0	06	6,00%
G3 P1 A1	05	5,00%
G4 P2 A1	03	3,00%
G4 P3 A0	03	3,00%
G5 P2 A1	01	1,00%
G5 P2 A2	01	1,00%
G5 P4 A0	01	1,00%
G6 P4 A1	02	2,00%
G10 P9 A0	01	1,00%
Idade Gestacional (em semanas)		
A termo (37 a 41,6 semanas)	96	98,96%
Pós termo (> 42 semanas)	01	1,04%
Número de consultas de Pré-natal		
< 6 consultas	29	31,18%
> 6 consultas	64	68,82%

Fonte: Santana TCP, et al., 2024; dados extraídos do banco de dados do HMR.

A **Tabela 1** apresenta dados relacionados as características sociodemográficos e obstétricos das participantes, no qual mulheres entre 19 e 24 anos (43,43%) e da raça parda (67,50%) foram os perfis mais predominantes nesta pesquisa, tais características apontam semelhanças com o estudo que analisou o perfil das parturientes assistidas em uma casa de parto, o qual cita que a maioria delas possuíam menos de 25 anos de idade (62,2%) (SCHETTINE NJC, et al., 2017).

Em estudos relacionados a multipartidas, é vista como um fator protetivo para lacerações perineais e maior incidência de períneo íntegro (LOPES GA, et al., 2019). A população do estudo vigente foram

majoritariamente pacientes primíparas (44%) e que 98,96% foram classificadas como “Termo” (37 a 41,6 semanas) para a sua Idade Gestacional (IG), entrando em concordância com os resultados de uma pesquisa realizada em um Centro de Parto Normal localizado no município de São Paulo (RODRIGUES KJD, et al., 2021). O “Termo” é visto como a fase mais adequada para o nascimento, neste período o feto tem os aparelhos digestivo, respiratório, circulatório e urinário praticamente prontos para a vida extrauterina, trazendo assim menos riscos e desfechos negativos (MONTENEGRO CAB e FILHO JR, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, recomenda-se o número adequado igual ou superior a 6 consultas durante o pré-natal (BRASIL, 2012). Para o novo modelo de atenção pré-natal da Organização Mundial de Saúde (OMS) observou-se o aumento do número de contatos (consultas) que uma gestante deve realizar com um profissionais de saúde, sendo de quatro para oito. Isto posto, o presente estudo evidenciou que 64 (68,82%) das parturientes estiveram presentes em 6 ou mais consultas durante o seu pré-natal.

Tais dados reforçam uma maior frequência de contatos com o sistema de saúde e que isto está associado a uma menor probabilidade de natimortos, devido ao aumento das oportunidades para detectar e gerir potenciais agravos durante a gestação (FIOCRUZ, 2016).

Tabela 2 - Medidas descritivas das variáveis relacionadas ao processo de Trabalho de Parto e Parto das parturientes assistidas no Centro de Parto Normal. Hospital da Mulher do Recife (HMR) - Recife, 2023.

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Dilatação na admissão		
< 5cm	26	28,57%
6 cm	24	26,37%
7 cm	14	15,38%
8 cm	16	17,58%
9 cm	06	6,60%
10 cm	05	5,50%
Bolsa Íntegra		
Sim	69	71,13%
Não	28	28,87%
Bolsa Rota		
< 18 Horas	18	90,00%
> 18 Horas	02	10,00%
Líquido Amniótico		
Líquido Claro (LC)	31	83,78%
Líquido Claro com Grumo (LCCG)	01	2,70%
Líquido Meconial (LM)	05	13,52%
Tecnologias Não-Invasivas de Cuidado de Enfermagem (TNICE) no Trabalho de Parto		
Banho no chuveiro (BH)	56	58,94%
Deambulação (DB)	49	51,57%
Bola suíça (BL)	23	24,21%
Rebozo (RE)	31	32,63%
Aromoterapia (AR)	17	17,89%
Banqueta (BQ)	21	22,10%
Musicoterapia (MU)	14	14,73%
Massagens (MS)	16	16,84%
Quatro apoios (4 A)	32	33,68%
Cavalinho (CV)	23	24,21%
Decúbito lateral (DL)	16	16,84%
Escaldas pés (EP)	00	0,00%
Banheira (BHBA)	01	1,05%

Fonte: Santana TCP, et al., 2024; dados extraídos do banco de dados do HMR.

Na **Tabela 2**, sobre o processo de trabalho de parto e parto, 50 parturientes (54,94%) foram admitidas e internadas no serviço de saúde em trabalho de parto inicial com dilatação menor ou igual a 5 e 6 cm. Tais dados convergiram com as orientações das Diretrizes Nacionais de Assistências ao Parto Normal. Nestas diretrizes mencionam que o momento adequado para admissão é quando a gestante apresenta contrações regulares e dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm, deste modo, classificando-o como um trabalho de parto estabelecido ou ativo (BRASIL 2017).

Além disso, constatou-se no momento da admissão, que 71,73% constavam com bolsa íntegra, em contrapartida, 20 gestantes apresentaram bolsa rota (BR). Entre as gestantes com a rotura das membranas ovulares (Bolsa Rota), verificou-se que 18 (90,00%) apresentavam o tempo menor que 18 horas. Na literatura atual, há registros documentados sobre os fatores de risco correlacionado a sepse neonatal, os quais podem ser associados a rotura das membranas acima de 18 horas. A Sepse neonatal precoce pode ser definida como uma infecção sistêmica que se apresenta até 72 horas após o nascimento e pode associar-se ao agente etiológico *Streptococcus* do grupo B (GOULART AP, et al., 2006).

Ainda na tabela 2, nota-se o uso frequente de tecnologias não-invasivas no trabalho de parto, tendo como destaque o banho no chuveiro (58,94%), deambulação (51,57%), posição de quatro apoios (33,68%), rebozo (32,63%) e bola Suíça (24,21%). Em um estudo recente, o processo analítico revelou que as enfermeiras obstétricas utilizaram diferentes TNICE com as parturientes, contribuindo na promoção do relaxamento e conforto, alívio da sensação dolorosa, no auxílio na descida da apresentação e correção do posicionamento fetal, bem como ativar o trabalho de parto. Além do mais, o uso dessas tecnologias favorecera no protagonismo da mulher no exercício de seus direitos, liberdade de decisão, acesso às informações e satisfação com a parturição (PRATA JA, et al., 2022).

Considerando a aplicabilidade da banheira (banho de imersão) no trabalho de parto, evidenciou-se o baixo uso desta tecnologia, sendo um ponto negativo encontrado na pesquisa. O banho de imersão, quando bem manejada e aplicada, é uma alternativa para conforto da mulher, por oferecer alívio da dor, sem interferir na progressão do parto e sem trazer prejuízos ao recém-nascido (PRATA JA, et al., 2022).

Tabela 3 - Medidas descritivas das variáveis relacionadas ao processo de Trabalho de Parto e Parto das parturientes assistidas no Centro de Parto Normal. Hospital da Mulher do Recife (HMR) - Recife, 2023.

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Tempo do período expulsivo		
< 10 minutos	16	18,39%
< 20 minutos	19	21,84%
< 30 minutos	22	25,29%
< 1 hora	18	20,69%
> 1 hora	12	13,79%
Local de parto		
Pré-parto (PP)	30	30,00%
Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP)	69	69,00%
Sala de parto (SP)	00	0,00%
Triagem obstétrica (TGO)	01	1,00%
Posição de parto		
Litotomia (LIT)	17	17,17%
Em pé	01	1,01%
Cócoras (COCR)	01	1,01%
Lateralizado (LAT)	00	0,00%
Quatro apoio (4 A)	12	12,12%
Semi sentada	50	50,51%
Banqueta (BQ)	18	18,18%
Intervenções		
Ocitocina no 2º período	12	66,66%

Ocitocina no 1º período	04	22,22%
Amniotomia (AM)	01	5,55%
Kristeller (KR)	00	0,00%
Misoprostol (Miso)	03	16,66%
Episiotomia (Episio)	00	0,00%
Puxos Diretos	02	11,11%

Fonte: Santana TCP, et al., 2024; dados extraídos do banco de dados do HMR.

De acordo com os dados relacionados ao processo de trabalho de parto e parto descritos na tabela 3, observou-se a maior predominância de parturientes com o tempo menor ou igual a 30 minutos em seu período expulsivo. Segundo Lopes GA, et al., (2019), esta fase é compreendida quando o colo uterino dilata por completo e termina com a expulsão do feto e a sua duração quando for superior a 2 horas, as mulheres detêm 2,8 vezes mais chances de apresentar laceração perineal.

Além disso, foi possível identificar que 69,00% das mulheres tiveram o seu parto assistido no PPP, local destinado para gestantes com perfil de baixo risco e sendo conduzido pela equipe de Enfermagem obstétrica.

Durante o parto vaginal a gestante optou por diferentes posições, sendo evidenciado a posição semissentada como a escolha majoritária, adotada por 50,51% das mulheres, em segundo lugar sentada em banqueta adotada por 18,18%. As posições lateralizado (0,00%), em pé (1,01%) e 'de cócoras' (1,01%) foram as de menor preferência.

No geral, algumas literaturas abordam sobre a liberdade de movimento e a livre escolha de posição da parturiente, contudo, estudos recentes encorajam os profissionais de saúde a esclarecerem as mulheres sobre os benefícios de uma posição verticalizada (banqueta, quatro apoios, cócoras, em pé) no parto vaginal (VAZ VBS, et al., 2021).

Uma vez que favorece na expulsão do feto, a verticalização promove a diminuição dos scores de dor quando comparado a outras posições de parto. No que concerne as vantagens dessa posição, nota-se também o auxílio na força da gravidade, proporcionando um aumento do diâmetro da pelve, contrações uterinas mais eficazes, o que promove um trabalho de parto efetivo e com menores taxas de complicações materno-fetal (VAZ VBS, et al., 2021). Em contrapartida, em uma revisão observacional, o parto verticalizado constatou que existe uma maior incidência no desenvolvimento de lacerações perineais de segundo e terceiro grau (PETRUCCE LFF, et al., 2017).

Ainda na tabela 3, destacasse o baixo uso de medidas intervertidas na assistência ao parto. A ocitocina deu-se como a intervenção mais utilizada neste estudo, sendo no 1º período em 04 gestantes (22,22%) e no 2º período em 12 gestantes (66,66%). Um achado ainda mais importante para o estudo, deu-se pela ausência da manobra de Kristeller e a episiotomia nas assistências, ambas categorizadas como violências obstétricas (NASCIMENTO KIM, et al., 2021).

A manobra de Kristeller é a aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com o objetivo de diminuir o tempo de trabalho de parto, contudo é reconhecida como danosa à saúde da parturiente conforme o parecer técnico COREN/SC N 001/2016 (NASCIMENTO KIM, et al., 2021). De acordo com Araújo AAC, et al. (2021), esta manobra também oferece riscos e afeta a integridade do tecido perineal e uterino. O mesmo autor ainda cita que existe a possibilidade de aumento de entregas instrumentais, tendo em vista o risco de causar anormalidades no ritmo cardíaco fetal, assim como hipoxemia e asfixia (ARAÚJO AAC, et al., 2021).

Em relação a episiotomia é caracterizada por uma incisão cirúrgica na região da vulva, com o objetivo de ampliar o canal do parto e facilitar a expulsão do feto. Contudo a OMS posicionou-se contra a episiotomia e reconheceu que não há evidências científicas para apoiar qualquer indicação na obstetrícia moderna. Os efeitos nocivos deste procedimento estão relacionados à maior incidência de lacerações perineais graves, hemorragia, edema, infecção, hematoma, fístulas retovaginais, mionecrose, rejeição materna ao neonato devido à dor e, muitas vezes, comprometer a vida sexual dessas mulheres (PELLISSARI LCB, et al., 2022).

Tabela 4 - Medidas descritivas das variáveis relacionadas ao pós-parto imediato das parturientes assistidas no Centro de Parto Normal. Hospital da Mulher do Recife (HMR) - Recife, 2023.

Variável	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Laceração		
Sim	73	73,00%
Não	27	27,00%
Grau de laceração		
1º grau	50	69,44%
2º grau	16	22,22%
3º grau	05	6,94%
4º grau	01	1,39%
Local de laceração		
Às 01 hora	00	0,00%
Às 02 horas	02	2,99%
Às 03 horas	03	4,48%
Às 04 horas	00	0,00%
Às 05 horas	02	2,99%
Às 06 horas	51	76,12%
Às 07 horas	03	4,48%
Às 08 horas	01	1,49%
Às 09 horas	02	2,99%
Às 10 horas	01	1,49%
Às 11 horas	01	1,49%
Às 12 horas	01	1,49%
Sutura		
Sim	58	61,70%
Não	36	38,30%
Peso do recém-nascido (RN)		
< 2.500g	02	2,10%
2.500g a 3.000g	15	15,62%
3.000g a 3.500g	51	53,12%
> 3.500g	28	29,16%
Participação dos profissionais de saúde na assistência ao parto		
Enfermeiro (a) obstetra	99	99,00%
Médico (a) obstetra	11	11,00%
Neonatologista	32	32,00%

Fonte: Santana TCP, et al., 2024; dados extraídos do banco de dados do HMR.

Com base nas variáveis relacionadas ao pós-parto imediato demonstrado na tabela 4, que 73,0% apresentaram laceração, totalizando 73 mulheres. Deste total, 69,44% apresentaram lacerações de primeiro grau, 22,22% de segundo grau, 6,94% de terceiro grau e 1,39% de quarto grau. Ainda sobre a tabela 4, destaca-se que 76,12% apresentaram laceração 'às 6 horas', também conhecido como "Fúrcula" e 61,70% das lesões foram necessárias realizar o procedimento de correção (sutura perineal). Sabendo dos fatores que apresentam relevância na ocorrência de lesão perineal espontânea, observou-se uma correlação com a menor paridade. Outras vertentes exploradas, como a idade e a posição verticalizada adotada no momento do parto foram dados indicadores para desencadear, com maior risco, lacerações graves. Quando relacionados a literatura, em uma pesquisa transversal e retrospectivo com 415 parturientes via vaginal expos prevalência de 88,2% de laceração perineal, e, em semelhança aos resultados apresentados, ao peso do recém-nascido (VAZ VBS, et al., 2021).

Em relação a variável peso do recém-nascido, verificou-se que 53,12% dos RNs nasceram entre 3.000g a 3.500g e 29,16% pesaram acima de 3.500g. Em um estudo de coorte retrospectivo conduzido por Pillai em 2020, observou-se que a chance de lacerações aumenta de acordo como peso do Recém-Nascido (RN). Sendo mulheres que tiveram RNs com peso entre 4500g a 4999g tiveram chance 3,0 vezes maior para esse desfecho e 2,16 vezes maior para RNs com peso entre 4000g a 4499g (PILLAI S, et al., 2020).

Ainda na tabela 4, verificou-se que o Enfermeiro Obstetra se mostrou como o principal profissional de saúde atuante nas assistências ao parto normal de baixo risco, estando presente em 99,0% dessas assistências. Diante desse achado, é imprescindível como este profissional torna-se um agente de valor para a humanização e que se destaca por diminuir métodos intervencionistas desnecessários, além de aumentar a satisfação da parturiente perante as circunstâncias vivenciadas. A diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal também menciona a importância da inclusão do Enfermeiro Obstetra por apresentarem resultados vantajosos no processo assistencial (BRASIL, 2017).

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou verificar a relação da posição adotada durante o trabalho de parto e as ocorrências de lacerações perineais. Evidenciou-se que a posição semi sentada sendo a mais adotada pelas parturientes, no qual provocou lacerações de primeiro e segundo grau, em sua maioria não houveram a necessidade de intervenção. No entanto, quando relacionada as posições que exigiam a verticalização, identificou-se lesões de segundo grau e casos de terceiro grau, sendo fundamental medidas interventivas, como a sutura perineal. Além disso, verificou-se a ocorrências de lacerações provenientes da paridade da mulher e o peso do recém-nascido. No entanto, quando citados as variáveis como idade, posição adotada e número de consultas no pré-natal, não foram fatores diretos para desencadear lesões perineais graves. Convém ressaltar como dado importante, as baixas práticas intervencionistas durante a assistência e a ausência de manobras de Kristeller e episiotomia, ambas categorizadas como violências obstétricas. Além disso, destacou-se a participação do enfermeiro obstetra em quase todas as assistências ao parto normal de baixo risco, sendo evidenciado o seu papel como agente provedor da humanização e na diminuição de práticas intervencionistas desnecessárias.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR SV, et al. Análise da incidência e prevalência de laceração perineal de causa obstétrica em maternidade terciária de Fortaleza - CE. *Rev Med UFC*, 2019; 59(1).
2. AMORIM MMR, et al. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010; 38(11).
3. ARAÚJO AAC, et al. Manobra de Kristeller: há benefícios nesta técnica?. *R. Pesq. Cuid. Fundam. Online*, 2021; 13: 276-281.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Departamento de Atenção básica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012; 30.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 2017; 51.
6. FIOCRUZ. OMS divulga novas recomendações para grávidas, 2016.
7. GOULART AP, et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de sepse neonatal precoce em hospital de rede pública do Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2006; 18(2).
8. LOPES GA, et al. Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. *Enferm*, 2019; 28: 20180168.
9. MONTENEGRO CAB e FILHO JR. Livro Rezende Obstetrícia, 13 ed., Editora Guanabara Koogan, 2017.
10. MONTEIRO MV, et al. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol J*, 2016; 27(1).
11. NASCIMENTO KIM, et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, 2021; 4(2): 7362-7380.
12. OLIVEIRA LS, et al. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J*, 2014; 132(4).
13. PAIVA EL, et al. Posições assumidas durante o parto normal: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás. *Intinerarius reflections*. UFG/REJ, 2018; 14(4).

14. PELISSARI LCB, et al. Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev. Eletr. Enferm*, 2022; 24: 66517.
15. PETRUCCE LFF, et al. Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências. *Femina*, 2017; 45(4): 212-222.
16. PILLAI S, et al. Fetal macrosomia in hoje and Brito center brites the United States: Maternal, fetal, and newborn outcomes, 2020; 1.
17. PRATA JA, et al. Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. *Escola Anna Nery*. 2022; 26: 20210182.
18. REIS CSC, et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. *J. res.: fundam. Care. Online*, 2016; 8(4).
19. RODRIGUES KJD, et al. Fatores no comportamento da musculatura perineal em parturientes de centro de parto normal. *Rev enfermagem UFPE on line*. 2021; 15: 247891.
20. SCHETTINI NJC, et al. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 2017; 11(2).
21. VAZ VBS, et al. Benefícios da posição verticalizado no parto normal. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, 2021; 4(5): 18533-18539.
22. VENDUSCOLO CT e KRUEL CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Revista Eletrônica: Disciplinarum Scientia. Ciências Humanas*, Santa Maria, 2015; 16(1).