

RELAÇÃO DA POSIÇÃO DE PARTO, PESO DO RN NO GRAU DE LACERAÇÃO EM PRIMÍPARAS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CUIABÁ - MT.

RELATIONSHIP OF LIVING POSITION, WEIGHT OF THE NB IN THE LEVEL OF LACERATION IN PRIMIPARA OF A PUBLIC MATERNITY IN CUIABÁ - MT.

ITACARAMBI, Giovanna Lissa Paizante¹; DOS SANTOS, Karina Nogueira¹; DIAS, Leticia Alencastro¹; MACHADO, Vania Farias¹; BARROS, Vanilda Ferreira¹; BARROS, Mayara dos Santos²

¹Graduandas do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande.

²Fisioterapeuta; Profa. Ms. Do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Várzea Grande.

RESUMO

Introdução: Em primíparas, inúmeros fatores de risco podem acarretar lacerações musculares espontâneas, levando a possíveis disfunções do assoalho pélvico. Tais lacerações podem variar de primeiro a quarto grau, a depender da expansão da área lesionada. **Objetivos:** Relacionar a posição do parto, o peso do RN e o tempo de período expulsivo com grau de laceração em primíparas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional descritivo retrospectivo realizado nas dependências do Hospital beneficente Santa Helena, CUIABÁ/MT. Os dados foram coletados a partir dos prontuários das pacientes que passaram pelo setor da sala de parto de janeiro a julho de 2022. Foram incluídos nesta pesquisa prontuários de mulheres primíparas com idade de 19 a 35 anos de idade, com baixo risco gestacional. **Resultados esperados:**

Palavras chaves: episiotomia, trabalho de parto, assoalho pélvico e parto normal.

RELATIONSHIP OF LIVING POSITION, WEIGHT OF THE NB IN THE LEVEL OF LACERATION IN PRIMIPARA OF A PUBLIC MATERNITY IN CUIABÁ - MT.

SUMMARY

Introduction: In primiparous, numerous risk factors can lead to spontaneous muscle lacerations, leading to possible pelvic floor dysfunctions. Such lacerations may vary from first to fourth degree, depending on the expansion of the injured area. **Objectives:** To

relate the position of the delivery, the weight of the NB and the time of expulsive period with the degree of laceration in primiparous. **Methodology:** This is a retrospective descriptive observational study conducted in the premises of the Santa Helena Charitable Hospital, CUIABÁ/MT. Data were collected from the medical records of patients who passed through the delivery room sector from January to July 2022. Medical records of primiparous women aged 19 to 35 years, with low gestational risk, were included in this study.

Results:

Key words: episiotomy, labor, pelvic floor and normal delivery.

INTRODUÇÃO

No princípio, as parteiras eram as figuras mais importantes para a gestação, pois eram elas que conduziam todo o trabalho de parto. Durante o parto, as mesmas, incentivavam as mulheres a terem seus bebês da forma mais confortável possível, como desejassem. A presença da mãe nesses ambientes geralmente era solicitada para oferecer apoio emocional a gestante. Outras intervenções como ervas e chás a base de plantas medicinais, eram ofertadas as mulheres com o propósito de promover relaxamento e alívio da dor. O médico somente era solicitado em casos de partos complicados que exigisse tratamento cirúrgico. (HELMAN, 2003, p. 159).

Com o passar do tempo, a figura do cirurgião tornou-se mais importante do que a presença das parteiras, culminando para o desaparecimento delas neste período. Na presença do cirurgião, a mulher passou a ser passiva aos tratamentos oferecidos, sendo primeiramente definido a posição em litotomia como a única a ser realizada durante a parte, por ser confortável ao profissional cirurgião. Em seguida, com a mesma finalidade, o parto se tornou restrito apenas aos especialistas presentes, ficando a mulher excluída da presença familiar. (TORNQUIST, 2002).

Nos anos seguintes, várias inovações surgiram com o objetivo de facilitar o trabalho de parto para o cirurgião. A episiotomia, sendo uma incisão cirúrgica realizada na região vulvar, surgiu a princípio em 1742 pelo cirurgião Fielding Old que segundo ele seria realizada somente em casos difíceis de extrema precisão. Entretanto, em 1920 ela passou a ser realizada como um procedimento de rotina, pois segundo Pommery (1918) e Joseph DeLee (1920), além de agilizar o trabalho de parto, traumas contra a musculatura do assoalho pélvico causados pela cabeça do recém-nascido poderia ser prevenido. O uso de ocitocinas para aumentar a contração uterina, acelerando a dilatação e

expulsão do recém-nascido, passou a ser utilizada juntamente com o fórceps, equipamento cirúrgico que facilitava a retirada da cabeça do recém-nascido. O objetivo principal dos cirurgiões da época era, além de adquirir a saúde da mulher, diminuir o máximo de tempo possível no trabalho de parto. Contudo, o fórceps que seria utilizado somente em ocasiões complicadas e as ocitocinas que seriam oferecidas na ausência de contração uterina, passou a ser regra básica a todos os partos. (MALDONADO, 2002; SPINK, 2013).

A episiotomia apesar de ser uma cirurgia com o propósito de reduzir e prevenir lacerações na musculatura do assoalho pélvico, não tem comprovação sobre sua eficácia baseada em evidências científicas, somente sobre os efeitos maléficos causados após sua realização, como o aumento da perda sanguínea e de transtornos nessa musculatura. Em outros casos, a episiotomia pode causar traumas psicológicos e emocionais exacerbadas pela sua dor durante o trabalho de parto à gestante, como também, pode prejudicar o desempenho sexual dela. (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Na ausência da episiotomia, o corpo feminino está programado fisiologicamente para se adaptar à atual situação e entrar em trabalho de parto. Entretanto, devido ao estresse causado na região pélvica da mulher durante o parto, é comum haver o surgimento de rompimentos na musculatura perineal, sendo lacerações espontâneas. Em casos menos graves temos lacerações de 1º grau, onde o rompimento compromete os trêmulos dos pequenos lábios, a pele do períneo e a mucosa vaginal. No 2º grau, a fásia e os músculos do corpo perineal são atingidos, com exceção do esfíncter anal. Seguindo para o 3º grau, os pequenos lábios, a pele perineal, mucosa vaginal, os músculos e esfíncter anal são lacerados. Por fim, no 4º graus, sendo o mais grave, a laceração compromete os lábios, pele perineal, mucosa vaginal, músculos, esfíncter anal e a mucosa retal.

Os fatores de riscos que envolvem as lacerações espontâneas na mulher, podem variar de acordo a experiência ao parto. Em nulíparas, mães de primeira viagem, a predisposição ao rompimento da musculatura perineal é muito recorrente, visto que, as transformações hormonais e pélvicas referentes ao parto, estão ocorrendo pela primeira vez. Mulheres com idades avançadas, são consideradas também como fatores de riscos, por apresentarem uma flexibilidade muscular reduzida. O nascimento em posição cefálica posterior e o peso do neonato acima ou igual a quatro quilogramas são também, parte desses fatores de riscos.

Portanto, com base neste contexto, o objetivo do estudo foi verificar a influência

do peso do RN, posição de parto no grau de laceração em primíparas.

METODOLOGIA

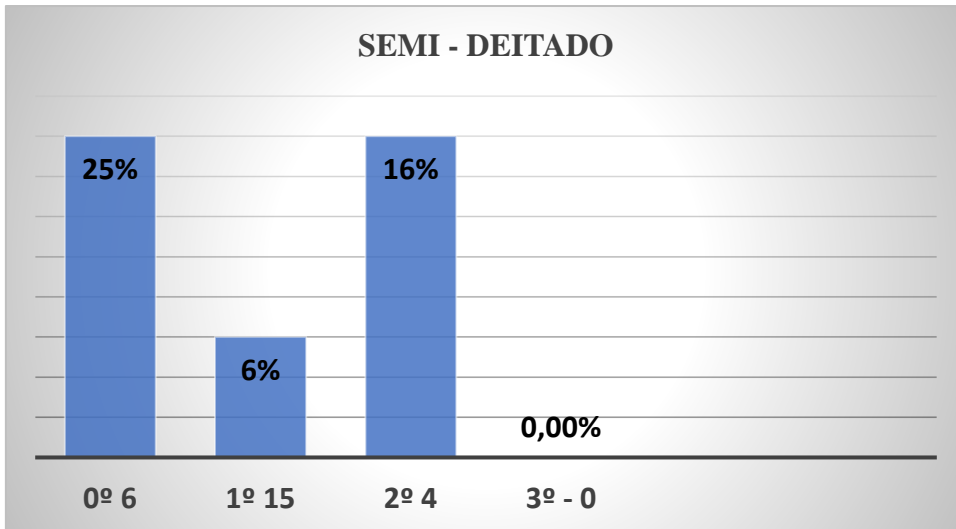
Trata-se de um estudo observacional descritivo retrospectivo. A pesquisa foi realizada nas dependências do hospital beneficente sta. Helena, localizado na avenida marechal Deodoro, nº400, bairro santa helena na cidade de Cuiabá – MT. Foram coletadas informações dos prontuários de mulheres primíparas, com idade de 19 a 35 anos, com gestação de baixo risco e admitidas para parto normal na sala de parto do hospital sta. Helena. Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todas as mulheres, os dados foram coletados mediante autorização do responsável pela direção do hospital, através do termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados.

Os dados foram coletados a partir dos prontuários das pacientes que passaram pelo setor da sala de parto de janeiro a julho de 2022, em busca das seguintes variáveis: Idade, Posição do parto, peso do RN, grau de laceração, método utilizado para o alívio da dor, e prevalência de episiotomia, tempo de período expulsivo. Para os prontuários selecionados foram inclusos os prontuários de mulheres primíparas, com idade de 19 a 35 anos, com gestação de baixo risco e admitidas para parto normal na sala de parto do hospital sta. Helena. Sendo excluídos prontuários de múltiparas com idade maior que 35 e menor de 19 anos, mulheres com gestações múltiplas, fetos em apresentação pélvica, e que se enquadram em gestação de risco. Para análise estatística, foram 4 coletados e digitados em planilha do programa Microsoft Excel, descritos através de médias, desvio-padrão e frequências absolutas (n) e relativas (%).

RESULTADOS

Em relação aos graus de laceração em diferentes posições de parto, observou -se que a posição semideitada: 25% das mulheres tiveram laceração grau 1, 16% grau 2, e nenhuma grau 3 ou 4, conforme gráfico 1.

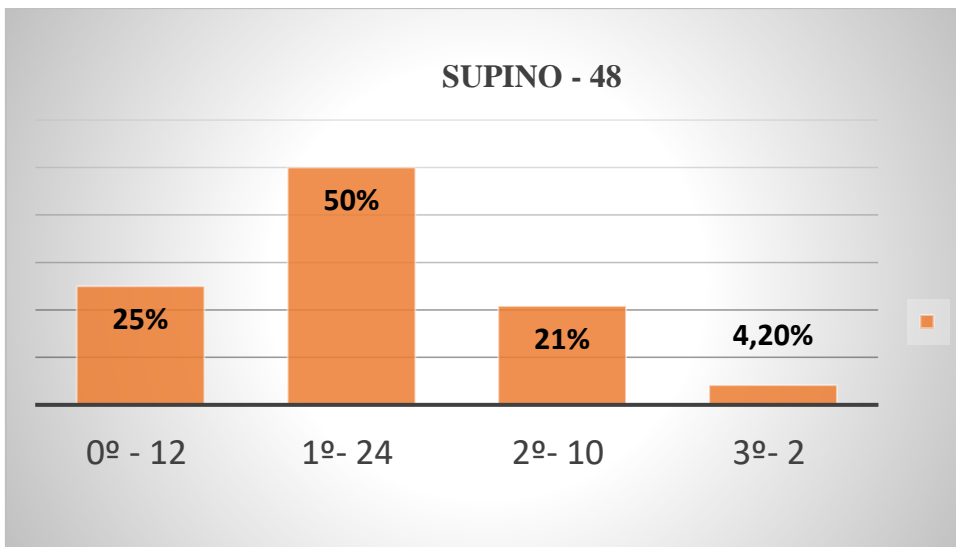
Gráfico 1: Posição semideitada



Fonte: Da própria pesquisa, 2022.

Em relação aos graus de laceração em diferentes posições de parto, observou-se que na posição supino: 25% das mulheres tiveram laceração em grau 0, 50% grau 1, 21% grau 2, 4,20% grau 3. Conforme gráfico 2.

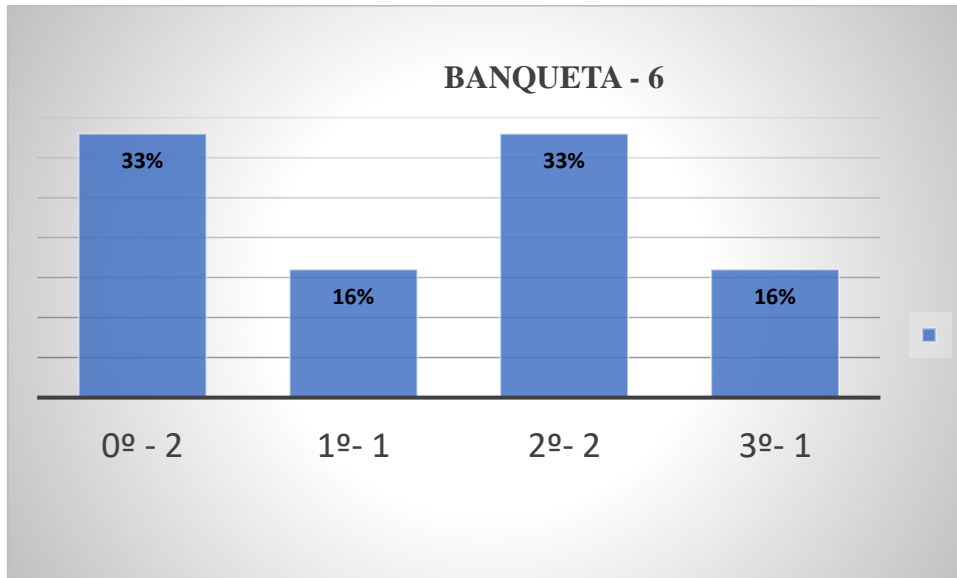
Gráfico 2: Posição Supino



Fonte: Da própria pesquisa, 2022.

Em relação aos graus de laceração em diferentes posições de parto, observou-se que na posição banqueta: 33% das mulheres tiveram laceração em grau 1, 33% grau 2, 16% grau 3. Conforme gráfico 3.

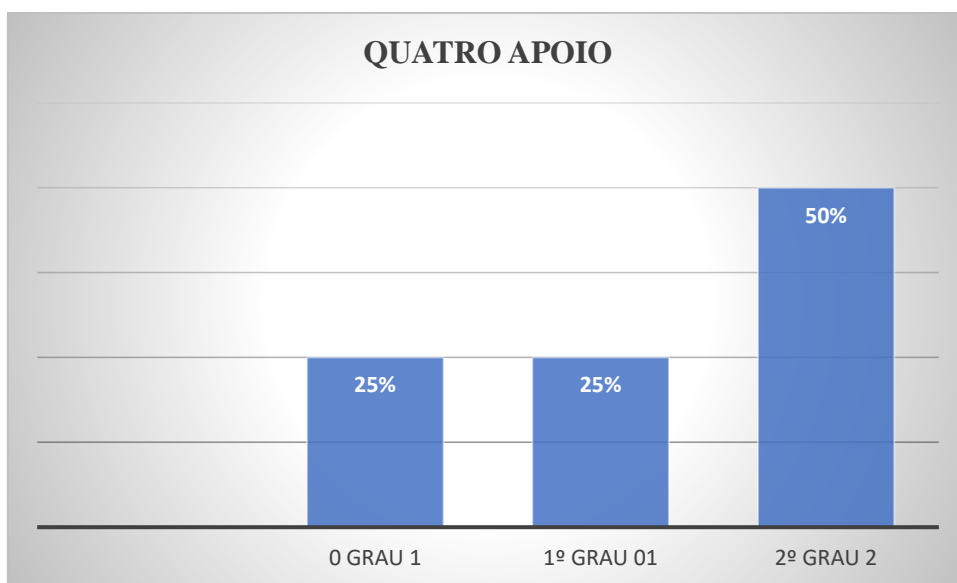
Gráfico 3: Posição banqueta



Fonte: Da própria pesquisa, 2022.

Em relação aos graus de laceração em diferentes posições de parto, observou-se que na posição quatro apoio: 1% das mulheres tiveram laceração em grau 0 - 25%, grau 1 - 25%, grau 2 - 50%. Conforme gráfico 4.

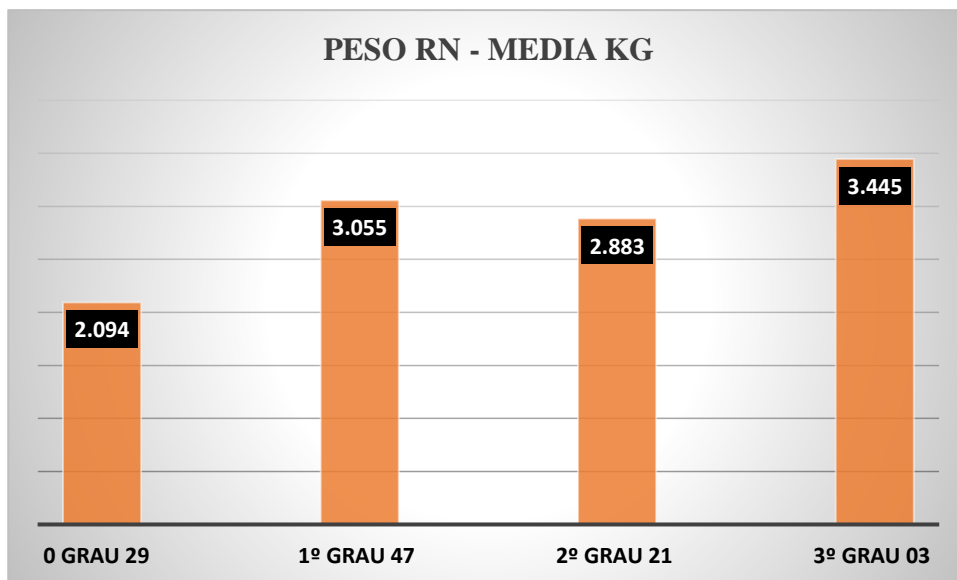
Gráfico 4: Posição Quatro Apoio



Fonte: Da própria pesquisa, 2022.

Em relação ao peso do RN e o grau de laceração no período expulsivo, observou-se que a média do peso nas lacerações grau 0 foi de 2.094kg, grau 1 – 3.055kg, grau 2 – 2.883kg. grau 3 – 3.445 kg. Conforme gráfico 5.

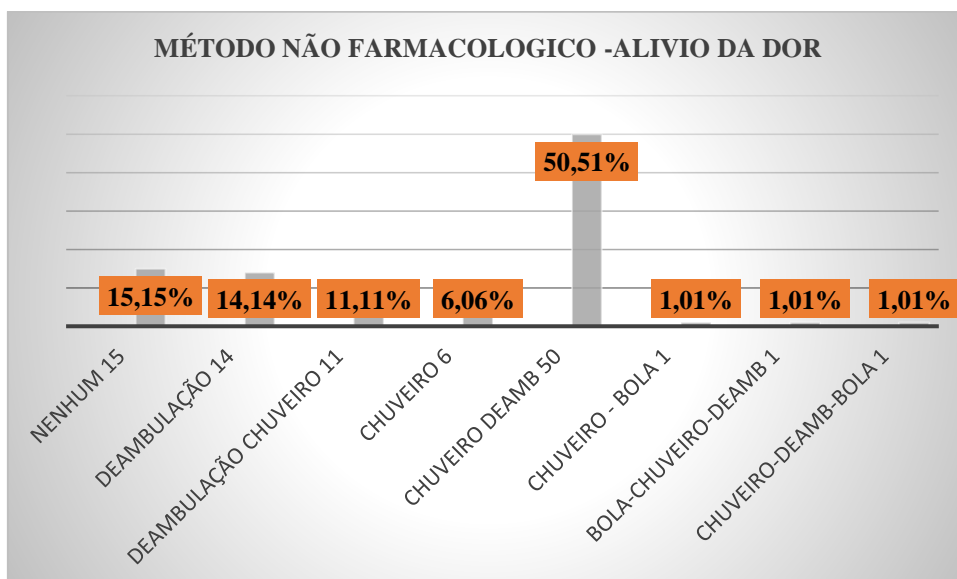
Gráfico 5: Media Peso RN



Fonte: Da própria pesquisa, 2022.

Os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor realizados foram: nenhum 15,15%, deambulação 14,14%, deambulação e chuveiro 11,11%, chuveiro e deambulação 50,51%, chuveiro e bola 1,01%, bola e chuveiro 1,01%, chuveiro-deambulação e bola 1,01%. Conforme gráfico 6.

Gráfico 6: Métodos não farmacológico para alívio da dor



Fonte: Da própria pesquisa, 2022

Discussão

Em nosso estudo 4% das mulheres sofreram Episiotomia, um número relativamente baixo, mas considerável, uma vez que, esse número deveria ser 0%. Com a prática baseada em evidências sabemos que a episiotomia é uma violência obstétrica e nada justifica o seu uso. Em um estudo de 2015 da faculdade Unifasex afirma que no Brasil a incidência da prática rotineira de Episiotomia ainda é de 15%. O estudo de Esc Anna Nery R (2006), afirma que a episiotomia prática no parto normal é claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada. E segundo estudo de Camyla A. G.; Gleidson B.; O.; Eduardo B.; N. (2016). A episiotomia de rotina como uma fórmula mutilação genital cometida pelas instituições de saúde e profissionais. Seu uso abusivo na área da saúde tem se tornado uma forma de desrespeito aos direitos humanos, pois muitas mulheres desconhecem o uso da episiotomia como uma forma seletiva e não obrigatória (BRASIL,2001).

Pelos resultados encontrados e estudos investigados conclui-se que a posição de parto em litotomia favorece os graus de Laceração mais graves. Porém no Brasil 91,7% das mulheres tem o parto nessa posição, por uma questão cultural e outras por solicitação dos profissionais de saúde, ferindo a orientação da liberdade de posição de parto que é direito da parturiente. (SOUZA, 2011).

Nesta postura observou-se que pode ocorrer inúmeras alterações fisiológicas, que culminam em uma progressão mais lenta do trabalho de parto. Primeiramente, desfavorece a incidência da força gravitacional na direção do trajeto do parto e leva a chance de compressão dos grandes vasos abdominais, artéria horta abdominal e veia cava, comprometendo a irrigação sanguínea não somente ao feto, mas também à mãe. Essa postura não permite grande mobilidade pélvica, o que não contribui para a passagem do feto, favorecendo a contranutacao mantendo o sacro fixo ao leito. A boa mobilidade pélvica em uma postura de parto é vital para a acomodação do feto no trajeto de parto e a sua passagem através do anel pélvico, e é nesta passagem onde se encontram os estreitos superior e inferior, que sofrem modificações em seus diâmetros como reflexo da movimentação pélvica e sacro- ilíaca (Silva, 2012).

Nas políticas públicas na área de Saúde da Mulher, a humanização defende que os cuidados prestados devem ser benéficos e a autonomia materna deve ser preserva. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1996), a assistência hospitalar ao parto deve garantir segurança promovendo o mínimo de intervenções, o que quer dizer que deve haver razões significativas para se intervir ao processo fisiológica apto e respaldado legalmente para se atuar antes, durante e após o trabalho de parto, o fisioterapeuta dispõe do conhecimento relacionado a fisiologia osteomuscular, além de recursos não farmacológicos que podem ser utilizados para a diminuição da percepção da dor e consequentemente facilitar o trabalho de parto (OLIVEIRA; SANTANA, 2019).

Concluimos que o peso do RN – nascido, embora também não exista diferença estatisticamente significante, houve uma concentração maior de recém-nascidos com peso maior ou igual a 3.000 gramas, entre as parturientes com laceração perineal (Scarbotta Leila).

Associando o peso ao nascer dos RNs ao grau de Laceração, pudemos observar que as parturientes que tiveram seus RNs com peso ao nascer entre 1.500 a 2.499g não sofreram nenhum grau de Laceração; com o peso superior a 2.500g houve Laceração perineal em algum grau e a concentração de lacerações de grau III 75% ficou entre o peso de 3.000 a 3.999g. (Maiarynck Laís, 2013).

Em nosso estudo observamos que as pacientes que estiveram Laceração de grau 3, utilizaram apenas banho e deambulação com métodos não farmacológicos para alívio da dor, em nossas pesquisas foi encontrado as seguintes informações:

“Quanto a utilização dos métodos não farmacológicos, pode – se ressaltar diversos benefícios para a mulher durante o trabalho de parto. Eles auxiliam nos cuidados as necessidades das parturientes, promovendo conforto, segurança e redução da ansiedade. (KELLIN. Bruna Euzébio; 2022)

Além disso em estudo realizado em uma Universidade Potiguar de Natal (UnP-RN) em 2018 observou que o uso da bola combinada com o banho morno minimiza a dor e o estresse da parturiente e também ajuda na evolução do trabalho de parto, favorecendo o mecanismo da musculatura do assoalho pélvico. (Gomes ECH, Davim)”

Concluindo que as nossas pacientes estivesse acesso a combinação de banho morno e bola suíça, poderia ter evitado as lacerações de terceiro grau.

Concluindo também que apenas banho e deambulação não é eficaz para deixar a paciente compensada, relaxada e evitando assim às lacerações mais graves.

Conclusão

Referências

<https://www.scielo.br/j/ean/a/367RRVsXmLFwhp6DbyZBwrJ/?lang=pt&format=pdf>

<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/5560/2912/>

<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/655>