

CAMILA VIANA COSTA

ESTUDO DESCRITIVO DOS RESULTADOS MATERNNOS
E NEONATAIS DOS PARTOS VERTICAIS REALIZADOS
NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa
Catarina, para a conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS
1997

CAMILA VIANA COSTA

80 (201)
Campa

ESTUDO DESCRITIVO DOS RESULTADOS MATERNS
E NEONATAIS DOS PARTOS VERTICAIS REALIZADOS
NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa
Catarina, para a conclusão no Curso de Graduação em
Medicina

Coordenador do Curso: Professor Edson Cardoso
Orientadores: Dr. Marcos Leite dos Santos
Professor Luiz Fernando Somacal

FLORIANÓPOLIS
1997

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	5
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	6
4. RESULTADOS.....	8
5. DISCUSSÃO.....	14
6. CONCLUSÃO.....	18
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	

AGRADECIMENTOS

À minha família, que apesar da distância foi fonte permanente de estímulo.

Ao Rodrigo, que com sua paciência, companheirismo e dedicação, tornou possível a realização deste trabalho.

Aos meus orientadores, Marcos Leite dos Santos e Luiz Fernando Somacal, que com sabedoria, me incentivaram, e estiveram sempre presentes durante a confecção deste trabalho.

À Enfermagem do Centro Obstétrico.

Ao pessoal do serviço de prontuário dos pacientes (SPP).

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

1. INTRODUÇÃO

A Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (MHU-UFSC), inaugurada em outubro de 1995, tem como filosofia de assistência a humanização do atendimento à mulher, ao recém-nascido e à família. Baseado nesses princípios de humanização, a Maternidade do Hospital Universitário (MHU) permite a presença de um acompanhante, escolhido pela parturiente, durante o pré-parto, parto e pós-parto, estimula o aleitamento materno precoce e o alojamento conjunto, onde o recém-nascido sadio permanece na companhia da mãe. O Centro Obstétrico da Maternidade conta com uma cadeira para o parto vertical, feita de fibra de vidro, permitindo à parturiente a livre escolha entre o parto vertical e o parto horizontal (semi-sentado).

A filosofia de atendimento e as rotinas implementadas na MHU, estão de acordo com as recomendações sobre a tecnologia apropriada para o nascimento estabelecidas, em 1985, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ¹. Nestas recomendações, a OMS determina que “não é recomendável à gestante adotar a posição horizontal (litotomia) durante o trabalho de parto e parto. A gestante deve ser encorajada a deambular durante o trabalho de parto e deve decidir livremente sobre qual posição adotar durante o parto” ¹.

Em contraposição à OMS, de Rezende ², em suas considerações sobre o parto vertical, afirma que “nada se ganha com esse modismo. Ao revés, tumultua-se o atendimento correto do parto, comprometidas assim as práticas da assepsia e da antisepsia como a segurança da analgesia e da anestesia. A monitoração dos casos de alto-risco, a cardiotocografia, a episiotomia e a

restauração do períneo, o socorro imediato ao sofrimento fetal fazem-se também de modo imperfeito ou procrastinado”.

Desde a inauguração da Maternidade em 24 de outubro de 1995, o parto vertical, vem de forma crescente, ganhando mais adeptos entre a população assistida e a equipe dos profissionais de saúde. Inicialmente, em 1995, foram realizados apenas 3 partos verticais, passando para 66 partos em 1996 e atingindo 230, até o mês de setembro, em 1997.

Observando estas contradições na literatura obstétrica a respeito da posição materna durante o parto, o aumento crescente na adesão dos profissionais de saúde ao parto vertical e o aumento da demanda por parte da população assistida, foi despertado o interesse da autora em conhecer o perfil epidemiológico das pacientes que tiveram parto vertical nesses 2 anos de funcionamento, bem como verificar os resultados materno-fetais desses partos verticais.

Estudos antropológicos mostram que, ao contrário do que ocorre nos países industrializados nos quais a posição horizontalizada durante o parto é dominante, 80% da população que ainda não foram influenciadas pela medicina ocidental adotam a posição vertical para o parto ^{3,4}.

Historicamente, o parto vertical (cócoras, sentado, ajoelhado ou em pé) remonta das civilizações mais antigas e pode ser identificado nas mais antigas cenas de que se tem registro mostrando nascimentos, datadas de alguns milênios antes de Cristo ⁵.

Um registro antropológico famoso sobre o nascimento na civilização egípcia é encontrado no Templo de Esneh, no Egito, e mostra Cleópatra ajoelhada, durante o parto, rodeada por 5 mulheres ⁶.

A Obstetrícia, enquanto especialidade da Medicina, surgiu na Europa em torno de 1550, sendo atribuída a Paré, famoso cirurgião-obstetra francês, o

reconhecimento social da disciplina, que na época restringia-se a atender complicações obstétricas ^{6,7}.

Guillemeau (genro de Paré) foi o primeiro a advogar a posição reclinada para o parto, alegando maior conforto para a mulher e para o obstetra. Mas apesar de Guillemeau ter sido o primeiro, foi François Mauriceau, um conceituado barbeiro-cirurgião da época, em Paris, que mais influenciou a mudança da posição para o parto, encorajando a adoção do decúbito dorsal em seu livro *“Des maladies des femmes grosses e accouchées. Avec la bonne et veritable méthode de les bien aider en leurs accouchements naturels...”* ⁸. Mauriceau em seu livro, também descreve a gestação e o parto como eventos inerentemente patológicos e anormais, fortalecendo a participação dos médicos-cirurgiões e desqualificando a atuação das parteiras. O parto horizontal, a partir de então, proporciona *status* na França, atingindo também as outras cortes européias ^{6,9}.

O aumento da prática das cirurgias de litotomia e o aumento do uso de fórceps parecem ter sido importantes fatores para o incremento da posição horizontal ⁷.

A adoção e o uso das várias formas de posições horizontais não foi baseada em pesquisas científicas bem fundamentadas ^{4,10}.

A partir da década de 1950, surgiu nos Estados Unidos o primeiro trabalho científico, publicado por Howard ¹¹, alertando sobre os prejuízos materno-fetais que a posição horizontal pode provocar, como aumentar o esforço materno durante o período expulsivo e a maior possibilidade de lesões cerebrais no recém-nascido. Howard ¹¹ também propõe uma mesa de parto vertical. Essas recomendações não tiveram aceitação no meio científico, ficando esquecidas por muitos anos.

O parto vertical volta a ser referido no meio obstétrico a partir de 1960, no Uruguai por Caldeyro-Barcia ¹² e na Inglaterra em 1976 por Dunn ⁹.

A partir de então, vários estudos foram realizados na tentativa de estabelecer as vantagens e desvantagens do parto vertical, bem como a melhor maneira de assisti-lo (cadeiras de parto, “birth cushion”) ¹³⁻²⁰.

Hoje, os fundamentos teóricos do parto vertical, baseados em princípios científicos, já estão bem estabelecidos na literatura obstétrica e são eles:

1. Favorecimento da ação da gravidade ^{10,11,21}.
2. Evita a compressão dos grandes vasos maternos ^{10,22}.
3. Aumento dos diâmetros do canal de parto ^{10,23}.
4. Ângulo de encaixe (drive angle) adequado ¹⁰.
5. Melhor ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-básico maternos, acompanhados de melhor oxigenação e equilíbrio ácido-básico fetal²².
6. Maior eficácia das contrações uterinas durante o trabalho de parto e parto, proporcionando menor duração no período de dilatação e expulsivo ^{10,12,21,24}.
7. Maiores pressões intra-uterinas e menores pressões intravaginais, facilitando a progressão do feto ^{10,25}.
8. Ótimos resultados neonatais ^{10,22}.

Este acervo de informações viabilizou o reforço técnico-científico para a introdução de rotinas que têm possibilitado a adoção do parto vertical em várias maternidades no Brasil, tanto públicas como privadas.

2.OBJETIVOS

1 – Traçar o perfil epidemiológico das pacientes que tiveram parto vertical na maternidade do HU no período de 24 de outubro de 1995 a 30 de setembro de 1997.

2 – Descrever os resultados maternos e neonatais que podem ser utilizados como indicadores da efetividade no atendimento ao parto vertical.

3. MÉTODO

Desenho: estudo descritivo, retrospectivo, individuado, observacional, transversal.

Foram selecionadas, a partir dos livros de registros de nascimentos da Enfermagem do Centro Obstétrico, todas as pacientes que tiveram parto vertical na Maternidade do HU no período de 24 de Outubro de 1995 (data da abertura da Maternidade) a 30 de Setembro de 1997, perfazendo um total de 299 pacientes. Foram excluídas 3 pacientes cujos prontuários não foram encontrados (1,04%).

Os dados foram obtidos através da revisão dos prontuários médicos dessas pacientes no SPP (Serviço de Prontuário do Paciente). As variáveis maternas selecionadas para este estudo foram: idade, estado civil, grau de instrução, paridade, idade gestacional pela data da última menstruação (DUM), número de consultas pré-natais, data da primeira e última consulta pré-natal, tabagismo e patologias durante a gestação, infecção puerperal e mortalidade. No recém-nascido coletamos dados sobre peso ao nascimento, idade gestacional pelo exame físico (Capurro somático), vitalidade (foi utilizado o índice de Apgar no primeiro e quinto minuto), patologias neonatais e mortalidade. Utilizou-se a ficha de História Clínica Perinatal-Base²⁶, preconizada pelo Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP), para a coleta de dados (apêndice1).

Os dados obtidos foram digitados e analisados pelo Sistema de Informática Perinatal²⁷.

Os dados referentes a infecção puerperal e neonatal foram fornecidas pela Comissão de Infecção Hospitalar do Hospital Universitário(HU), que tem em seu banco de dados o registro de todas as infecções diagnosticadas no HU.

4. RESULTADOS



A maioria das 284 pacientes avaliadas situou-se na faixa etária dos 20 aos 24 anos (35,14%), sendo que o percentual de adolescentes (entre 15 e 19 anos) foi de 19,93% (gráfico 1).

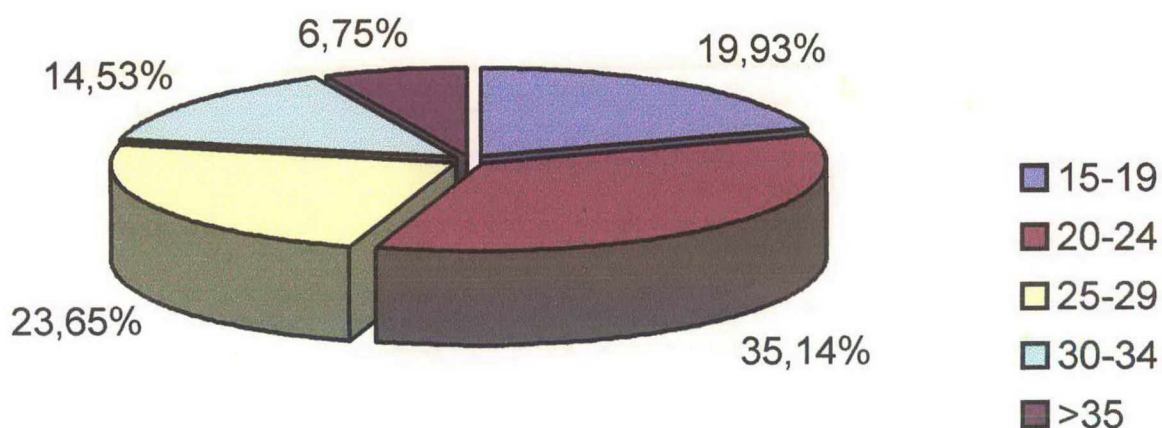


Gráfico 1- Distribuição percentual dos partos verticais segundo faixa etária da parturiente

Em relação ao estado civil, 54,73% eram casadas, 32,43% possuíam união estável, sendo que apenas 9,12% eram solteiras e 3,04% possuíam outro estado civil diferente dos mencionados (viúvas, divorciadas, ...) (gráfico 2)

Handwritten notes and a stamp at the bottom left of the page. The stamp is circular and contains the number '2,062'. The handwritten notes are partially legible and appear to be a list of names or identifiers.

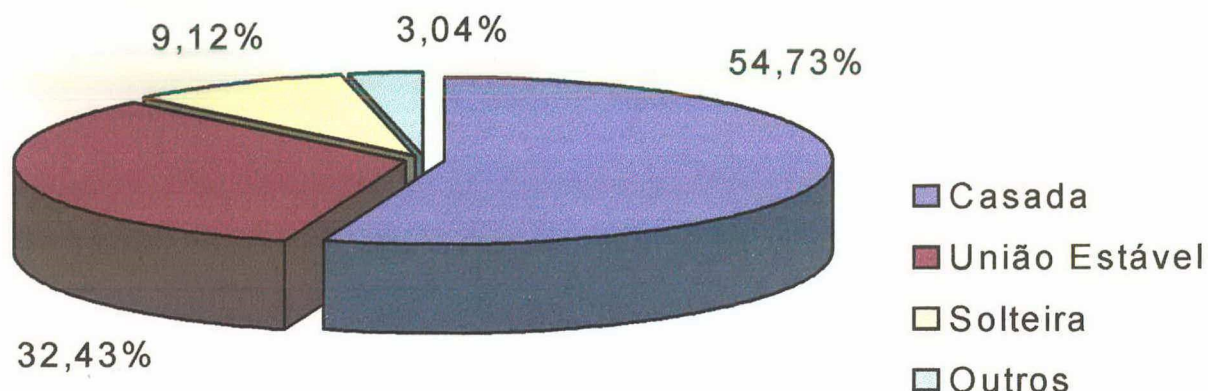


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos partos verticais segundo estado civil da parturiente. Fonte: Maternidade HU/UFSC.

No que se diz respeito ao grau de instrução, 1,35% (n=4) das pacientes eram analfabetas, 47,64% (n=141) possuíam apenas o primeiro grau (completo ou incompleto), 27,03% (n=80) possuíam 2º grau (completo ou incompleto), 12,50% (n=37) tinham nível universitário e 11% (n=34) não possuíam informações nos prontuários.

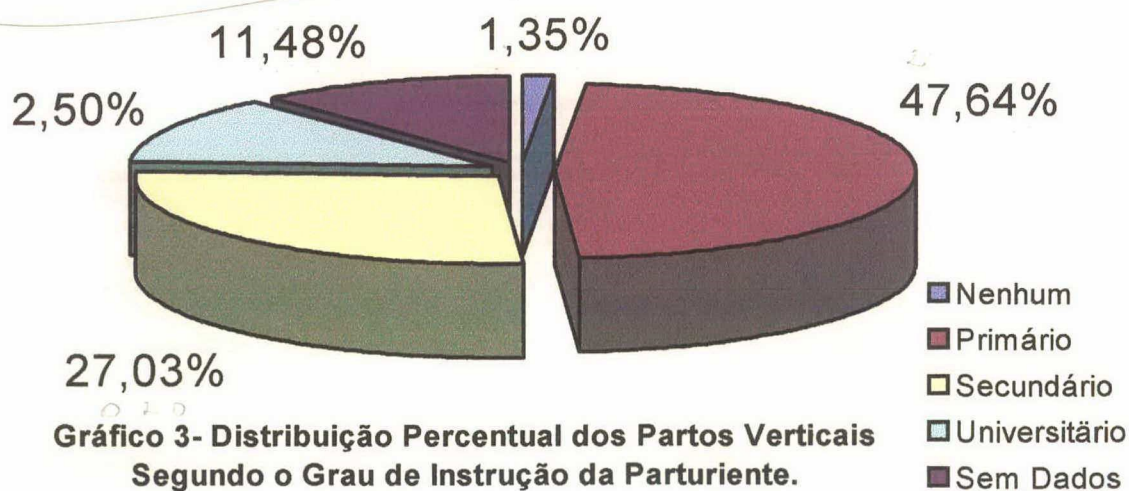


Gráfico 3 - Distribuição Percentual dos Partos Verticais Segundo o Grau de Instrução da Parturiente.

Quanto à história reprodutiva, observou-se que 43,98% das pacientes eram nulíparas no momento da admissão e que 58,08% tinham pelo menos um parto anterior (tabela I).

Tabela I – Frequência de paridade das pacientes que tiveram parto vertical.

Paridade	N	%
Nenhuma	130	43,98%
I	81	27,36%
II	45	15,20%
> III	39	13,18%
Total	296	100,0%

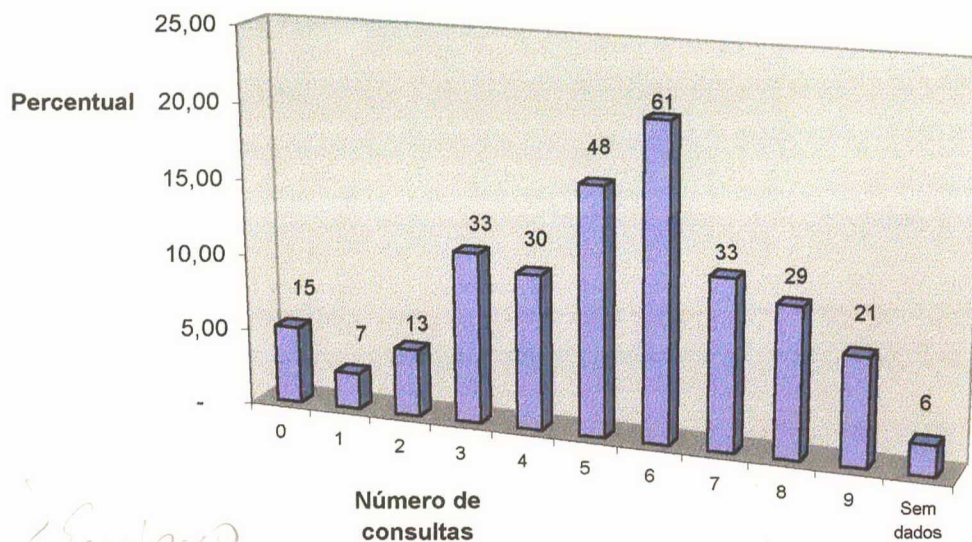
Fonte: Maternidade HU/UFSC.

Os dados de pré-natal mostraram que 92,90% das gestantes fizeram acompanhamento pré-natal, sendo que, deste total, 28,04% fizeram até quatro consultas. Verificou-se também, que a maioria (20,61%) fez 6 consultas no pré-natal (Gráfico 4) e que, das pacientes que fizeram pré-natal, 55,74% foi à 1ª consulta antes da 20ª semana de gestação e 27,03% teve a última consulta em torno da 37ª ou 38ª semana de gestação.

total em fase de trabalho => parto

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos partos verticais em relação ao número de consultas pré-natais das pacientes estudadas no período de 24/10/95 a 30/09/97.

Fonte: Maternidade HU/UFSC.



Observou-se que 83% das pacientes não eram tabagistas, sendo que apenas 0,7% das tabagistas consumiam mais de 20 cigarros/dia.

Houve uma incidência de 14,5% de patologias durante a gestação, sendo a infecção urinária a patologia mais comum (4,3%), seguida de ameaça de parto prematuro (2,2%) e pré-eclâmpsia (1,4%).

Do total de parturientes, não foi diagnosticado nenhum caso de infecção puerperal ou óbito materno.

Com base nos parâmetros de idade gestacional (DUM e Capurro), observou-se que 7,09% das pacientes possuíam gestação pré-termo (abaixo de 37 semanas) pela DUM, sendo que 6,42% foram confirmadas pelo Capurro. Observou-se também que a maior parte das gestações estavam em torno de 39 e 40 semanas (51,02% pela DUM e 59,13% pelo Capurro) (Tabela II).

Tabela II – Distribuição percentual dos recém-nascidos segundo a idade gestacional (DUM e Capurro).

Idade Gestacional	DUM	CAPURRO
Até 36 semanas	7,09%	6,08%
37-38 semanas	18,58%	21,28%
39-40 semanas	51,02%	59,13%
41-41 semanas	18,58%	13,51%
> 42 semanas	1,01%	0
Ignorado	3,72%	0
Total	100%	100%

Fonte: Maternidade HU/UFSC

Em relação ao peso do recém-nascido, a maioria (44,26%) situou-se na faixa de 3000g a 3499g (tabela III). Encontrou-se 6,42% (n=19) de baixo peso (menor que 2.500 g) e 5,74% (n=17) de sobrepeso (maior que 4.000 g). Obteve-se um total de 14,50% de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) e 8,06% grandes para a idade gestacional (GIG).

Tabela III- Distribuição percentual dos recém-nascidos, segundo o peso ao nascimento.

PESO (G)	N	%
Menor que 2500	19	6,42%
2500 – 2749	21	7,09%
2750 – 2999	37	12,50%
3000 – 3499	131	44,26%
3500 – 3999	71	23,99%
Maior que 4000	17	5,74%
TOTAL	296	100%

Fonte = ? \bar{N} referencial

Para avaliar a vitalidade neonatal, utilizou-se o índice de Apgar aferido no primeiro e no quinto minuto após o nascimento. Observou-se que, no primeiro minuto, 90,20% obteve Apgar entre 7-10 (vigoroso), 6,08% entre 4-6 (asfixia moderada) e 3,72% obtiveram Apgar inferior a 3. (asfixia grave). Quanto ao índice de Apgar, no quinto minuto, notou-se apenas 1 recém-nascido (0,34%) com Apgar entre 0-3, a grande maioria (97,63%) obteve Apgar entre 7-10.

Dentre as patologias neonatais encontramos uma taxa de 5,1%, sendo que a síndrome aspirativa (1,4%) e a hiperbilirrubinemia encontram-se em primeiro lugar. Outras patologias encontradas foram membrana hialina, defeitos congênitos, metabólico-nutricionais. Não houve casos diagnosticados de infecção neonatal. Também não houve mortes intra-uterinas ou neonatais nos partos avaliados.

6. DISCUSSÃO

0 1/2 - WJON 112 51 de 150 mulheres do primeiro grau

Um estudo publicado por Silva ²⁸ mostrou que a maioria das mulheres (78,5%) que tiveram filhos no ano de 1995 no Município do Rio de Janeiro, situou-se numa faixa etária que variou entre 20 e 39 anos e que a freqüência de adolescentes (idade inferior a 19 anos) foi de 17,7%. Neste mesmo estudo, a autora encontrou que grande parte de sua população (63,3%) possuía grau de escolaridade menor ou igual ao primeiro grau.. Em nosso trabalho encontramos uma freqüência de 19,93% de adolescentes, e a maioria das mulheres (80,07%) também situada entre 20 e 39 anos. Observamos também que grande parte de nossa população era jovem (menores de 25 anos). Em relação ao grau de instrução, 47,64% de nossas pacientes tinham escolaridade menor ou igual ao primeiro grau. Observamos que a população estudada na Maternidade do HU é semelhante à população estudada por Silva ²⁶, no que diz respeito à faixa etária e à escolaridade.

Schiff et al ²⁹, avaliando resultados materno-fetais de um Centro Médico em Israel entre 1984 e 1990, encontrou 45% de nulíparas entre as pacientes que tiveram parto normal. Gupta et al ¹⁵, encontrou 63% de nulíparas em um estudo randomizado com 114 mulheres sobre parto de cócoras na Inglaterra. Em nosso estudo observamos que 43,92% das pacientes eram nulíparas e que 56,08% já possuíam um ou mais partos prévios, estando de acordo com a literatura.

Dados do Ministério da Saúde ³⁰ mostram que 87,27% das gestantes no Rio Grande do Sul estavam fazendo Pré-natal no primeiro semestre de 1997, contra

50,27% em Alagoas. No Estado de Santa Catarina não há registros oficiais. Silva²⁸, encontrou 67,7% das pacientes com pré-natal, sendo que 21,6% fizeram de 1 a 6 consultas e 46,1% tiveram mais de 6 consultas. O Ministério da Saúde³¹ recomenda um mínimo de 5 consultas pré-natais durante a gestação, sendo que o intervalo entre elas não deve ultrapassar 8 semanas.

Em nosso estudo, encontramos que 92,90% das pacientes tiveram acompanhamento pré-natal, sendo que 28,04% fez de 1 a 4 consultas e 55,07% acima de 5 consultas. Observamos um grande número de gestantes com pré-natal, superando os números encontrados na literatura brasileira, entretanto quando avaliamos o número de consultas verificamos uma cobertura pré-natal ainda deficiente.

Define-se como risco gestacional qualquer patologia ou condição biológica que possa prejudicar a boa evolução da gestação³². Em torno de 10% a 20% das gestantes podem ser consideradas de alto risco³³. Observamos uma incidência de 14,5% de patologias, sendo a infecção urinária a patologia mais comum (4,3%), seguida de ameaça de parto prematuro (2,2%) e pré-eclâmpsia (1,4%).

No que diz respeito a idade gestacional por ocasião do parto, Silva²⁸ encontrou em sua população de estudo 6,6% de recém-nascidos prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas) e 7% de pós-termos (idade gestacional igual ou superior a 42 semanas). Em nosso estudo observamos 7,09% de pré-termos de acordo com a idade gestacional pela DUM (6,42% pelo Capurro) e 1,01% de pós-termos não confirmados pelo Capurro, dados estes semelhantes aos da autora.

Em relação ao peso o recém-nascido, Silva²⁸ também observou 9,7% de nascidos vivos com baixo peso (abaixo de 2500g) e 4,7% de sobrepeso (acima de 4000g). É importante lembrar que o peso ao nascer é utilizado como

parâmetro de avaliação de risco para a mortalidade infantil ²⁸. Nossos dados mostraram 6,42% de baixo peso e 5,74% de sobrepeso.

O índice de Apgar, aferido no 1^o e no 5^o minuto, representa as condições clínicas do recém-nascido no momento do parto ³⁴. Cerca de 90% de todos os nascimentos apresentam Apgar entre 7-10 (vigoroso) no 1^o minuto ³⁵. Silva ²⁸ encontrou 0,5% de asfixia grave (Apgar de 0 a 3) e 1,9% de asfixia moderada (Apgar entre 4 e 7) no índice de Apgar aferido no 5^o minuto. Sabatino ²², estudando os resultados pré-natais de 31 pacientes que tiveram o parto na posição cócoras encontrou o índice de Apgar no primeiro minuto maior ou igual a 7 (vigoroso) em todos os recém-nascidos. De Jong et al ³⁵, em estudo randomizado na África do sul, verificou que apenas 1,95% dos recém nascidos das pacientes que tiveram parto verticalizado, receberam Apgar abaixo de 7 no primeiro minuto.

Nosso trabalho mostrou que, no primeiro minuto, 90,20% dos recém-nascidos tiveram Apgar maior que 7 (vigoroso), 6,08% Apgar entre 4-6 (asfixia moderada) e 3,72% Apgar menor ou igual a 3 (asfixia grave). Já no quinto minuto, encontramos 97,63% dos recém-nascidos com Apgar entre 7-10 e apenas 0,34% (1 caso) com Apgar abaixo de 3. Nossos índices estão de acordo com Silva ²⁸, e abaixo do esperado nos estudo sobre resultados perinatais em partos verticais ^{22,35}, mas convém lembrar que em nossa população não foram afastadas as pacientes com fatores de risco para asfixia como se observa nestes estudos ^{22,35}.

Entre as pacientes estudadas não houve casos diagnosticados de infecção puerperal, cabe lembrar que todos os prontuários médicos da Maternidade do HU são revisados pela Comissão de Infecção Hospitalar deste hospital. Não houve também óbito materno. No Brasil, o coeficiente de mortalidade materna hospitalar em 1996 foi de 39,42 por 100.000 partos e em Santa Catarina 46,81 por 100.000 partos ³⁶. Não houve também infecção ou óbito neonatal.

Nossos resultados demonstram que o parto vertical é eficaz na assistência ao parto, já que as complicações maternas e neo-natais estão de acordo com a literatura.

Este estudo, baseado nas considerações gerais da tecnologia apropriada para o nascimento da OMS ¹ propôs um inquérito colaborativo sobre o parto vertical como tecnologia de assistência ao nascimento.

A ficha de História Clínica Perinatal-Base do CLAP foi utilizada no intuito de padronizar as informações para toda a América-Latina, favorecendo assim, uma unificação das variáveis que podem servir como indicadores da efetividade no atendimento no atendimento ao nascimento.

O presente estudo forneceu resultados iniciais sobre o parto vertical na MHU. Outros estudos randomizados devem ser encorajados para melhor avaliação do parto vertical em relação ao parto horizontalizado (semi-sentado) e o grau de satisfação da paciente, já que é parte de uma proposta mais ampla de humanização do nascimento.

7. CONCLUSÃO

Com relação aos partos verticais realizados na MHU/UFSC no período de 24 de outubro de 1995 a 30 de setembro de 1997 podemos chegar à algumas observações:

1. A faixa etária predominante (35,14%) é entre 20 e 24 anos, a taxa de adolescentes (menores de 19 anos) é 19,93% . A soma desses índices (55,07%) mostra que a população atendida é jovem.
2. Pacientes casadas representam 54,73%.
3. O grau de instrução da maioria é o primário (47,64%). Apenas 1,35% são analfabetas.
4. A maioria (92,90%) realizou pré-natal sendo que 28,04% têm menos que 5 consultas.
5. As nulíparas representam 43,98% das pacientes.
6. Em torno de 6,42% (n=19) dos recém-nascidos pesam abaixo de 2500 g ao nascimento e 5,74% (n=17) pesam acima de 4000g.
7. Os prematuros, de acordo com a DUM, são 7,09% dos recém-nascidos e 6,08% pelo Capurro.
8. O índice de Apgar, no 1º minuto é maior que 7 (vigoroso) em 90,20%.
9. O índice de Apgar, no 5º minuto é maior que 7 (vigoroso) em 97,63%.
10. Não há registro de infecção puerperal, óbito materno ou neonatal.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):436-7.
2. De Rezende J. O parto. Estudo clínico e assistência. In: de Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 6^a edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara;1992.p.261-77.
3. Poschl U. The vertical position of the Trobrianders, Papua New Guinea. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1987; 27: 120-5.
4. Paciornik M. *O parto de cócoras*. 2^a edição. São Paulo: Editora Brasiliense; 1981.
5. Russel JBG. The prevalence of primitive delivery positions. *Br J Obstet Gynaecol* 1982; 89(9):712-5.
6. Dundes L. The evolution of maternal birthing position. *Am J Public Health* 1987;77(5):636-41.
7. Lima KMR. Contando um pouco de história...*Saúde em foco* 1996;14:4-5.
8. Longo L D. Classic pages in obstetrics and gynecology. *Am J Obstet Gynecol* 1995;1060-1.
9. Dunn, PM. Obstetric delivery today – for better or for worse? *Lancet* 1976;1:790-3.
10. Sabatino H. Parto na vertical. *RMB-GO* 1997;2:51-64.
11. Howard F. Delivery in the physiologic position. *Obstet Gynecol* 1958;11(3):318-22.

12. Caldcyro-Barcya R. Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labour. *Am J Obstet Gynecol* 1960;80(2):284-90.
13. Newton M, Newton N. The propped position for the second stage of labor. *Obstet Gynecol* 1960;15(1):28-34.
14. Haukeland I. An alternative delivery position: New delivery chair developed and tested at Kongsberg Hospital. *Am J Gynecol* 1981;141(02):115-7.
15. Gupta JK, Brayshw EM, Lilford RJ. An experiment of squatting birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989;30:217-20.
16. Gardosi J, Sylvester S, B-Linch-C Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:1290-6.
17. Shannahan MD, Cottrel BH. Effect of the birth chair on duration of second stage labor, fetal, outcome, and maternal blood loss. *Nurs Res* 1985;34:89-92.
18. Gardosi J, Hutson N, B-Linch C. Randomized, controlled trial of squatting in the second stage of labor. *Lancet* 1989;2(8654):74-7.
19. Stewart P, Spiby H. A randomized study of sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:327-33.
20. Stewart P, Hillan E, Calder AA. A randomised trial to evaluate the use of a birth chair for delivery. *Lancet* 1983;1:1296-8.
21. Mendez-Bauer C, Arroyo J, Ramos CG, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labour. *J Perinat Med* 1975;30:89-100.
22. Sabatino H, Barini R, Giraldo PC, Miranda RA, Baema MH. Repercussão perinatal do parto atendido em posição de cócoras. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1994;1:7-14.

23. Gupta JK, Glanville JN, Johnson N, Lilford RJ, Dunham RJC, Watter JK. The effect of squatting on pelvic dimensions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991;42:19-22.
24. Roberts JE, Mendez-Bauer C, Wadell DA. The effects os Maternal position on uterine contracity and efficiency. *Birth* 1983;10(4):243-9.
25. Sabatino H, Salinas M, Marques MLN, Fragnito HL. Análise quantitativa de pressões intravaginais em gestantes normais. *Rev Bras Ginec Obstet* 1995;17(8):819-34.
26. Diaz AG, Schawarcz R, Rossello JLD, et al. Sistema Informático Perinatal. Montevideu: CLAP, 1994.
27. Simini F, Lopez R, Diaz AG, Schawarcz R. Processamento de dados do sistema informático perinatal. Montevideu: CLAP, 1994.
28. Silva RI. Perfil dos nascidos vivos e mães no município do Rio de Janeiro 1995. *Saúde em Foco* 1996;14:28-31.
29. Schiff ES, Friedman SA, Mashiach S, Hart O, Barkai G, Sibai BM. Maternal and neonatal outcome of 846 term singleton breech deliveries: seven year experience at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 1996;1(175):18-23.
30. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa de agentes comunitários de saúde*. Brasília; 1996.
31. Vanin CMDM, Pessinnnni SA, Wainberg SIC. Acompanhamento da gestação e puerpério. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992 p.117-23.
32. Martins-Costa S, Ramos JG, Chaves EM. Assistência ao pré-natal normal e de alto risco. In: Freitas F, Costa SM, Ramos JGL, Passos EP. *Rotinas em obstetrícia*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993 p.12-7.
33. Montenegro CAB. Gestação de alto risco. In: de Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara;1992 p.424-32.

RESUMO

Estudo descritivo dos resultados maternos e neonatais dos partos verticais realizados na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Costa CV, dos Santos ML, Somacal LF

Universidade Federal de Santa Catarina

A Maternidade do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina, realizou 299 partos verticais no período de 24 de outubro de 1995 a 30 de setembro de 1997. A grande procura por esta modalidade de parto, despertou o interesse em conhecer o perfil epidemiológico destas pacientes, bem como verificar os resultados materno-fetais. Foi realizado um estudo retrospectivo, observacional, transversal. Observou-se que a maioria das parturientes eram casadas, tinham entre 20 e 24 anos e possuíam apenas o primário. As nulíparas representaram 41,3% das parturientes. O pré-natal foi realizado por 93,4% das gestantes e 34,4% fizeram menos que consultas. Não houve infecção puerperal, óbito materno ou fetal. Os recém nascidos prematuros representaram 3,5% do total. Encontrou-se baixo peso (menor 2500g) em 3,6% do total de recém-nascidos. O índice de Apgar foi maior que 7 (vigoroso) em 89,2%. Os dados encontrados estão de acordo com a literatura especializada.

Endereço: Rua Maestro Aldo Krieger, 138-ap 103. Córrego Grande.
Florianópolis/SC. Fone: (048) 2343814.

SUMMARY

Descriptive study of the upright outcomes position maternal and neonatal delivery in the University Hospital Maternity from the university federal of Santa Catarina

Costa CV, dos Santos ML, Somacal LF

Universidade Federal de Santa Catarina.

The University Hospital Maternity from the University Federal of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, delivered 299 births in the upright position between October 24th and September 30th 1997. It proposed to describe the epidemiological profile of patients who had delivered in the upright position and describe the outcomes maternal and neonatal. Pertinent data were obtained from patients' records. It was a retrospective, observed, non-controlled study. The results showed that most of patients were married, had only Elementary school and had age between 20 and 24 years, 92.90% have antenatal visits but 28.04% had less than 5 visits. We found 6.08% of preterm newborn and 6,42 % low weight (less than 2,500 g). Apgar score in the first minute were > 7 in 90,20 % of total of newborns and Apgar score in the fifth minute were >7 in 97.63 %. There wasn't any maternal infection or death. There was no newborn death or infection either. The data found is agreeing studies about upright position for the second stage of labor should be encouraged to improve the technology for birth.

APÊNDICE I

CLAP - OPS/OMS HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL - BASE										INSTITUIÇÃO		História Clínica Nº																					
NOME COMPLETO _____										IDADE anos _____		ALFABET. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		INSTRUÇÃO		ESTADO CIVIL																	
ENDEREÇO _____										menor de 15 <input type="checkbox"/>		sec. <input type="checkbox"/>		anos aprov. _____		união <input type="checkbox"/>																	
CIDADE _____ TEL. _____										maior de 35 <input type="checkbox"/>		prim. <input type="checkbox"/>		univ. <input type="checkbox"/>		casada <input type="checkbox"/> estavel <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/>																	
ANTECEDENTES										PESSOAIS		GÊSTICOS		nascidos vivos		viverem		final da gestação anterior															
FAMILIARES		diabetes <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		TBC <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		hipertensão <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		gemelares <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		outros <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		TBC <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		diabetes <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		hipertensão crônica <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		cirurgia pélvico-uterina <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		infertilidade <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		gestas _____ abortos _____		vaginais _____ cesáreas _____		nascidos vivos _____ nascidos mortos _____		morts 1ª sem. _____		depois 1ª sem. _____		RN com maior peso _____ g	
GESTAÇÃO ATUAL										DUVIDAS		AVITETÁVICA atual		GRUPO		FUMA		HOSPITALIZAÇÃO		ENCAMINHADA													
PESO ANTERIOR _____ Kg		ALTURA (cm) _____		DUM _____		DPP _____		não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		1ª _____ 2ª _____		Ph _____		não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		cigarros por dia _____		não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>											
EX. CLÍNICO normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		EX. ODONT. normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		PELVIS normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		PAPANIC. normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		CERVIX normal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		VDRL _____		VDRL _____		Hb _____		Hb _____		Hb _____											
data da consulta										1 / /		2 / /		3 / /		4 / /		5 / /		6 / /		7 / /		8 / /		9 / /							
semanas de amenorréia										/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /					
peso (Kg)										/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /					
pressão arterial máx./mín. (mm Hg)										/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /					
alt. uterina pubis fundo										/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /					
F.C.F. (bat./min)										/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /					
PARTO <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/>										CONSULTA PRÉ-NATAL Nº _____		INTERNAÇÃO _____		IDADE GEST. sem. _____		APRES. cef. <input type="checkbox"/> pelv. <input type="checkbox"/> transv. <input type="checkbox"/>		TAMANHO FETAL adequado <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		INICIO esp. <input type="checkbox"/> ind. <input type="checkbox"/> ces. elet. <input type="checkbox"/>		MEMBRANAS int. <input type="checkbox"/> rot. <input type="checkbox"/>		data da ruptura hora min. dia mês									
PROCEDÊNCIA										no hosp. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		com cader. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		temperatura _____ J°C		menor 37 <input type="checkbox"/> maior 41 <input type="checkbox"/>		NOME RN _____		NOME RN _____		NOME RN _____											
TRABALHO DE PARTO										hora _____		pressão arterial máx./mín. (mm Hg) _____		contrações freq./10 min./dur. seg. _____		altura / var. posic. _____		F.C.F. (batimentos/minuto) _____		dilat. cerv. / mecônio _____		nenhuma <input type="checkbox"/> ges. múltipla <input type="checkbox"/> hipert. prévia <input type="checkbox"/> pré-eclampsia <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> cardiopatia <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> infec. urinária <input type="checkbox"/>		ordem <input type="checkbox"/> outras infec. <input type="checkbox"/> parasitose <input type="checkbox"/> R.C.I.U. <input type="checkbox"/> ameaça parto prem. <input type="checkbox"/> desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> hemorragia 1º trim. <input type="checkbox"/> hemorragia 2º trim. <input type="checkbox"/> hemorragia 3º trim. <input type="checkbox"/>		anemia crônica <input type="checkbox"/> rupt. pre. memb. <input type="checkbox"/> infec. puerp. <input type="checkbox"/> hem. puerp. <input type="checkbox"/> outras <input type="checkbox"/>							
TERMINAÇÃO espont. <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/>										hora min. dia mês ano		NÍVEL DE ATENÇÃO 3º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> domic. <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>		ATENDEU médico <input type="checkbox"/> obst. <input type="checkbox"/> enf. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud. <input type="checkbox"/> empíri. <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		NOME RN _____		NOME RN _____		NOME RN _____									
INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO OU INDUÇÃO _____										MORTE intrat. <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		DEQUITAÇÃO espont. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		PLACENTA compl. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/>		MEDICAÇÃO NO PARTO nenhuma <input type="checkbox"/> anest. reg. <input type="checkbox"/> anest. geral <input type="checkbox"/> analges. tranqui. <input type="checkbox"/> ocitoc. <input type="checkbox"/> antibiot. <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/>		NOME RN _____											
FRONTO NASCIMENTO										ALTURA		IDADE POR EX.FÍSICO		PESO I.G.		APGAR. 1º minuto 5º		REANIM. RESPIR.		VDRL		RUBRICO											
SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>		PESO AO NASCER menor 2500 g <input type="checkbox"/>		ALTURA _____ cm		IDADE POR EX.FÍSICO _____ sem.		PESO I.G. adeq. <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> gde. <input type="checkbox"/>		APGAR. 1º minuto _____ 5º _____		REANIM. RESPIR. não <input type="checkbox"/> máscara <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/>		VDRL - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		hora ou dias pós-parto ou aborto _____		temperatura _____		pulso (bat./min.) _____		pressão arterial máx./mín. (mm Hg) _____		invol. uterina _____		características de lóquios _____							
EXAME FÍSICO										nenhuma <input type="checkbox"/>		outras SDR <input type="checkbox"/>		infecções <input type="checkbox"/>		outras <input type="checkbox"/>		AL.OJ. CONJUNTO <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		memb. hialina <input type="checkbox"/>		hemorragia <input type="checkbox"/>		defeitos cong. <input type="checkbox"/>		neuroológicas <input type="checkbox"/>		metab/nutric. <input type="checkbox"/>			
PATÓLOGIAS										sind. aspirat. <input type="checkbox"/>		apnéia <input type="checkbox"/>		hiperbilirrub. <input type="checkbox"/>		outras hematol. <input type="checkbox"/>		sadia <input type="checkbox"/> encaminhada <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		obito <input type="checkbox"/>		CONTRACEPÇÃO camisinha <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> pilula <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> rímo <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>									
ALTA RN										sadio <input type="checkbox"/> encaminhado <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		ALIMENTO peito <input type="checkbox"/> misto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		PESO NA ALTA _____ g		ALTA MATERNA _____		sadia <input type="checkbox"/> encaminhada <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		obito <input type="checkbox"/>		CONTRACEPÇÃO camisinha <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> pilula <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> rímo <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>									
hora _____ dia _____ mês _____										sadio <input type="checkbox"/> encaminhado <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		ALIMENTO peito <input type="checkbox"/> misto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		PESO NA ALTA _____ g		ALTA MATERNA _____		sadia <input type="checkbox"/> encaminhada <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		obito <input type="checkbox"/>		CONTRACEPÇÃO camisinha <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> pilula <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> rímo <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>									
Responsável _____										sadio <input type="checkbox"/> encaminhado <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		ALIMENTO peito <input type="checkbox"/> misto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		PESO NA ALTA _____ g		ALTA MATERNA _____		sadia <input type="checkbox"/> encaminhada <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		obito <input type="checkbox"/>		CONTRACEPÇÃO camisinha <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> pilula <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> rímo <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>									
Responsável _____										sadio <input type="checkbox"/> encaminhado <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		ALIMENTO peito <input type="checkbox"/> misto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		PESO NA ALTA _____ g		ALTA MATERNA _____		sadia <input type="checkbox"/> encaminhada <input type="checkbox"/> com patol. <input type="checkbox"/>		obito <input type="checkbox"/>		CONTRACEPÇÃO camisinha <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> pilula <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> rímo <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>									

**TCC
UFSC
TO
0139**

N.Cham. TCC UFSC TO 0139
Autor: Costa, Camila Vian
Título: Estudo descritivo dos resultados



972804062

Ac. 254274

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM