

JORGE FERNANDO VILARINO

# ESTUDO PERINATAL DO PARTO EM POSIÇÃO DE CÓCORAS NA UNICAMP.

*Este exemplar corresponde  
à versão final da Tese  
de Doutorado apresentada  
à Faculdade de Ciências  
Médicas da Unicamp  
pelo médico Jorge Fernando  
Vilarino.  
Campinas, 02 de março de 1989.*

*Prof. Dr. José Hugo Sabatino  
Orientador*

Tese apresentada à Faculdade de Ciências  
Médicas da UNICAMP para a obtenção do  
Título de Doutor em Medicina.

**Orientador:**

**Prof. Dr. José Hugo Sabatino**  
Professor Livre-Docente do Departamento  
de Tocoginecologia da F.C.M. da UNICAMP.

V71e

10526/BC

CAMPINAS, 1989.

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

À minha esposa Leoniza,

Aos meus filhos, Betina, Karina e Rafael

sem os quais, de nada valeria meu esforço...

## AGRADECIMENTOS

À Deus,

pela felicidade de ter chegado até aqui...

À meus pais,

por todos os seus esforços de preparar-me para a vida.

Aos professores: Dr. Hilton Machado Magalhães

e

Dr. Waldemar Frick,

por sua contribuição a minha formação profissional

AGRADECIMENTO ESPECIAL AOS AMIGOS..

DR. JOSÉ HUGO SABATINO, orientador

e

DR. AQUILES E. PIEDRABUENA, orientador da parte estatística...

...que excedendo as funções de Orientadores e Mestres, nos honraram com uma "amistad sin fronteras".

RENATA PIRES BARBOSA, pelo auxílio indispensável na busca de "informatizadas soluções e arte-final" deste trabalho.

...da Equipe de Saúde do "Grupo de Parto Alternativo", cuja abnegada dedicação em humanizar o nascimento de um novo ser, constitui uma das colunas de sustentação deste trabalho e um passo na direção de um mundo melhor.

## AGRADECIMENTOS...

À UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, na pessoa de seu Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa, Dr. Carlos Eugênio Daudt.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela Bolsa concedida no período 1985-1989.

Aos colegas e funcionários do Departamento de Fisiologia da Universidade Federal de Santa Maria, que possibilitaram meu afastamento, assumindo meus encargos.

Aos professores e funcionários do Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, pela acolhida.

Ao Dr. Luís Carlos Magna, à Sra Alaíde Mendes e demais funcionários Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela dedicação e constante apoio.

Ao Dr. Antonio de Azevedo Barros Filho e demais funcionários da Comissão de Informática da FCM da UNICAMP, por nos darem acesso a tantos conhecimentos.

À srta. Vilma Proide e demais funcionários do Setor de Áudio-Visual da UNICAMP, pelo apoio e excelente trabalho realizado.

À sra. Marisabel Regina do Amaral e demais funcionárias da Biblioteca da FCM da UNICAMP, pela atenção e amabilidade que sempre nos dedicaram.

À Econ. Mariza Dias Souza, pela atenção e apoio junto à UFSM.

À sra. Eugenia Maria Bastos pela sempre pronta colaboração na realização deste trabalho.

À família Sabatino pela amizade e carinho que dedicaram à nós e a nossos familiares.

Ao Dr. Marcelo C. Ramos, à Dra. Maria das Graças Penedo, às Sras. Maria do Rosário e Ana Adélia, pela atenção e apoio desde a nossa chegada.

À todas as pessoas, que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

É FÁCIL SER PERFEITO  
BASTA NÃO FAZER  
NÃO OPINAR  
NÃO ERRAR  
NÃO FEDER  
NÃO CHEIRAR  
DIFÍCIL, DIFÍCIL MESMO  
É LUTAR  
ACREDITAR E DEFENDER  
ACERTAR E ERRAR  
ENFRENTAR E NÃO TEMER  
CHUVA E SOL  
REVER, SE PRECISO FOR,  
NEM SEMPRE CERTO  
NEM SEMPRE ERRADO  
MAS SEMPRE PRESENTE  
SEMPRE GENTE  
SEMPRE

## ÍNDICE

RESUMO.....	I
SUMMARY.....	IV
INTRODUÇÃO.....	01
MATERIAL.....	14
MÉTODO.....	14
A - SELEÇÃO DOS GRUPOS.....	14
B - SELEÇÃO DOS CASOS.....	15
C - DE PREPARAÇÃO.....	16
D - DE ATENÇÃO AO PARTO.....	17
E - DE COLETA DOS DADOS.....	19
F - DE ANÁLISE DOS DADOS.....	28
G - IGNORADOS.....	30
RESULTADOS.....	31
DISCUSSÃO.....	78
PONDERAÇÕES FINAIS.....	130
CONCLUSÕES.....	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	133
APÊNDICE.....	147

## ÍNDICE DO APÊNDICE

VARIÁVEIS	PÁGINAS	
	TABELA	FIGURA
Idade materna.....	147	179
Estado civil.....	147	180
Escolaridade.....	148	181
Altura das mães.....	148	182
Idade na menarca.....	149	183
Padrão menstrual.....	149	184
Anticoncepção.....	150	185
Número de gestações.....	150	186
Número de partos.....	151	187
Filhos vivos.....	151	
Número de abortos.....	152	188
Número de abortos provocados.....	152	
Número de abortos espontâneos.....	153	
Antecedentes Mórbitos.....	153	189
Antec. Obst. Patológicos.....	154	190
Início do pré-natal.....	154	191
Número de consultas.....	155	192
Pressão arterial.....	155	193
Toxemia.....	156	194
Infecção na gravidez.....	156	195
Hemorragias.....	157	196
Tabagismo.....	157	197
Ganho de peso na gestação.....	158	198
Idade Gestacional.....	158	199
Altura uterina.....	159	200
Ocorrência de edema.....	159	201
Forma do início do parto.....	160	202
Momento ruptura membranas.....	160	203
Estado do líq. ovular.....	161	204
Quantidade do líq. ovular.....	161	
Batimentos cárdio-fetais.....	162	205



VARIÁVEIS	PÁGINAS	
	TABELA	FIGURA
Número de toques.....	162.....	206
Analgesia durante dilatação.....	163.....	207
Uso de ocitocina.....	163.....	208
Duração per. de dilatação (nulíp.).....	164.....	209
Duração per. de dilatação (múltip.).....	164.....	210
Duração per. intern. parto (nulíp.).....	165.....	211
Duração per. intern. parto (múltip.).....	165.....	212
Duração per. memb. rotas.....	166.....	213
Analgesia per. expulsivo.....	166.....	214
Apresentação fetal.....	167	
Variiedade de posição.....	167.....	215
Operações complementares.....	168.....	216
Duração período expulsivo (nulíp.).....	168.....	217
Duração período expulsivo (múltip.).....	169.....	218
Duração da dequitação.....	169.....	219
Tipo de dequitação.....	170.....	220
Peso da placenta.....	170.....	221
Cordão umbilical.....	171.....	222
Apgar primeiro minuto.....	171.....	223
Apgar quinto minuto.....	172.....	224
Idade dos RN.....	172.....	225
Altura recém-nascidos.....	173.....	226
Peso recém-nascidos.....	173.....	227
Sexo recém-nascidos.....	174	
Morbidades neonatais.....	174	
Estado saúde dos RN.....	175	
Hemorragia no puerpério.....	175	
Curetagem.....	176	
Estado saúde das mães.....	176	
Dias Intern. antes do parto.....	177	
Dias Intern. pós parto.....	177.....	128
Dias Intern. dos RN.....	178.....	129

## RESUMO

Visando prestar atendimento às grávidas, que espontaneamente solicitam dar à luz em posição de cócoras e ao mesmo tempo quantificar cientificamente as vantagens e inconvenientes deste método de atenção ao parto, foi criado na Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, o "Grupo de Parto Alternativo".

No presente trabalho são apresentados os resultados de 208 partos, assim distribuídos:

- 1) Grupo Cócoras - formado por 157 gestantes que deram à luz nesta posição.
- 2) Grupo Litotomia - formado por 51 gestantes, que não conseguiram ter seu parto em posição de cócoras

Foi analisado um total de 57 variáveis materno-feto-neonatais. Quando comparados, os dois grupos, encontramos 12 variáveis que apresentaram diferenças significativas, a saber: ganho ponderal na gestação, duração do período da internação ao parto, número de toques vaginais, uso de analgesia no período de dilatação, uso de ocitocina, duração do período de dilatação, uso de analgesia no período expulsivo, duração do período de dequitação, tipo

de dequitação, apgar ao 1º minuto, dias de internação hospitalar pós-parto ( tanto da mãe como do recém-nascido).

Com base nos resultados, podemos afirmar:

A) Vinte e três variáveis não foram fatores de impedimento para a adoção da posição de cócoras:

Relacionadas às mães: idade, altura, estado civil, escolaridade, número de gestações, paridade, antecedentes de aborto, antecedentes mórbidos, antecedentes obstétricos patológicos, número de consultas e mês de início do pré-natal, ocorrência de toxemia, hábito de fumar, ganho de peso, idade gestacional, altura uterina, presença de edema, forma de início do parto, momento de ruptura das membranas ovulares.

Relacionadas ao concepto: diferentes variedades de posição, presença de circulares de cordão, altura e peso dos recém-nascidos.

As demais variáveis não exercem influência sobre a adoção, ou não, da posição de cócoras no momento do parto.

B) Nas parturientes do Grupo Cócoras, encontramos 16 variáveis que se apresentaram vantajosas:

Menor realização de toques vaginais, menor utilização de analgesia e de ocitocina, menor período de dilatação, menor duração do período entre a internação e o parto, menor uso de analgesia no período expulsivo, duração do período expulsivo, maior proporção de dequitação natural, altos valores do Apgar ao 1º e 5º minuto, taxas reduzidas de

morbidades, ausência de hemorragias no parto e puerpério, boas condições de saúde com menor número de dias de internação hospitalar (tanto da mãe como do recém-nascido).

C) Apresentaram condições desfavoráveis, 2 variáveis, que foram:

Maior número de operações complementares ao parto e aumento do período de tempo da dequitação.

Podemos concluir, a luz destes resultados, que a adoção da posição de cócoras não apresentou efeitos deletéreos sobre a mãe ou recém-nascido e que poderia ser uma boa alternativa para partos de mulheres civilizadas, desde que sejam observados os outros princípios elementares preconizados pela moderna obstetrícia.

## SUMMARY

The influence of maternal posture on progress and efficiency of labor is being studied in many important research centers during the last years.

A small but ever increasing proportion of pregnant women are asking for more involvement in the birth experience and are wanting to adopt alternative, upright positions in labor.

Seeking to satisfy this demand and in order to quantify the advantages and disadvantages of squatting position, it was created an Alternative Delivery Group at the Maternity of Medical Sciences at the State University of Campinas (UNICAMP).

The results of 208 deliveries are exposed at the present work with the following distribution.

1) Squatting Group - 157 pregnant who had labor in this position.

2) Littotomy Group - 51 pregnant who were not able to deliver in squatting position.

Fifty seven maternal, fetal and neonatal variables were analyzed. Twelve of them showed significative difference when compared in Squatting and Lithotomy Group. They are: weight gain during pregnancy, duration of

the period between admission hour and delivery time, number of vaginal examinations, need of analgesia during first stage, use of oxytocin, first stage length, need analgesia during second stage, third stage length, kind of third stage, first minute apgar score, mothers' and newborns' hospital permanence after delivery.

Based on the results we can affirm:

a) Twenty three variables were not impediment factors to the adoption of the squatting position.

Related to the mother: age, height, marital status, scholarship, number pregnancies, parity, abortion antecedents, morbid antecedents, pathological obstetric antecedents, number of pre-natal care and gestacional age of first pre-natal care, toxæmia occurrence, smoke habits, weight's gain pregnancy age, uterine height, presence of edema, way of starting labor, moment of rupture of the ovular membranes.

Related to the newborn: presentation, presence of umbilical cord arround the neck, height and weight.

The other variables have no influence on squatting position during delivery.

b) We found sixteen favourable variables in the Squatting Group pregnant: a reduced number of vaginal examinations, a smaller need of analgesia and oxytocin, a shorter first stage, a shorter period of time between hour of admission to maternity and delivery time, a reduced need

of analgesia during second stage, a shorter second stage, a bigger proportion of natural third stage, higher apgar scores at first and fifth minutes, decrease morbidity rates, absence of hemorrhages during delivery and puerperium, good healthy conditions with shorter permanence in hospital (either of mothers as of the newborns).

c) Two variables showed unfavourable conditions: larger number of complementary surgeries and increased duration of third stage.

We can therefore conclude that, the squatting position did not show deleterious effects on the mother or the newborn, and that it can be a good delivery alternative for civilized women since other elementary principles proclaimed by modern Obstetrics are observed.

## INTRODUÇÃO

De origem grega, o termo epidemiologia (epi = sobre, demos = população) denomina o ramo da Ciência destinado a estudar o que ocorre "sobre a população". Seu domínio tem aumentado consideravelmente. Não mais se restringe ao estudo dos fenômenos relativos às doenças transmissíveis e não transmissíveis mas também aos desvios dos estados fisiológicos. Esta conceituação atual é tão vasta, que permite que se efetue levantamentos sobre tudo o que possa ocorrer com a população, inclusive a própria sanidade, ou seja, a "Epidemiologia da Saúde" (22).

O estudo epidemiológico encerra três etapas: a descrição da frequência (epidemiologia descritiva), a formulação de hipótese e a verificação ou teste da hipótese (epidemiologia experimental). O objetivo destas fases é diagnosticar alterações e, se possível, determinar suas causas e os meios adequados para corrigí-las.

O presente trabalho, reporta um estudo epidemiológico com um grupo de gestantes que optaram espontaneamente por dar à luz em posição de cócoras, na Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).



Na fisiologia do parto a posição adotada pela gestante desempenha importante papel, podendo atuar tanto sobre aspectos qualitativos, como o conforto, quanto quantitativamente, pelas alterações das dimensões da bacia e das forças que participam do processo. Contudo, em grande parte das vezes, a posição da parturiente é determinada por aspectos comportamentais relacionados à cultura do local e não por uma real necessidade funcional.

A posição da gestante pode ser enquadrada como verticalizada, ou horizontalizada.

Naroll e colaboradores (56) definem como verticalizada, toda a posição em que a terceira vértebra lombar situa-se em plano superior a quinta e que uma linha que fosse traçada passando pelo centro das citadas vértebras apresentasse uma situação mais próxima da vertical que da horizontal. Nestas condições, haveriam 4 alternativas fundamentais: em pé, sentada, de joelhos e de cócoras.

Horizontalizada seria aquela em que a referida linha se posicionasse mais próxima da horizontal. Nesse caso teríamos fundamentalmente as posições: litotômica, litotômica exagerada, decúbito lateral (posição de Sims) e o decúbito com pernas sobrestendidas (posição de Walcher).

Na antiguidade, e ainda hoje entre comunidades primitivas, quando a gestante tem liberdade para escolher, ela dá preferência, às posições verticalizadas (19), (36), (63).

Isto aparece bem documentado através de descrições, obras de arte e pesquisas científicas, como as que aqui usamos para exemplificar:

Kuntner, citado por Masukawa e Rita (48), refere pinturas em cavernas encontradas no Saara Central cuja idade foi estimada ser do século X A.C.; descrições achadas durante escavações arqueológicas em Catal Hüyük, na Turquia, (V séc. A.C.), como também pinturas e esculturas oriundas da Mesopotâmia, Egito, China, Japão, Índia.

Citações bíblicas (Gênesis 30:3, Êxodo 1:16) comprovam que as mulheres judias adotavam posições verticalizadas.

Hieróglifos em antigos pergaminhos e relevos em monumentos atestam que o fato também ocorria entre as egípcias.

Na América, esculturas incas e astecas, da era pré-colombiana, são incontestes quanto as posições adotadas pelas parturientes destes povos.

Mais recentemente, em 1945 Ford, num trabalho de cunho antropológico, constatou que de 39 tribos primitivas no mundo inteiro, 29 adotavam, unicamente, posições verticalizadas, as demais comportavam-se de forma variada.

Naroll e colaboradores em 1961 (56) analisando fichas do Instituto de Relações Humanas Internacionais, considerado o mais completo arquivo sobre comportamento humano, observou que dos 76 registros que faziam alusão à posição da mulher

nos partos, 62 indicavam a adoção de uma postura verticalizada.

Todas estas citações denotam uma espontaneidade e um caráter universal da adoção das posições verticais.

Também na Europa, o uso da cadeira de parto era generalizado. Acredita-se que trazida do Egito pelos gregos, a cadeira teve em Hipócrates (460 A.C.) um grande divulgador. Já em Roma, esta função foi desempenhada por Soranus de éfeso (150 D.C.). Nesta época utilizar-se de banquetas no momento do parto era sinal de refinamento (57).

A grande mudança - a "revolução obstétrica"- ocorreu na metade do século XVII, tendo como figura central François Mauriceau. Médico da corte francesa, de grande prestígio, o que foi fundamental na divulgação e aceitação de sua obra "Des maladies des femmes grosse et accochées", ou seja, "Das doenças das mulheres grávidas e parturientes", através da qual estabeleceu a obstetrícia como uma especialidade e uma ciência (45). Nela, Mauriceau ao ensinar como proceder ao atender um parto, preconizava que apesar de muitas mulheres preferirem dar à luz em pé, acoradas, de joelhos ou sentadas, era melhor que se as fizessem deitar para evitar o transtorno de ter de transportá-las após o parto. É interessante lembrar que a clientela deste médico caracterizava-se por uma vida sedentária, pela obesidade e por um vestuário complexo. Por questão justa, há que se ressaltar que o autor não indicava o decúbito no período de dilatação. Ao contrário, afirmava que as parturientes não

deveriam ser mantidas no leito, "pois isto dificultava e prolongava o parto, sobretudo em se tratando de mulheres baixas e atarracadas, e aquele seu primeiro filho".

É importante salientar outra profunda modificação ocorrida nesta época: o atendimento ao parto, atitude feminina, passa gradativamente a ser exercida pelos homens, oriundos das escolas de medicina que começavam a se desenvolver. Sem ter acesso as mesmas, as parteiras impossibilitadas de acompanhar o progresso, tiveram sua qualidade técnica questionada, passando a ser paulatinamente preteridas.

O resultado é que as gestantes passaram a ser atendidas não só nas tradicionais salas de parto, mas cada vez mais em hospitais, onde predominavam as posições horizontalizadas.

O aprimoramento de técnicas, como o uso de fórcepe e de anestesia, certamente muito contribuíram para dar sustentação à adoção do decúbito.

Por um tempo coexistiram as duas correntes. A primeira, formada pelos que se mantiveram adeptos a, então, tradicional posição verticalizada. A segunda, reunia os seguidores das idéias de Mauriceau.

Na metade do século XVIII, um fato teve grande repercussão: Filipe Inácio Semmelweiss relaciona a grande mortalidade por febre puerperal, no Hospital Geral de Viena: às mãos contaminadas dos cirurgiões que provinham das salas de dissecação, e posteriormente, ao uso de lençóis mal

lavados. Tal descoberta acabou atingindo as cadeiras obstétricas, pois confeccionadas em madeira, não raras vezes eram forradas com tecidos, de difícil higiene, vistas como fontes de infecção, foram condenadas ao abandono (27).

Depois disto, se impôs o decúbito; integrado à cultura ocidental difundiu-se pelo mundo, numa adoção raramente questionada (5).

Embora alguns trabalhos fossem publicados, somente a partir de 1950 observa-se redespertar o interesse pelas possíveis implicações das diferentes posições da gestante sobre distintos aspectos do parto. A volta das discussões decorreu da constatação científica de benefícios inerentes às posições verticalizadas, entre os quais o caráter mais natural, mais fisiológico, intensamente apregoado por Howard (35), (36), (37), e que acabaram por levar a um questionamento diversos autores, entre os quais Caldeyro-Barcia (11), Dunn (18) e Leak (41), do porquê de se adotar uma posição que não é a preferencial entre as parturientes e que de vários pontos de vista médico mostra-se inconveniente.

Métodos cada vez mais apurados permitiram correlacionar o decúbito com diversos sistemas do organismo materno, com repercussões negativas sobre o feto.

Assim, vários trabalhos demonstram, a nível de sistema cárdio-vascular, efeitos devidos, sobretudo, a compressão dos grandes vasos abdominais que determina distalmente, a queda da pressão e do fluxo sanguíneo,

trazendo como consequência redução do retorno venoso, do débito cardíaco e a síndrome de hipotensão supina. Durante a contração uterina o fato se agrava, podendo-se observar menor intensidade e até desaparecimento dos pulsos da artéria femural e poplítea (Efeito Poseiro) (2), (10), que se constituem em sinais indiretos de diminuição acentuada do fluxo sanguíneo arterial na região placentária.

Em decorrência destas alterações hemodinâmicas, foram reportados no feto, repercussões sobre os batimentos cardíacos (DIP tipo II), sobre os níveis de oxigênio sanguíneos (hipóxia) e por consequência no equilíbrio ácido-básico (acidose). (1), (38), (39).

Gonzales de Agüero e colaboradores (29) demonstraram que o decúbito determina na mecânica respiratória, redução do volume de reserva expiratório. Tal fato pode estar relacionado com a etiologia das alterações observadas na gasometria materna, reportadas por Ang (3) e Arbués Lacadena (4).

Trabalhos radiológicos de Gold (28) e posteriormente Lajonchere e Castro (40), evidenciaram a existência de um ângulo, formado pelas colunas vertebrais da mãe e do feto (drive angle), que seria ideal para o encaixamento e descida da apresentação. Segundo esses autores, adotar o decúbito neste momento é inconveniente, pois o mesmo dificulta a formação do citado ângulo, determinando muitas vezes uma aparente desproporção céfalo-pélvica. Ao verticalizar-se a paciente, o útero mobilizando-se, acola-se a parede anterior

do abdome dando origem a um ângulo oblíquo-anterior moderado que permite um sinclitismo, portanto, um melhor contato da apresentação com o anel ósseo da bacia.

Em 1969, Russel (71) através de estudo radiológico constatou que quando as parturientes mudavam do decúbito supino para a posição de cócoras, tendo seu tronco inclinado sobre as pernas, o espaço entre as espinhas isquiáticas ampliava-se, em média 7.6 mm. Observou, ainda, um aumento no diâmetro antero-posterior da bacia da ordem de 1 a 2 cm. Associando os dois resultados, ele estimou o aumento médio do canal do parto em 28% .

Vários trabalhos evidenciaram a influência da posição materna no trabalho de parto: Caldeyro-Barcia e colaboradores (12), em 1960, Flynn e colaboradores (21) em 1978, observaram um aumento da intensidade e redução da frequência das contrações uterinas em decorrência da mudança de posição da parturiente de decúbito supino para o lateral.

Mitre (53) em 1974, refere um aumento do tônus uterino, que poderia justificar o aumento da intensidade das contrações. Contudo um aumento real da intensidade é relatada em vários trabalhos como os de Mendez-Bauer e colaboradores (51), Flynn e colaboradores (21), Caldeyro-Barcia (12), Read (68).

Van der Leeuw-Harmsen (82) demonstrou que a pressão intra-abdominal nas posições verticalizadas é superior aquela apresentada no decúbito e repercute intra-

uterinamente mantendo aí, uma pressão mais alta, mesmo nos intervalos das contrações. Barini e colaboradores (8), corroboram este achado, relatando uma pressão intra-uterina mais elevada nas gestantes, quando adotam a posição de cócoras.

Todos estes achados podem justificar a redução do período de dilatação em pacientes que se mantêm verticalizadas foi relatada por vários pesquisadores (14), (21), (43), (44), (80), (83).

MacManus e Calder (49), (50) contestaram esta redução do período de dilatação, porém seu trabalho foi criticado por Dunn (19) devido aos métodos empregados, os quais poderiam ter falseado as conclusões, dado que os autores empregaram indução com ocitocina e prostaglandinas.

Após o trabalho pioneiro de Mendez-Bauer em 1975, (51) muitos autores preocuparam-se em investigar quanto ao conforto e satisfação por parte das parturientes, durante o trabalho de parto. Dentro da revisão bibliográfica que fizemos, todos os que pesquisaram esta variável encontraram respostas positivas, ou seja, gestantes referindo maior conforto quando se mantiveram verticalizadas, em geral deambulando. Isto se traduziu na prática, pela menor necessidade de analgesia (20), (21), (33), (34), (52), (55), (75).

Um período expulsivo mais breve foi relatado por Llamas e colaboradores (44) e Liu (43), em todas as paridades. Igualmente, Stewart, Hillan e Calder (81), referem



um encurtamento desta fase, ainda que estatisticamente não significativo.

Redução deste período, em nulíparas que se mantiveram sentadas no momento do parto, foi observado por Narbot e colaboradores (55) e Chen e colaboradores (14). Esses autores atribuem este resultado a uma maior pressão intrauterina que observaram nos intervalos entre as contrações. Esta pressão, resultante do peso das demais vísceras sobre o útero poderia suplementar os puxos.

Realmente, consta da bibliografia que em 1933, Mengert e Murphy já estimavam um aumento de 30 e 20% na intensidade dos puxos, quando a parturiente mudava do decúbito para sentada e para de cócoras, respectivamente.

Todavia a redução do segundo estágio do parto não foi observado por Diaz e colaboradores (16). Caldeyro-Barcia (11) também não a constatou entre secundíparas; entre primíparas, ainda que os resultados sugerissem um encurtamento, o autor preferiu considerá-los inconclusivos.

A redução do tempo total do parto em gestantes que se mantiveram na vertical, é referida em trabalhos de Mitre (53), Mendez-Bauer e colaboradores (51), Diaz e colaboradores (16), Caldeyro-Barcia e colaboradores (11), Llamas e colaboradores (44), Drahe e colaboradores (17) e Chen e colaboradores (14), Narbot e colaboradores (55).

As causas exatas que determinariam essas reduções de tempo, quando da adoção de posições verticalizadas, não foram determinadas. No entanto entre as prováveis causas estariam:

o aumento das dimensões da bacia, um bom ângulo de acesso à bacia, maior intensidade e melhor coordenação das contrações uterinas, ação da gravidade, que segundo Mendez-Bauer (51) constitui-se numa pressão constante de aproximadamente 25 mm de Hg e para Howard, representa 20% da força necessária para o nascimento do concepto. Além destes, trabalhos realizados na UNICAMP (24), (52) constataram que, quando a posição adotada é a de cócoras, ocorre uma redução da pressão intravaginal, ou seja, há uma menor resistência no segmento final do canal do parto.

Estudos de Marttila (47) assim como de Llamas (44), associam as posições verticalizadas ao menor emprego de manobras obstétricas como o uso de fórcepe e vácuo extrator.

No Brasil, dois grupos se destacaram quanto a adoção de partos verticalizados:

1) Galba-Araújo, no Ceará, que no seu programa de assistência simplificada (26), manteve o costume das mulheres da região de dar à luz em posição sentada.

Galba, como citou Pinotti (65), "teve a sensibilidade de perceber que uma das soluções era a incorporação da medicina tradicional e empírica ao sistema de saúde, à medicina científica...

...chegando a conclusão de que o parto natural, como ele, Galba, demonstrou no nordeste brasileiro, é o que mais contribui para a saúde materna e infantil".

Observando que na zona rural do Ceará nada ou muito pouco existia em termos de saúde, Galba-Araújo, após uma

pesquisa das condições humanas e materiais, após uma análise de hábitos, tradições e crenças, criou um programa onde a assistência era dada pelas parteiras ou aparadeiras após uma reciclagem para corrigir pequenas distorções e para reconhecer o mais cedo possível os sinais indicativos de que o caso iria fugir aos seus recursos e portanto, providenciar transferência.

2) Moisés e Claudio Paciornik no Paraná, constataram que índias multíparas, do sul do Brasil, apresentavam períneo com melhor aspecto clínico que as mulheres civilizadas (62), (63). Associaram este fato à posição de cócoras no momento do parto, adotada por aquelas. A partir de então, de forma pioneira, passaram a empregar esta tecnologia em gestantes civilizadas, na sua clínica privada, na cidade de Curitiba.

Em 1980, um grupo de mulheres de Campinas, à semelhança do que vem acontecendo em vários locais do mundo inteiro, buscavam uma participação mais ativa no momento do parto, e desejando dar à luz em posição de cócoras, procuraram a UNICAMP na tentativa de conseguir o seu intento. Apresentado um projeto de pesquisa, o mesmo foi autorizado pela chefia do Setor de Obstetrícia e pela Direção do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, sendo, então, criado um grupo que, posteriormente, recebeu o nome de "Grupo de Parto Alternativo" que tem como finalidade dar assistência à

mulheres que optam por uma posição diferente do tradicional decúbito, e também que, registrando sistematicamente os dados referentes a estes partos, pudesse futuramente, através dos mesmos, quantificar e analisar vantagens e inconvenientes dessas posições alternativas adotadas.

Este fato é sobremaneira importante, pois ao que nos consta, trata-se da primeira Instituição Oficial a assumir um questionamento sobre as formas convencionais de atendimento ao parto.

O presente trabalho visa descrever e analisar os 208 partos vaginais atendidos nos 6 primeiros anos de atividade do "Grupo de Parto Alternativo", distribuídos em 2 grupos, segundo a posição adotada por ocasião do parto. Visa, ainda, traçar um perfil epidemiológico das gestantes que tiveram sucesso em dar à luz na posição de cócoras.

Devido sobretudo ao caráter retrospectivo, a explicação de muitas observações ficará no plano da probabilidade, da especulação. Contudo pretende-se à partir deste estudo, basicamente descritivo, estabelecer diretrizes e estratégias para pesquisas futuras que, aqui alicerçadas, venham dirimir tais dúvidas.

## MATERIAL

No presente trabalho são estudados, retrospectivamente, 208 partos vaginais consecutivos de gestantes que, optando espontaneamente por dar à luz em posição diferente do convencional decúbito, solicitaram integrar o que atualmente se denomina "Grupo de Parto Alternativo" da Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

Todos os partos ocorreram no período compreendido entre outubro de 1980, início das atividades do grupo, e outubro de 1986, momento do corte para a realização deste estudo.

## MÉTODOS

### A - SELEÇÃO DOS GRUPOS.

O "Grupo de Parto Alternativo", acima citado, está constituído, segundo a forma de término de parto, de quatro segmentos. Estes, com seus respectivos números de integrantes, são:

- 1) parto vaginal, espontâneo, em posição de cócoras, com 157 gestantes (63.3%).
- 2) parto vaginal, espontâneo, em decúbito supino - convencional - com 21 gestantes (8.5 %).

3) parto vaginal com fórcepe, em decúbito supino - com 30 gestantes (12.1%).

4) parto com cesareana, com 40 gestantes, (16.1%).

A partir destes segmentos, dois grupos foram organizados em função da posição adotada por ocasião do parto: - O primeiro, denominado "Grupo Cócoras", foi constituído pelas 157 mulheres que, como o próprio nome indica, deram à luz nesta posição. - O segundo, com 51 gestantes, foi chamado "Grupo Litotomia" e resultou da associação dos itens 2 e 3, acima citados, ou seja, casos de parto normal espontâneo em decúbito, com aqueles em decúbito com uso de fórcepe. Todavia, estes últimos foram eliminados para a análise das variáveis: "duração do período expulsivo" e "analgesia no período expulsivo". O grupo assim constituído, sem os casos de fórcepe, foi denominado "Grupo Litotomia Modificado". Já os dados referentes às pacientes que tiveram de ser submetidas a operação cesareana foram alijados, desde o início deste estudo.

#### B - SELEÇÃO DOS CASOS.

As grávidas que buscam participar das atividades do "Grupo de Parto Alternativo", para serem admitidas devem apresentar as seguintes condições: ausência de sinais clínicos patológicos, sem fatores de risco gestacional presentes; pélvis sem sinais clínicos de desproporção e o

concepto não deve apresentar sinais de sofrimento fetal ou alterações de crescimento e desenvolvimento.

#### C - DE PREPARAÇÃO.

Para cumprir com os objetivos do grupo, foi constituída uma equipe multidisciplinar, composta por fisioterapêutas, psicólogas, enfermeiras e médicos.

Atendidos os pré-requisitos citados acima, passaram as gestantes a realizar acompanhamento pré-natal segundo as normas do Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP.

Paralelamente à consulta médica, foi oferecido a possibilidade de participarem, juntamente com o companheiro, de um programa de preparação, que visava obter do casal uma participação ativa e informada, tanto durante a gestação como no momento do parto. Pela presença do companheiro, buscava-se uma maior interação psico-afetiva da família. Este programa constava de atividades teóricas e práticas. As atividades teóricas compreendiam:

- 1) atividades de grupo, onde sob orientação de psicólogas, os participantes discutiam e trocavam experiências, recebendo orientações.
- 2) Palestras proferidas pelos profissionais da equipe de saúde, nas quais eram abordados diferentes temas, que iam desde noções de anatomia e fisiologia do sistema reprodutor até puericultura.

As atividades práticas constavam de:

- 1) Consultas médicas (pré-natal).
- 2) Seção de exercícios fisioterápicos (a partir do 3º mês de gestação, 2 vezes por semana).
- 3) Seção de exercícios de relaxamento psico-somático (a partir do 3º mês de gestação, 1 vez por semana).

#### D - DE ATENÇÃO AO PARTO.

Ao constatar os primeiros sinais de trabalho de parto, as gestantes estavam orientadas a procurar a maternidade.

Submetidas a exame e confirmado o diagnóstico de trabalho de parto, pela equipe de plantão, a parturiente era alojada em sala de pré-parto, juntamente com um acompanhante. Gozava de total liberdade de movimentos, podendo sentar, deitar ou deambular, durante todo o período de dilatação. Quando a dilatação cervical atingia 10 cm nas nulíparas, ou 9 cm nas múltiparas, a gestante era convidada a encaminhar-se à sala de parto, de uso específico do Grupo. Esta sala possui dois níveis, no superior localiza-se a cadeira obstétrica, no inferior posiciona-se o obstetra. O desnível, de aproximadamente 40cm, permite que a região perineal da parturiente posicionada na cadeira situe-se a 70cm do nível inferior, onde está o profissional que irá atender o parto, facilitando-lhe o acesso à citada região.



A cadeira atualmente utilizada teve seu modelo projetado por Paciornik e foi construída em metal e material plástico, que possibilita boas condições de assepsia. Apresenta um encosto reclinável, que permite inclusive o decúbito. Juntamente com o assento, forma um módulo deslizante que proporciona um maior ou menor afastamento da gestante, no momento em que a mesma adota a posição de cócoras. Na parte anterior apresenta uma barra metálica horizontal para apoio da parturiente.

O atendimento ao parto era, inicialmente, exercido exclusivamente por médicos componentes da equipe multidisciplinar. Atualmente, esta prática é delegada aos residentes com finalidade de transferir esta tecnologia.

Durante o parto, observa-se que a gestante mantém-se sentada no intervalo das contrações, descansando. Ao surgir a contração uterina e o desejo de "puxar", a mesma acocora-se.

A episiotomia, sob anestesia local, é realizada conforme a rotina do Departamento de Tocoginecologia.

Imediatamente após o nascimento do bebê, a mãe é colocada em decúbito supino para evitar perdas excessivas de sangue (23), (24), (65); o recém-nascido lhe é entregue, para o primeiro contato. O cordão umbilical é cortado entre pinças após a cessação das pulsações. O índice de apgar é estimado pelo neonatólogo ao primeiro e quinto minuto de vida.

É importante salientar a presença e participação constante do pai, durante o evento.

#### E - DE COLETA DOS DADOS.

Os dados foram registrados de forma sistemática, segundo a rotina adotada pela Instituição, que utiliza a "Ficha Clínica Obstétrica Pré-codificada" (72), (73).

Para cada paciente, foi preenchida uma destas fichas que tem como conteúdo, 85 variáveis materno-feto-neonatais, com suas possíveis alternativas. Estas acham-se organizadas de tal forma, que a opção por uma delas exclui as demais, dentro de uma mesma variável. Isto por si só, favorece uma uniformização e melhor qualidade dos registros. Contudo a existência de um "Manual de Instruções" a disposição de quem os coleta, muito contribui para que isto se verifique (72).

A responsabilidade do preenchimento das fichas esteve afeto a médicos residentes e graduandos do 5º e 6º ano, que o fazem a medida da ocorrência dos eventos. Assim os registros iniciam no momento da internação e estendem-se até a alta hospitalar da mãe e da criança.

Os dados do recém-nascido são coletados logo após o parto pela pessoa que o assistiu, ou se necessário, retirados da história clínica do Serviço de Neonatologia, tão logo quanto possível.

Numa segunda etapa, procedeu-se o controle sistemático da qualidade e consistência das informações contidas nas fichas obstétricas.

Do total de variáveis, selecionamos as seguintes:

I - HISTÓRIA PREGRESSA:

I.1. Dados Maternos:

I.1.1. Idade materna - em anos completos.

I.1.2. Estado civil - foram consideradas quatro categorias: casadas, amasiadas, solteiras e desquitadas. Para fins de análise estatística, as duas primeiras foram unificadas sob a denominação "com parceiro estável" e as duas últimas como "sem parceiro estável".

I.1.3. Escolaridade - foram consideradas cinco categorias conforme o número de anos de estudo, efetivamente cursados: "menos de 6", "6 a 7", "8 a 9", "10 a 11", "mais de 11 anos".

I.1.4. Altura das mães - em centímetros.

I.2. Antecedentes Obstétricos e Ginecológicos.

I.2.1. Idade na menarca - em anos completos.

I.2.2. Padrão menstrual - as gestantes foram enquadradas em duas categorias: "regular" e "irregular".

I.2.3. Anticoncepção - foram consideradas as opções: "sem uso", "uso de gestágeno" (pílula), "uso de dispositivo intra-uterino" (DIU), "uso de outros métodos". No caso de emprego de algum método, é possível complementar-se a

informação, com o motivo da interrupção do mesmo: -interrompido por gravidez planejada, -por gravidez não planejada, -por intolerância. Contudo, para fins de análise estatística foram organizados 2 grupos: "com" e "sem uso prévio de anticoncepção".

I.2.4. Número de gestações - soma de gravidezes, incluindo a atual.

I.2.5. Número de partos - soma de gestações que terminaram via vaginal ou abdominal, independente da vitalidade do produto.

I.2.6. Filhos vivos - total de filhos vivos, produtos de gestações anteriores à atual.

I.2.7. Número de abortos - soma dos abortos espontâneos e provocados.

I.3. Antecedentes Mórbitos - foram organizados 2 grupos "com" e "sem antecedentes" segundo a informação da gestante sobre a ocorrência anterior a esta gestação de: tuberculose, sífilis, diabetes, cardiopatia, infecção urinária, hipertensão, sequelas ósseas, cirurgia e "outras".

I.4. Antecedentes Obstétricos Patológicos - foram considerados 2 grupos: "com" e "sem antecedentes", conforme a informação da

paciente sobre a existência, ou não, das seguintes patologias obstétricas, em gestações anteriores: toxemia, metrorragia durante a gravidez, no puerpério, parto prematuro e outras.

## II - GESTAÇÃO ATUAL:

### II.1. Dados do Pré-natal.

II.1.1. Início do pré-natal - mês de gestação em que ocorreu a primeira consulta médica.

II.1.2. Número de consultas - soma das consultas médicas no Serviço de Pré-natal.

### II.2. Dados da Gestação.

II.2.1. Pressão arterial - foram consideradas 2 categorias: normal e alterada.

II.2.2. Toxemia - as gestantes foram classificadas em 2 grupos: "com" e "sem toxemia".

II.2.3. Infecção na gravidez - foram consideradas as categorias: "com" e "sem".

II.2.4. Hemorragias - as gestantes foram enquadradas em dois grupos: "com" e "sem".

II.2.5. Tabagismo - foram consideradas as seguintes categorias: "não fumantes", "não fumou na gravidez" e "fumante".

- II.2.6. Ganho de peso na gestação - diferença entre o peso habitual e o verificado no momento do ingresso na Maternidade.
- II.2.7. Idade gestacional - calculada pela regra de Nägele, em semanas de amenorréia.
- II.2.8. Altura uterina - medida segundo técnica habitual e expresssa em centímetros.
- II.2.9. Ocorrência de edema - segundo a presença do "sinal de godet", foram considerados: "sem edema", "edema maleolar" e "edema tibial".
  
- II.3. Dados do Trabalho de Parto.
  - II.3.1. Forma do início do parto - "espontâneo" ou "induzido".
  - II.3.2. Momento da ruptura das membranas - foram consideradas as categorias: "prematura" (antes do início do trabalho de parto), "antes de 5 cm", "de 5 a 9 cm" e "acima de 9 cm" de dilatação cervical.
  - II.3.3. Estado do líquido ovular - foram consideradas as seguintes categorias: "claro", "ligeiramente tingido", "tingido", "mecônio espesso". Para fins de análise estatística, os dados foram enquadrados em "claro" e "com mecônio".
  - II.3.4. Quantidade do líquido ovular - foram considerados: "normal" e "anormal".

- II.3.5. Batimentos cardíaco-fetais (BCF) - foram consideradas duas categorias: "batimentos normais", onde se enquadram aqueles cuja frequência basal se manteve, durante todo o período, entre 120 e 160, sem outros acidentes, excetuando-se "DIP tipo I" e "outros", onde se incluem as demais alterações.
- II.3.6. Número de toques - total de toques vaginais realizados desde o momento de ruptura das membranas.
- II.3.7. Analgesia durante o período de dilatação - Foram considerados: "com" e "sem analgesia".
- II.3.8. Uso de ocitocina - Foram considerados: "com" e "sem ocitocina".
- II.3.9. Duração do período de dilatação - tempo, em minutos, transcorrido desde o início do trabalho de parto até a dilatação total do colo do útero. Ambos os grupos tiveram analisadas suas populações de nulíparas e multíparas, separadamente.
- II.3.10. Duração do período da internação ao parto - espaço de tempo, em minutos, entre a internação hospitalar e o parto. Ambos os grupos tiveram analisadas suas populações de nulíparas e multíparas separadamente.

II.3.11. Duração do período de membranas rotas - tempo, em minutos, transcorrido desde a ruptura das membranas até o parto.

II.3.12. Analgesia no período expulsivo - para o estudo desta variável, do Grupo Litotomia, foram eliminados os casos em que foi utilizado o fórcepe. Para caracterizar tal modificação, denominou-se este grupo de "Grupo Litotomia (mod.)". Foram consideradas as categorias: "sem" e "com analgesia". Na primeira, estão enquadradas as anestésias locais para fim de episiorrafia.

II.4. Dados do parto e dequitação.

II.4.1. Apresentação fetal - foram enquadrados em dois grupos: "de vértice" e "outras".

II.4.2. Variedade de posição - foram consideradas 3 categorias: "anterior", "posterior" e "transversa".

II.4.3. Operações complementares - Houve o enquadramento em dois grupos: "sem operações", onde estão incluídos os casos de episiorrafia e "outras operações", que compreende as demais intervenções.

II.4.4. Duração do período expulsivo - tempo, em minutos, decorrido entre o fim da dilatação e o nascimento. Ambos os grupos tiveram anali-



sadas suas populações de nulíparas e múltiparas separadamente. Do Grupo Litotomia, foram eliminados os casos em que foi utilizado o fórcepe. Para caracterizar tal modificação, denominou-se este grupo de "Grupo Litotomia (mod.)".

II.4.5. Duração da dequitação - tempo, em minutos, decorrido entre o nascimento da criança e a eliminação total da placenta.

II.4.6. Tipo de dequitação - foram consideradas duas categorias: "natural" e "outras".

II.4.7. Peso da placenta - em gramas.

II.4.8. Cordão umbilical - foram consideradas quatro categorias: "normal", "circular simples", "circular dupla" e "outros".

II.5. Dados dos Recém-Nascidos.

II.5.1. Apgar ao primeiro minuto.

II.5.2. Apgar ao quinto minuto.

II.5.3. Idade dos recém-nascidos - idade gestacional, em semanas, estimada pelo neonatólogo, no momento do parto (Método de Capurro).

II.5.4. Altura dos recém-nascidos - em centímetros.

II.5.5. Peso dos recém-nascidos - em gramas.

II.5.6. Sexo dos recém-nascidos.

II.5.7. Morbidades neonatais - foram considerados "sem" e "com morbidades". Enquadrando-se

neste último grupo, as 18 alternativas previstas na Ficha Obstétrica.

II.5.8. Estado de saúde dos recém-nascidos - avaliado no momento da alta hospitalar materna. Foram considerados "vivo e são" e "morte neonatal".

II.6. Dados do Puerpério.

II.6.1. Hemorragia no puerpério - foram consideradas as categorias: "sem" e "com hemorragias".

II.6.2. Curetagem - foram enquadradas em: "sem" e "com curetagem".

II.6.3. Estado de saúde das mães - foram consideradas as categorias: "sã" e "com enfermidade".

II.7. Dias de Internação.

II.7.1. Antes do parto.

II.7.2. Após o parto.

II.7.3. Internação dos recém-nascidos.

Com estas variáveis, materno-feto-neonatais, foi criado um banco de dados onde os valores foram submetidos a novo controle de qualidade (testes de consistência), ordenamento e posterior análise. Para este processo foram utilizados microcomputadores e programas pertencentes à Comissão de Informática da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

## F - DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a criação do banco de dados, do controle de qualidade e posterior ordenamento dos valores, realizamos a análise estatística.

Para uma melhor descrição da distribuição dos dados foram empregados tabelas de frequências e sua graficação em histogramas.

No processo de análise estatística, o primeiro procedimento foi determinar a que tipo de distribuição as variáveis pertenciam. Para tal, foi usado um teste com base no "Qui-quadrado", ao qual nos referiremos por "Teste de Aderência" (79).

Para as variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal foi determinado que a medida seria a média e o desvio padrão (D.P.); para as demais apresentaremos a mediana e como medida de dispersão o primeiro (Q1) e terceiro (Q3) quartil (percentil 25 e 75, respectivamente).

Para a comparação estatística entre os Grupos Cócoras e Litotomia, foram utilizados os seguintes testes: de Student ("t"), quando a variável foi quantitativa, contínua e de distribuição normal; do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), quando a variável foi qualitativa e o de Mann-Whitney ("U"), quando a variável foi quantitativa com distribuição não normal, em pelo menos um dos grupos (9), (13), (70), (79).

No teste de Mann-Whitney, apresentamos como resultado: o valor de "U" para o Grupo Cócoras ("U"<sub>Cócor.</sub>), o valor

de "U" para o Grupo Litotomia ("U"<sub>LIT.</sub>), a média dos valores de "U" e a variância desta média. A comparação entre os valores de "U" foi feita através do valor de "t" para infinitos graus de liberdade (G.L.), pelo fato do nosso número de casos superar a 20, valor a partir do qual a distribuição de "U" pode ser bem aproximada por uma normal com:

$$\text{Média} = \frac{n_A + n_B}{2} \quad e$$

$$\text{Variância} = \sqrt{\frac{n_A \cdot n_B}{N^2 - N} \cdot \left( \frac{N^3 - N}{12} \right) - \Sigma T}$$

onde: n = número de casos do respectivo grupo.  
 N = número total de casos.  
 T = número de empates dos valores.

O nível de significação (p) foi, previamente, fixado em 5%. Quando o resultado mostrou-se superior a este nível, foi considerado "não significativo", sem a apresentação da probabilidade correspondente, o que acontece em caso contrário, além de utilizar-se a expressão "valor estatisticamente significativo". A hipótese alternativa considerada foi sempre monocaudal, pois o que se desejava era, em cada caso, comprovar se o resultado era superior ou inferior, ou não simplesmente diferente.

É importante ressaltar que nenhum dos grupos, Cócoras ou Litotomia, deve ser considerado como "grupo controle",

devido, sobretudo, a inexistência de condições aleatórias (sensu lato) na constituição dos mesmos.

#### G - IGNORADOS.

Embora o uso da "Ficha Clínica Obstétrica Pré-codificada" facilite extremamente o registro dos dados, o fato da mesma ser manuseada por várias pessoas, bem como a frequente incerteza da gestante durante a anamnese, acarretam, em algumas variáveis, um certo número de perdas de informação que são relacionadas como "ignoradas". Para facilitar a compreensão, apresentação e discussão, as observações ignoradas sequer serão citadas.

## RESULTADOS

### IDADE MATERNA

Distribuição de frequência segundo a idade das mães, empregando-se intervalo de classe, com longitude de 2 anos.

#### Grupo Cócoras (Tabela 1; Figura 1):

A moda encontra-se no intervalo 22 - 23 anos, com 36 casos (22.9%). A mediana situa-se aos 25 anos. O primeiro quartil corresponde a 22 anos e o terceiro, a 27 anos. A menor idade encontrada foi a de 16 anos e a maior de 36 anos. No intervalo 26-27 anos, com 32 casos (20.4%), observa-se um considerável aumento da frequência dando ao histograma característica bimodal. A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de uma distribuição normal ( $X^2=12.834$ ; G.L.= 5).

#### Grupo Litotomia (Tabela 1; Figura 1):

A moda encontra-se no intervalo 22-23 anos com 13 casos (25.5%). A mediana situa-se aos 24 anos. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 22 e 27 anos, respectivamente. A menor idade foi a de 18 anos e a maior 39 anos. Pela aplicação do "Teste de Aderência" conclui-se que estas idades não apresentam distribuição normal ( $X^2=13.157$ ; G.L.=5).

A comparação estatística destes 2 grupos, através do teste de Mann-Whitney, teve o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>CÓC.</sub> = 4130.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3876.5
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da média = 368.1646
- t = 0.345
- Diferença estatisticamente não significativa.

### ESTADO CIVIL

Distribuição das gestantes segundo o estado civil.

Grupo Cócoras (Tabela2; Figura 2):

Em 118 casos (75.2%), as gestantes eram casadas; em 19 casos (12.1%), amasiadas; o número de solteiras foi de 16 (10.2%) e o de desquitadas 4 (2.5%). Quando consideramos casadas e amasiadas sob a condição "com parceiro estável", e as solteiras e desquitadas como "sem parceiro estável", obtém-se 137 (87.3%) e 20 casos (12.7%), respectivamente.

Grupo Litotomia (Tabela 2; Figura 2):

Em 35 casos (68.6%), as gestantes eram casadas; em 8 casos (15.7%), amasiadas; e idêntico número (15.7%), solteiras. Em procedimento semelhante ao realizado no Grupo Cócoras, 43 casos (84.3%) enquadram-se como "com parceiro estável" e em 8 casos (15.7%), "Sem parceiro estável".

Comparando-se os 2 grupos, através do teste de "Qui-quadrado" obteve-se:  $\chi^2=0.287$ ; G.L.=1, valor estatisticamente não significativo.

## ESCOLARIDADE

Distribuição de frequência segundo a escolaridade, em anos de estudo.

Grupo Cócoras (Tabela 3; Figura 3):

Observa-se, que a grande maioria, 114 casos (76.5%) estudou 12 ou mais anos; 16 casos (10.7%), 10 a 11 anos e em 10 casos (6.7%) apresentam 7 ou menos anos de escola.

Grupo Litotomia (Tabela 3; Figura 3):

Observa-se, que 36 casos (72%) possuem 12 ou mais anos; 7 casos (14%) 10 a 11 anos e em 2 casos (4%) apresentam 7 ou menos anos de escola.

Comparando-se os dois grupos através do teste de Mann-Whitney, obteve-se o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>COC.</sub> = 3867
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3583
- Média de "U" = 3725
- Variância da média = 345.9994
- $t = 0.410$
- Diferença estatisticamente não significativa.

## ALTURA DAS MÃES

Distribuição de frequência, segundo a altura das mães, sendo a longitude do intervalo de classe de 3 centímetros.

Grupo Cócoras (Tabela 4; Figura 4):

A moda com esta longitude de intervalo de classe situa-se no intervalo 159-161 cm, com 27 casos (17,8%). A média geral foi de 161 cm com um desvio padrão de 6.5. A menor altura foi de 145 e a maior de 178 cm. Pelo resultado



do "Teste de Aderência", aceita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=10.21$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 4; Figura 4):

A moda, neste grupo, situa-se no intervalo 165-167 com 9 casos (20.9%). A média geral foi de 162 cm com um desvio padrão de 5.8. A menor altura foi de 148 cm e a maior de 173 cm. Pelo resultado do "Teste de Aderência", a distribuição da população é normal ( $X^2=7.04$  G.L.=5).

Comparando-se os 2 grupos através do teste de Student, obteve-se o seguinte resultado:  $t=0.905$  G.L.=193. Estatisticamente não significativo.

#### IDADE NA MENARCA

Distribuição de frequência segundo a idade das gestantes na oportunidade da menarca.

Grupo Cócoras (Tabela 5; Figura 5):

A moda situa-se em 13 anos com 45 casos (29.4%), do mesmo modo que a mediana. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 12 e 13 anos, respectivamente. A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de uma distribuição normal ( $X^2=95$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 5; Figura 5):

A moda, com 19 casos (38.8%) situou-se do mesmo modo que a mediana, aos 13 anos. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 12 e 13 anos, respectivamente. A aplicação do "Teste de Aderência" rejeita a hipótese de distribuição normal ( $X^2=50.10$ ; G.L.=5).

Comparando-se os 2 grupos através do teste de Mann-Whitney, obteve-se o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>CÓC.</sub> = 3616.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3880.5
- Média de "U" = 3748.5
- Variância da Média = 347.18185
- $t = 0.380$
- Valor estatisticamente não significativo.

#### PADRÃO MENSTRUAL

Distribuição de frequência segundo a regularidade do ritmo menstrual.

Grupo Cócoras (Tabela 6; Figura 6):

Em 113 casos (75.3%) as gestantes referem regularidade no ritmo menstrual; em oposição, 37 mulheres (24.7%) apresentam irregularidades menstruais.

Grupo Litotomia (Tabela 6; Figura 6):

Em 37 casos (77.1%) foi referido regularidade no ritmo menstrual. A irregularidade menstrual foi citada por 11 gestantes (22.9%).

Comparando-se os 2 grupos pelo teste de "Qui-quadrado", obteve-se:  $\chi^2 = 0.061$ ; G.L. = 1. Valor estatisticamente não significativo.

#### ANTICONCEPÇÃO

Distribuição de frequência da população, segundo o método de anticoncepção utilizado.

Grupo Cócoras (Tabela 7; Figura 7):

O uso de qualquer método foi negado em 99 casos (65.1%). Os gestágenos foram utilizados por 34 mulheres

(22.4%), sendo seu uso suspenso em 17 casos (11.2%) para gestar; em 9 (5.9%) por intolerância e 8 (5.3%) por motivos de uma gravidez não planejada. O DIU foi empregado por 10 mulheres (6.6%). Em 7 casos (4.6%) foi removido com o fim de engravidar. Nos outros 3 casos (1.9%) houve fracasso. O uso de outros métodos foi referido por 7 gestantes (4.6%).

#### Grupo Litotomia (Tabela 7; Figura 7):

Em 26 casos (54.8%) foi negado uso de qualquer método. Os gestágenos foram utilizados por 10 mulheres (20.8%), sendo seu uso suspenso em 5 casos (10.4%), para gestar em 4 (8.3%) por intolerância, e em 1 (2%) por falha do método. O uso de DIU foi referido por 4 mulheres (8.3%) que os retiraram para engravidar. Igual número citou o emprego de outros métodos que também foram propositalmente abandonados para fins de concepção.

Comparando-se os 2 grupos através do teste de "Qui-quadrado" obteve-se o seguinte resultado:  $X^2=1.871$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

#### NÚMERO DE GESTAÇÕES

Distribuição de frequência, segundo o número de gestações.

#### Grupo Cócoras (Tabela 8; Figura 8):

Em 71 casos (45.2%) tratava-se da primeira gravidez; 48 casos (30.6%) eram constituídos de secundigestas. Observa-se que da 3ª a 6ª gestação, a frequência diminui acentuadamente. O número máximo foi de 7 gestações, em 2

casos. A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $X^2=254.47$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 8; Figura 8):

Em 29 casos (56.7%) tratava-se da primeira gravidez; 13 casos (25.5%) eram constituídos de secundigestas, 8 mulheres (15.7%) gestavam pela terceira vez. O caso restante correspondia a uma quinta gestação. A aplicação do "Teste de Aderência" rejeita a hipótese de distribuição normal. ( $X^2=120.14$ ; G.L.=5).

Comparando-se os 2 grupos através do teste de Mann-Whitney, obteve-se o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>COC.</sub> = 4554.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3452.5
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da Média = 346.47955
- t = 1.590
- Valor estatisticamente não significativo.

#### NÚMERO DE PARTOS

Distribuição de frequência da população segundo o número de partos, prévios a esta gestação.

Grupo Cócoras (Tabela 9; Figura 9):

Observa-se que 106 casos (67.5%) constituem-se de nulíparas. Para 34 gestantes (21.7%) tratava-se do segundo parto e para 9 (5.7%), do terceiro. O número máximo foi de 5 partições observado em um caso (0.6%). Pelo resultado do "Teste de Aderência" afasta-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=489,17$  G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 9; Figura 9):

Observa-se que 39 casos (76.5%) eram de múltiparas; para 11 gestantes (21.8%) era seu segundo parto. Num único caso (2%) correspondia ao terceiro parto. Pelo resultado do "Teste de Aderência" rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=210,18$  G.L.=5).

Comparando-se os 2 grupos pelo teste de Mann-Whitney, obteve-se o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>calc.</sub> = 4442.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3564.5
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da média = 301.79722
- t = 1.455
- Valor estatisticamente não significativo.

#### FILHOS VIVOS

Número de filhos vivos que a gestante possuía antes desta gravidez.

Grupo Cócoras (Tabela 10):

Das 157 gestantes, 50 (31.9%) possuíam filhos vivos, sendo: 35 com 1 filho; 8 com 2; 3 com 3; 3 com 4 e 1 caso com 5 filhos.

Grupo Litotomia (Tabela 10):

Em 39 casos (76.5%) as gestantes não possuíam filhos, outras 12 (23.5%), sim. Destas, 11 tinham 1 filho e uma, 2 filhos.

Para a comparação dos 2 grupos, através do teste de "Qui-quadrado", as gestantes foram reagrupadas em "com" e "sem filhos vivos", obteve-se:  $X^2=1.273$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## NÚMERO DE ABORTOS

Distribuição de frequência segundo a ocorrência de aborto.

Grupo Cócoras (Tabela 11; Figura 10):

Observa-se que em 157 gestantes estudadas em 51 casos (32.5%) já houve a vivência de abortos, assim distribuídos: 35 casos (22.3%) com 1 aborto; 12 casos (7.6%) com 2 e 4 casos (2.6%) com 3 abortos. Reagrupando-se a população em "com abortos" e "sem abortos", obtém-se 51 e 106 casos, respectivamente.

Grupo Litotomia (Tabela 11; Figura 10):

Dos 51 integrantes em 10 casos (19.6%) já houvera um episódio de aborto e em 5 casos (9.8%) verificou-se 2 abortos por indivíduo. Em números gerais, constatou-se um total de 20 abortos, que atingiram 15 mulheres (29.4%). Reagrupando-se de forma idêntica ao grupo anterior, temos: com aborto, 15 casos, sem aborto, 36 casos.

Comparando-se os 2 grupos pelo teste do "Qui-quadrado" obteve-se  $\chi^2=0.168$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## ABORTOS PROVOCADOS

Distribuição de frequência segundo a ocorrência de abortos provocados.

Grupo Cócoras (Tabela 11A):

Em 25 casos (15.9%) houve 1 aborto; em 8 casos (5.1%) houveram 2 abortos. O número máximo foi de 3 abortos provocados, verificado em 3 casos (1.9%).

Grupo Litotomia (Tabela 11A):

Em 8 casos (15.7%) houve 1 aborto; em 2 casos (3.9%) houveram 2 abortos, número máximo verificado por indivíduo.

Comparando-se os 2 grupos pelo teste do "Qui-quadrado" obteve-se  $X^2=0.247$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

#### ABORTOS ESPONTÂNEOS

Distribuição de frequência segundo a ocorrência de abortos espontâneos.

Grupo Cócoras (Tabela 11B):

Na distribuição de frequência, segundo o número de abortos espontâneos, verificou-se em 17 casos (10.8%), um aborto e em 2 casos (1.3%) a ocorrência de 2 abortos.

Grupo Litotomia (Tabela 11B):

Na distribuição de frequência, segundo o número de abortos espontâneos, verificou-se em 6 casos (11.8%), um aborto e em 1 caso (2%) a ocorrência de 2 abortos.

Comparando-se os 2 grupos pelo teste do "Qui-quadrado" obteve-se  $X^2=0.093$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## ANTECEDENTES MÓRBIDOS

Distribuição de frequência segundo a história de antecedentes mórbidos, anteriores a esta gestação.

Grupo Cócoras (Tabela 12; Figura 11):

A presença das morbidades estudadas, foram negadas no passado de 108 gestantes (69.2%). A infecção urinária foi referida por 25 mulheres (16%) e a cirurgia abdominal por 4 (2.6%). Dois casos (1.3%) haviam apresentado sífilis, 1 (0.6%), tuberculose e outro hipertensão.

Grupo Litotomia (Tabela 12; Figura 11):

É negada a ocorrência de qualquer morbidade, no passado, por 34 gestantes (66.7%). A infecção urinária foi relatada por 8 mulheres (15.7%) e a cirurgia abdominal foi citada por outras 4 (7.8%). Foi, ainda, referido 1 caso de cardiopatia (2%) e 4 (7.8%) de outras morbidades.

Comparando-se os 2 grupos pelo teste de "Qui-quadrado", obteve-se:  $X^2=0.117$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PATOLÓGICOS

Distribuição de frequência segundo o relato de ocorrência de morbidades obstétricas em gestações anteriores.

Grupo Cócoras (Tabela 13; Figura 12):

Em 155 casos realizados, 12 (7.7%) gestantes referiram antecedentes obstétricos assim distribuídos: 3 casos



de toxemia, 2 de hemorragias na gravidez, 1 no pós-parto, 3 casos de partos prematuros e igual número de "outras" patologias.

Grupo Litotomia (Tabela 13; Figura 12):

Dos 51 integrantes, 3 (5.9%) apresentavam antecedentes da seguinte forma: 1 caso de toxemia, 1 de parto prematuro e 1 caso de "outras" patologias.

A comparação dos 2 grupos através do teste de "Qui-quadrado", teve o seguinte resultado:  $X^2=0.018$  G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

#### INÍCIO DO PRÉ-NATAL

Distribuição de frequência segundo o mês de gestação em que foi dado início o acompanhamento pré-natal.

Grupo Cócoras (Tabela 14; Figura 13):

A moda se apresenta no 3º mês com 39 casos (25%). A mediana situa-se no 4º mês. O primeiro e terceiro quartil correspondem ao 3º e 5º mês, respectivamente. Os acompanhamentos mais precoces ocorreram a partir do 1º mês, observados em 3 casos (1.9%). Já os mais tardios se deram no 8º mês, por 9 gestantes (5.8%). Em 2 casos (1.3%), não foi realizado o pré-natal. Pela aplicação do "Teste de Aderência" afasta-se a hipótese de distribuição normal. ( $X^2=67.8$ , G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 14; Figura 13):

A moda apresenta-se no 3º mês com 13 casos (25.5%). A mediana situa-se no 4º mês. O primeiro e terceiro quartil

correspondem ao 3º e 6º mês, respectivamente. O início mais precoce ocorreu no 1º mês, realizado por uma gestante (2%) e o mais tardio no 8º mês, também por 1 gestante. Pelo resultado do "Teste de Aderência" rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=24.14$ ; G.L.=5).

A comparação dos 2 grupos através do teste de Mann-Whitney teve com resultado:

- Valor de "U"<sub>CSC.</sub> = 3972.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3983.5
- Média de "U" = 3978
- Variância da média = 365.8041
- t = 0.015
- Valor estatisticamente não significativo.

#### NÚMERO DE CONSULTAS

Distribuição de frequência segundo o número de consultas realizadas no pré-natal.

Grupo Cócoras (Tabela 15; Figura 14):

A moda foi 8 consultas, com 48 casos (30.6%). A mediana situou-se em 6 consultas. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 5 e 8 consultas, respectivamente. O menor número foi de 1 consulta verificado em 5 casos (3.2) e o maior foi de 11 comparecimentos, realizados por 2 gestantes (1.3%). Não realizaram acompanhamento pré-natal, 2 grávidas (1.3%). A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de uma distribuição normal ( $\chi^2=55.13$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 15; Figura 14):

A moda com 2 gestantes (39.2%), situa-se da mesma forma que a mediana, em 8 consultas. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 5 e 8 consultas, respectivamente. O

menor número de consultas foi 3 e a maior 10, ambos verificados em igual número de casos, qual seja 2 (3.9%). Segundo o resultado do "Teste de Aderência" rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=45.78$ ; G.L.=5).

A comparação dos 2 grupos, através do teste de Mann-Whitney teve como resultado:

- Valor de "U"<sub>CÁC.</sub> = 4038.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3968.5
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da média = 365.61173
- t = 0.096
- Valor estatisticamente não significativo.

#### PRESSÃO ARTERIAL

Distribuição de frequência segundo a ocorrência de distúrbios da pressão arterial, durante a gestação.

Grupo Cócoras (Tabela 16; Figura 15):

A pressão arterial manteve-se em 145 casos (92.4%) dentro dos parâmetros normais. Em 12 casos (7.6%) esteve alterada da seguinte forma: em 5 casos (3.2%), verificou-se hipertensão leve. Em 4 casos (2.6%) houve choque clínico reversível. Hipotensão sem choque, foi constatado em 2 gestantes (1.3%) e hipertensão moderada em 1 (0.6%).

Grupo Litotomia (Tabela 16, Figura 15):

A pressão arterial manteve-se dentro dos limites da normalidade em todos os 51 casos.

A comparação entre os 2 grupos através do teste de "Qui-quadrado" tem como resultado:  $\chi^2=2.850$ ; G.L.=1. Valor não significativo.

## TOXEMIA

Distribuição de frequência segundo a ocorrência de toxemia, nesta gestação.

Grupo Cócoras (Tabela 17; Figura 16):

A toxemia foi suspeitada em 6 casos (3.8%) sendo 5 casos (3.2%) com hipertensão leve e 1 (0.6%) com hipertensão moderada. Em 151 casos (96.2%) não foram observados anormalidades.

Grupo Litotomia (Tabela 17; Figura 16):

Dos 51 casos, nenhum apresentou toxemia.

A comparação entre os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado" resultou:  $X^2=0.875$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## INFECCÃO NA GRAVIDEZ

Distribuição de frequência segundo a ocorrência de infecção, durante esta gestação.

Grupo Cócoras (Tabela 18; Figura 17):

Não foi diagnosticada infecção em 153 casos (97.5%). Em 4 casos (2.5%) verificou-se: 3 ocorrências de infecção urinária sem febre e 1 caso de sífilis.

Grupo Litotomia (Tabela 18; Figura 17):

Nenhum caso de infecção foi constatado nas 51 gestantes.

A comparação entre os 2 grupos através do teste de "Qui-quadrado" revelou:  $X^2=0,001$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## HEMORRAGIAS

Distribuição de frequência segundo a ocorrência de hemorragia, durante a gestação.

Grupo Cócoras (Tabela 19; Figura 18):

Não foram verificadas hemorragias em 155 gestantes (98.7%). Em 2 casos (1.2%), foram registrados: 1 caso (0.6%) de hemorragia no 1º trimestre e outro caso não especificado.

Grupo Litotomia (Tabela 19; Figura 18):

Dos 51 casos, apenas em 1 (2%) há registro de hemorragia, sem especificação da causa.

A comparação entre os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado" resultou:  $X^2=0.318$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## TABAGISMO

Distribuição de frequência segundo o hábito de fumar durante a gestação.

Grupo Cócoras (Tabela 20; Figura 19):

Noventa gestantes (61.6%) não fumavam; 33 delas (22.6%) não o fizeram na gestação; 4 (2.7%) fumaram no máximo 10 cigarros por dia, até o 4º mês; 16 (11%) fumaram igual quantidade além do 4º mês; 3 grávidas (2%) fumaram mais de 10 cigarros diários, além do 4º mês. Resumindo, 23 mulheres (15.8) fumaram durante o período gestacional.

Grupo Litotomia (Tabela 20; Figura 19):

Vinte e seis gestantes (54.2%) referiram não ser fumantes; 8 (16.7%) não o fizeram durante a gravidez, 13 o fizeram da seguinte forma: 1 (2%) fumou 11 ou mais cigarros por dia, até o 4º mês. Além desta data, 7 gestantes (14.5%) restringiram-se a menos de 10 cigarros e 5 outras (10%) alegam ter fumado 11 ou mais cigarros diários.

Comparando-se os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado" obteve-se:  $\chi^2=3.275$ ; G.L.=2. Valor estatisticamente não significativo.

#### GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO

Distribuição da frequência segundo o ganho de ponderal durante a gestação, empregando-se intervalo de classe com longitude de 3 kg.

Grupo Cócoras (Tabela 21; Figura 20):

A moda encontra-se no intervalo 12-15 kg, com 47 casos (30.3%). A mediana situou-se em 11 kg. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 8 e 13 kg respectivamente. Com exceção de 1 caso (1.3%) em que houve perda de 3 kg, as demais gestantes apresentaram ganho de peso, que atingiu um máximo de 23 kg. Pelo resultado do "Teste de Aderência" afasta-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=16.4$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 21; Figura 20):

A moda encontra-se no intervalo 6-8 kg com 16 casos (33.3%). A mediana situou-se em 10 kg. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 7 e 13 kg, respectivamente. Em todos

os casos houve ganho de peso, cujos extremos foram 2 e 23 kg, ambos observados em igual número de gestantes, qual seja 1 (2%). Pelo "Teste de Aderência" aceita-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=5.0$ ; G.L.=5).

Comparando-se os 2 grupos através do teste de Mann-Whitney, obteve-se o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>CÓC.</sub> = 4314.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3125.5
- Média de "U" = 3720
- Variância da média = 347.8289
- t = 1.709
- Valor estatisticamente significativo.  $p < 0.05$

#### IDADE GESTACIONAL

Distribuição de frequência segundo o número de semanas de amenorréia, no momento do parto.

Grupo Cócoras (Tabela 22; Figura 21):

A moda, com 43 casos (27.9%) e a mediana, situaram-se em 40 semanas. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 39 e 40 semanas, respectivamente. O menor número registrado foi 36 semanas, verificado em 3 casos (2%) e o maior foi de 43, observado em igual quantidade de gestantes. A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de uma distribuição normal ( $\chi^2=92.545$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 22; Figura 21):

A moda, com 16 casos (33.3%), situou-se da mesma forma que a mediana, em 40 semanas. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 39 e 40 semanas, respectivamente. O menor número registrado foi 34 semanas, observado em 1 caso

(2%) e o maior 42, observado em 3 gestantes (6.3%). Segundo o resultado do "Teste de Aderência" rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=36.667$ ; G.L.=5).

A comparação dos 2 grupos, através do teste de Mann-Whitney teve como resultado:

- Valor de "U"<sub>C40</sub> = 3886.5
- Valor de "U"<sub>LIT</sub> = 3505.5
- Média de "U" = 3696
- Variância da média = 345.35855
- t = 0.552
- Não significativo.

#### ALTURA UTERINA

Distribuição de frequência segundo a altura uterina no momento da admissão à maternidade, empregando-se intervalo de classe com longitude de 2 centímetros.

##### Grupo Cócoras (Tabela 23; Figura 22):

A moda, com 49 casos (31.2%) apresentou-se em 2 intervalos: 32-33 e 34-35 centímetros. A mediana situou-se em 34 cm. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 30 e 40 centímetros, respectivamente. A menor altura registrada foi 28 centímetros e a maior foi 47. A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de uma distribuição normal ( $X^2=15.994$ ; G.L.=5).

##### Grupo Litotomia (Tabela 23; Figura 22):

A moda com 16 casos (32.7%) encontra-se no intervalo 34-35 centímetros. A mediana situou-se em 33 centímetros. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 32 e 35 cm, respectivamente. A menor altura registrada foi 26 e a maior 44 cm. Segundo o resultado do "Teste de Aderência"



aceita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=4.061$ ; G.L.=5).

A comparação dos 2 grupos, através do teste de Mann-Whitney teve como resultado:

- Valor de "U"<sub>CÓC.</sub> = 4424.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3268.5
- Média de "U" = 3846.5
- Variância da média = 360.9816
- t = 1.601
- Não significativo.

#### OCORRÊNCIA DE EDEMA

Distribuição de frequência segundo a presença e localização de edema nas gestantes.

Grupo Cócoras (Tabela 24; Figura 23):

Em 127 gestantes (80.8%) o edema não foi evidenciado. Em 15 casos (9.6%) ocorreu na região maleolar e em outros 15, na região tibial. Resumindo, observou-se 30 casos (19.2%) com edema.

Grupo Litotomia (Tabela 24; Figura 23):

Em 36 casos (70.6%) não ocorreu edema. Em 6 gestantes (11.8%) foi verificado sua presença na região maleolar e em 9 (17.6%) na região tibial. Portanto, foram registrados 15 casos (29.4%) com edema.

A comparação entre os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado" teve como resultado:  $X^2=2.410$ ; G.L.=1. Valor não significativo.

#### FORMA DE INÍCIO DO PARTO.

Distribuição de frequência segundo a espontaneidade, ou não, do desencadeamento do parto.

Grupo Cócoras (Tabela 25; Figura 24):

Em 149 casos (94.9%) o parto iniciou-se espontaneamente; em 8 casos (5.1%) foi induzido por ocitocina.

Grupo Litotomia (Tabela 25; Figura 24):

Em 47 casos (92.2%) o parto teve início espontâneo; em 4 casos (7.8%) foi induzido por ocitocina.

Comparando-se os 2 grupos através do teste de "Qui-Quadrado", obteve-se o seguinte resultado:  $X^2=0.149$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

#### MOMENTO DA RUPTURA DAS MEMBRANAS

Distribuição de frequência segundo o momento em que ocorreu a ruptura das membranas, em relação a dilatação cervical.

Grupo Cócoras (Tabela 26; Figura 25):

Foram registrados 18 casos (11.5%) de ruptura prematura; 29 casos (18.6%) de ruptura até 5 cm de dilatação cervical; 69 casos (44.3%) de ruptura entre 5 e 9 cm e 40 casos (25.6%) após 9 cm.

Grupo Litotomia (Tabela 26; Figura 25):

Foram registrados 10 casos (19.6%) de ruptura prematura; 6 casos (11.8%) de ruptura até 5 cm de dilatação cervical; 21 casos (41.2%) de ruptura entre 5 e 9 cm, e 14 casos (27.4%) após 9 cm.

Comparando-se os 2 grupos através do teste de "Qui-quadrado" resulta:  $\chi^2=3.040$ ; G.L.=3. Valor estatisticamente não significativo.

#### ESTADO DO LÍQUIDO OVULAR

Distribuição de frequência segundo a presença de mecônio no líquido ovular.

Grupo Cócoras (Tabela 27; Figura 26):

Em 116 gestantes (74.4%) o líquido apresentava-se claro. Em 15 casos (9.6%) foi classificado como ligeiramente tinto; em 19 (12.2%), como tingido. Em 6 casos (3.8%) constatou-se mecônio espesso. Portanto, em 40 casos (25.6%) havia presença de mecônio.

Grupo Litotomia (Tabela 27; Figura 26):

Aspecto claro foi observado em 36 casos (70.6%). Em 15 (29.4%), o líquido apresentava mecônio, sendo classificado como ligeiramente tinto em 4 gestantes (7.8%); tingido em 7 (13.8%) e mecônio espesso em 4.

Para a comparação entre os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado", os dados foram reagrupados em "com" e "sem presença de mecônio". Esta comparação teve como resultado:  $\chi^2=0.280$ ; G.L.=1. Valor não significativo.

#### QUANTIDADE DE LÍQUIDO OVULAR

Distribuição de frequência segundo a quantidade de líquido ovular.

Grupo Cócoras (Tabela 28):

Em 152 casos (99.4%) a quantidade foi considerada normal; em 1 caso, reduzida.

Grupo Litotomia (Tabela 28):

Em 48 casos (98%) considerou-se a quantidade como normal, e em 1 caso, aumentada.

Comparando-se os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado", obteve-se como resultado:  $X^2=0.001$ ; G.L.=1. Valor não significativo.

#### BATIMENTOS CÁRDIO-FETAIS

Distribuição de frequência segundo as características dos batimentos cárdio-fetais.

Grupo Cócoras (Tabela 29; Figura 27):

Em 147 casos (93.6%) observou-se batimentos normais. Em 6 casos (3.9%) foram registrados DIP tipo II; Em 3 (1.9%), DIP tipo umbilical e em 1 caso (0.6%), taquicardia. Assim, em 10 casos (6.4%) os batimentos apresentaram alterações.

Grupo Litotomia (Tabela 29; Figura 27):

Em 47 casos (92.2%) observou-se batimentos normais. Em 4 casos (7.8%) havia alteração, sendo 2 casos (3.9%) de DIP tipo II e 2 casos (3.9%) de bradicardia sustentada.

A comparação entre os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado" teve como resultado:  $X^2=0.002$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## NÚMERO DE TOQUES

Distribuição de frequência, segundo o número de toques vaginais realizados.

Grupo Cócoras (Tabela 30; Figura 28):

A moda com 61 casos (38.9%), foi de 1 toque e a mediana situou-se em 2 toques. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 1 e 4 toques, respectivamente. O número mínimo registrado foi de 1 e o máximo 9 toques. Pelo resultado do "Teste de Aderência", rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=151.93$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 30; Figura 28):

A moda com 15 casos (29.4%), foi de 1 toque e a mediana situou-se em 3 toques. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 1 e 5 toques, respectivamente. O número mínimo foi 1 e o máximo 9. O resultado do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=34.804$ ; G.L.=5).

Comparando-se os 2 grupos pelo teste de Mann-Whitney, obtém-se o resultado:

- Valor de "U"<sub>CÓC.</sub> = 3035
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 4972
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da média = 362.00544
- t = 2.675
- Valor estatisticamente significativo.  $p < 0.01$

## ANALGESIA DURANTE O PERÍODO DE DILATAÇÃO

Distribuição de frequência segundo o emprego de analgesia no primeiro estágio do parto.

Grupo Cócoras (Tabela 31, Figura 29).

Em 154 gestantes (98.1%) não foi empregado qualquer tipo de analgésico. Em 3 casos (1.9%) foi administrado benzodiazepínicos ou meperidina.

Grupo Litotomia (Tabela 31; Figura 29):

Em 28 gestantes (54.9%) a analgesia não foi empregada. O bloqueio epidural ou raquídeo foi realizado em 22 casos (43.1%). Em 1 caso (2%) foi administrado benzodiazepínicos ou meperidina.

A comparação dos 2 grupos pelo Teste de "Qui-quadrado" resulta:  $\chi^2 = 61.755$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente significativo.  $p < 0.01$ .

#### USO DE OCITOCINA

Grupo Cócoras (Tabela 32; Figura 30):

A ocitocina não foi empregada em 129 casos (82.2%). Em 15 (9.6%) foi utilizada para a condução do parto; em 11 (7%) por amniorrexe prematura; em 1 caso (0.6%) por gravidez prolongada, em outro por toxemia. Em números gerais a ocitocina foi empregada em 28 casos (17.8%).

Grupo Litotomia (Tabela 32; Figura 30):

A ocitocina não foi empregada em 32 casos (62.8%). Em 13 (25.5%) foi utilizada para a condução do parto; em 5 (9.8%) por amniorrexe prematura e em 1 caso (2%) por motivos outros. Em números gerais, a ocitocina foi empregada em 19 casos (37.2%)

Comparando-se os 2 grupos através do teste de "Qui-quadrado", obteve-se o seguinte resultado:  $\chi^2=8.301$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente significativo.  $p<0.01$

#### DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO

Distribuição de frequência, segundo a duração do período de dilatação, empregando-se intervalo de classe com longitude de 200 minutos.

##### Grupo Cócoras:

Nulíparas (Tabela 33; Figura 31): A moda encontra-se nos intervalos 201-400 e 401-600 com 24 casos (22.6%). A mediana situou-se em 600 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 390 e 940 minutos, respectivamente.

O valor mínimo foi de 118 e o máximo de 2280. A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=23.5$ ; G.L.=5).

Múltiparas (Tabela 34; Figura 32): A moda encontra-se no intervalo 401-600 com 17 casos (33.3%). A mediana situou-se em 405 minutos. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 255 e 530 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi de 110 e o máximo de 1500 minutos. A aplicação do "Teste de Aderência" rejeita a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=31.7$ ; G.L.=5).

##### Grupo Litotomia:

Nulíparas: (Tabela 33; Figura 31): A moda encontra-se no intervalo 601-800 com 9 casos (23.1%). A mediana situou-se em 765 minutos. O primeiro e terceiro quartil cor-

respondem a 515 e 1200 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi de 90 minutos e o máximo de 1810. Pela aplicação do "Teste de Aderência" aceita-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=10.4$ ; G.L.=5).

Múltiparas: (Tabela 34; Figura 32): A moda encontra-se no intervalo 201-400 com 6 casos (50%). A mediana situou-se em 360 minutos. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 360 e 900 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi de 225 e o máximo de 1515 minutos. Pelo "Teste de Aderência" afasta-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=13.3$ ; G.L.=5).

Comparando-se as nulíparas dos 2 grupos, através do teste de Mann-Whitney obtém-se o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>C&C</sub> = 1664.5
- Valor de "U"<sub>LIT</sub> = 2469.5
- Média de "U" = 2067
- Variância da média = 221.1314
- t = 1.820
- Diferença estatisticamente significativa.  $p < 0.05$

Comparando-se as múltiparas dos 2 grupos através do mesmo teste, têm-se como resultado:

- Valor de "U"<sub>C&C</sub> = 241.5
- Valor de "U"<sub>LIT</sub> = 370.5
- Média de "U" = 306
- Variância da média = 54.95019
- t = 1.174
- Diferença estatisticamente não significativa.

#### DURAÇÃO DO PERÍODO DA INTERNAÇÃO AO PARTO

Distribuição de frequência, segundo o espaço de tempo entre a internação e o parto, empregando-se o intervalo de classe com longitude de 120 minutos.



#### Grupo Cócoras:

Nulíparas (Tabela 35; Figura 33): A moda encontra-se no intervalo 121-240 minutos, com 28 casos (26.4%). A mediana situou-se em 290 minutos. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 150 e 550 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi de 20 e o máximo 2160 min. O resultado do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $X^2=35.283$ ; G.L.=5).

Multíparas (Tabela 36; Figura 34): A moda encontra-se no intervalo 1-120 minutos com 25 casos (49%). A mediana situou-se em 116 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 60 e 250 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi 20 e o máximo 1320 minutos. A aplicação do "Teste de Aderência" rejeita a hipótese de distribuição normal ( $X^2=61.784$ ; G.L.=5).

#### Grupo Litotomia:

Nulíparas (Tabela 35; Figura 33): A moda, com 9 casos (23.1%), encontra-se no intervalo 361-480 min. A mediana situou-se em 420 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 290 e 660 minutos, respectivamente. O valor mínimo registrado foi 50 e o máximo 1785. O resultado do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $X^2=12.897$ ; G.L.=5).

Multíparas (Tabela 36; Figura 34): A moda, com 7 casos (58.3%), encontra-se no intervalo 1-120 min. A mediana situou-se em 60 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 25 e 253 minutos, respectivamente. O valor mí-

nimo registrado foi de 15 e o máximo, 405 min. Pelo resultado do "Teste de Aderência" aceita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=9.3$ ; G.L.=5).

Comparando-se as nulíparas dos 2 grupos através do teste de Mann-Whitney, obtém-se o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>CDC</sub> = 1459.5
- Valor de "U"<sub>LIT</sub> = 2674.5
- Média de "U" = 2067
- Variância da média = 221.68359
- t = 2.740
- Valor estatisticamente significativo.  $p < 0.01$ .

Comparando-se as múltiparas dos 2 grupos através do mesmo teste, resulta:

- Valor de "U"<sub>CDC</sub> = 335
- Valor de "U"<sub>LIT</sub> = 277
- Média de "U" = 306
- Variância da média = 52.785925
- t = 0.549
- Valor estatisticamente não significativo.

#### DURAÇÃO DO PERÍODO DE MEMBRANAS ROTAS

Distribuição de frequência, segundo a duração do espaço de tempo entre a ruptura das membranas e o parto, empregando-se intervalo de classe de 120 minutos.

Grupo Cócoras (Tabela 37; Figura 35):

A moda com 80 casos (51.6%), encontra-se no intervalo 0-120 min. A mediana situou-se em 80 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 30 e 315 minutos, respectivamente. O número mínimo registrado foi 0 e o máximo, 1675 minutos. Pelo resultado do "Teste de Aderência", rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=94.032$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 37; Figura 35):

A moda com 19 casos (39.6%), encontra-se no intervalo 0-120 minutos. A mediana situou-se em 130 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 60 e 320 minutos, respectivamente. O valor mínimo registrado foi 5 e o máximo, 1810 minutos. O resultado do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $X^2=61.0$ ; G.L.=5).

Comparando-se os 2 grupos através do teste de Mann-Whitney, obtém-se o resultado:

- Valor de "U"<sub>COC.</sub> = 3227.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 4212.5
- Média de "U" = 3720
- Variância da média = 333.85323
- t = 1.475
- Diferença estatisticamente não significativa.

#### ANALGESIA NO PERÍODO EXPULSIVO

Distribuição de frequência segundo o emprego de analgesia no segundo estágio do parto.

Grupo Cócoras (Tabela 38; Figura 36):

Em 154 gestantes (98.1%) não foi empregado qualquer tipo de analgésico ou receberam anestesia local para episiorrafia. Em 3 casos (1.9%) foi administrado benzodiazepínicos ou meperidina, ainda no período de dilatação.

Grupo Litotomia (mod.) (Tabela 38; Figura 36):

Em 14 gestantes (66.7%) não foram usados medicamentos para dor, ou empregou-se anestesia local para a episiorrafia. Em 7 (33.3%) a analgesia foi empregada sob a forma de bloqueio epidural ou raquídeo.

A comparação dos 2 grupos pelo Teste de "Qui-quadrado" resulta:  $\chi^2=28.82$ , G.L.=1. Valor estatisticamente significativo.  $p<0.01$ .

#### APRESENTAÇÃO FETAL

Grupo Cócoras (Tabela 39):

Em 155 casos (98.7%) a apresentação foi de vértice, em 1 caso (0.6%) foi cefálica indefinida e em outro, pélvica completa. Em números gerais, em 2 casos (1.3%) a apresentação não foi de vértice.

Grupo Litotomia (Tabela 39):

Em 49 casos (96%) a apresentação foi de vértice; 1 caso (96%) de frente e outro córmico, ou seja não houve apresentação de vértice em 2 casos (4%). Comparando-se os 2 grupos pelo teste do "Qui-quadrado", obteve-se o seguinte resultado:  $\chi^2=0,371$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

#### VARIEDADE DE POSIÇÃO

Distribuição de frequência segundo a variedade de posição apresentada pelo feto.

Grupo Cócoras (Tabela 40; Figura 37):

A moda, 66 casos (42.9%), ocorreu em esquerda anterior, seguida da direita-posterior com 35 casos (22.7%); esquerda-transversa com 19 (12.3%); direita-transversa, 15 casos (9.7%); direita-anterior com 12 (7.8%); púbica com 6 (3.9%) e sacra com 1 caso (0.6%). Considerando-se as varie-

dades anterior, posterior e transversa, obtém-se 84 (54.5%), 36 (23.4%) e 34 casos (22.1%), respectivamente.

#### Grupo Litotomia (Tabela 40; Figura 37):

A moda, com 18 casos (35.3%) ocorreu em esquerda anterior; em 8 casos (15.7%), constatou-se esquerda transversa; em 7 (13.7%), direita-posterior. Foram observados, ainda, 5 casos (9.8%) em direita-transversa, 5 em esquerda-posterior, 4 casos (7.8%) em direita-anterior, 2 (3.9%) em sacra e 2 não foram especificados.

Considerando-se como no grupo precedente, as variedades anterior, posterior e transversa, obtém-se: 22 (44.9%), 14 (28.6%) e 13 casos (26.5%), respectivamente.

Comparando-se os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado" tem-se o seguinte resultado:  $X^2=0.644$ ; G.L.=2. Valor estatisticamente não significativo.

### OPERAÇÕES COMPLEMENTARES

Distribuição de frequência, segundo a utilização de operações complementares do parto.

#### Grupo Cócoras (Tabela 41; Figura 38):

Em 11 casos (7%), elas foram desnecessárias; em 122 (77.7%) foi efetuada a episiorrafia; em 20 casos (12.7%) houve sutura por desgarro vaginal; em 1 caso (0.6%) necessitou sutura por desgarro vaginal e laceração do colo, e em outro, foi realizada sutura do colo, da vagina e da episiotomia. Reagrupando-se em "Sem operações" e "outras ope-

rações", obtém-se 133 casos (84.7%) e 24 casos (15.3%), respectivamente.

Grupo Litotomia (Tabela 41; Figura 38): Em 6 casos (11.8%) elas foram desnecessárias. Em 35 (68.6%) foi realizada a episiorrafia. Em 8 (15.7%) realizou-se sutura do colo e da episiorrafia. A sutura do colo mais do desgarro vaginal mais episiorrafia foram realizadas em 2 gestantes (3.9%). Reagrupando-se de forma semelhante ao grupo precedente, encontramos "sem operações" com 41 casos (80.4%) e "outras operações" com 10 casos (19,6%).

Comparando-se os 2 grupos através do teste de "Qui-quadrado" resulta:  $X^2=0.526$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

#### DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO

Distribuição de frequência, segundo a duração do período expulsivo, empregando-se o intervalo de classe com longitude de 10 minutos.

#### Grupo Cócoras:

Nulíparas (Tabela 42; Figura 39): A moda encontra-se no intervalo 11-20 minutos, com 34 casos (32.4%) A mediana situou-se em 20 minutos. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 10 e 35 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi de 2 e o máximo 100. O resultado do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $X^2=74.28$ ; G.L.=5).

Multíparas (Tabela 43; Figura 40): A moda encontra-se no intervalo 1-10 minutos, com 24 casos (48%). A mediana situou-se em 10 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 5 e 15 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi 1 e o máximo 40 minutos. A aplicação do "Teste de Aderência" rejeita a hipótese de distribuição normal ( $X^2=36.4$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (mod.):

Nulíparas (Tabela 42; Figura 39): A moda encontra-se no intervalo 11-20 minutos, com 4 casos (33.3%). A mediana situou-se em 20 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 10 e 30 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi 5 e o máximo 70. O resultado do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $X^2=17.56$ ; G.L.=5).

Multíparas (Tabela 43; Figura 40): A moda encontra-se no intervalo 1-10 minutos com 4 casos (44.4%). A mediana situou-se em 10 minutos. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 5 e 23 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi de 5 e o máximo de 75. O resultado do "Teste de Aderência" rejeita a hipótese de distribuição normal ( $X^2=22.11$ ; G.L.=5).

Comparando-se as nulíparas dos 2 grupos através do teste de Mann-Whitney, obtém-se o seguinte resultado:

- Valor de " $U$ "<sub>CAC</sub> = 657
- Valor de " $U$ "<sub>LIT</sub> = 603
- Média de " $U$ " = 630
- Variância da média = 108.52947
- $t = 0.249$
- Valor estatisticamente não significativo

Comparando-se as múltiplas dos 2 grupos através do mesmo teste, resulta:

- Valor de "U"<sub>COC.</sub> = 189
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 261
- Média de "U" = 225
- Variância da média = 44.04822
- t = 0.817
- Valor estatisticamente não significativo

#### DURAÇÃO DA DEQUITAÇÃO

Distribuição de frequência, segundo a duração da dequitação, empregando-se intervalo de classe com a longitude de 10 minutos.

Grupo Cócoras (Tabela 44; Figura 41):

Observa-se que a moda com 73 casos (47.4%), encontra-se no intervalo 11-20 minutos. A mediana situou-se em 10 minutos. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 6 e 15 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi de 2 e o máximo 70. Pelo resultado do "Teste de Aderência", rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=99.6$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 44; Figura 41):

A moda com 31 casos (60,8%), encontra-se no intervalo 1-10 minutos. A mediana situou-se em 8 minutos. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 5 e 10 minutos, respectivamente. O valor mínimo foi 3 e o máximo 70. O resultado do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $X^2=64.6$ ; G.L.=5).



Comparando-se os 2 grupos pelo teste de Mann-Whitney, obtém-se o resultado:

- Valor de "U"<sub>CÓC.</sub> = 5110
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 2744
- Média de "U" = 3927
- Variância da média = 337.21843
- t = 3.508
- Valor estatisticamente significativo.  $p < 0.01$ .

#### TIPO DE DEQUITAÇÃO

Grupo Cócoras (Tabela 45; Figura 42):

A dequitação ocorreu de forma natural em 148 casos (94.3%). Necessitou intervenção em 9 casos (5.7%) da seguinte forma: foi dirigida em 6 casos (3.8%); extraída a placenta manualmente em 2 casos (1.3%). Em 1 caso (0.6%) houve necessidade de curagem.

Grupo Litotomia (Tabela 45; Figura 42):

A dequitação ocorreu de forma natural em 42 casos (82.4%). Em 6 casos (11.8%) foi dirigida; a extração manual foi necessária em 2 casos (3.9%) e a curagem em 1 (2%), exigindo portanto, intervenção em 9 casos (17.6%).

A comparação dos 2 grupos pelo Teste de "Qui-quadrado" resulta:  $X^2 = 6.913$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente significativo.  $p < 0.01$ .

#### PESO DA PLACENTA

Distribuição de frequência, segundo o peso da placenta, empregando-se intervalo de classe com longitude de 50g.

Grupo Cócoras (Tabela 46; Figura 43):

Observa-se que a moda com 26 casos (16.8%) situa-se no intervalo 551-600 gramas. O peso mínimo avaliado foi de 380 e o máximo de 1040g. A média geral é de 616.8g com desvio padrão de 136.7. Pelo resultado do "Teste de Aderência" aceita-se a hipótese de que a distribuição é normal ( $\chi^2=9.4$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 46; Figura 43):

Observa-se que a moda encontra-se no intervalo 551-600 com 11 casos (21.6%). O peso mínimo avaliado foi de 451g e o maior foi de 910g. A média geral é de 612.2g com desvio padrão de 117.9. Pelo resultado do "Teste de Aderência" aceita-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=4.4$ ; G.L.=5).

A comparação entre os 2 grupos pelo teste de Student, resulta:  $t=0.219$ ; G.L.=204. Valor estatisticamente não significativo.

#### CORDÃO UMBILICAL

Grupo Cócoras (Tabela 47; Figura 44):

O cordão foi classificado como normal em 111 casos (71.2%). Em 36 casos (23.1%), constatou-se circular simples e em 6 (3.9%), circular dupla. Mais de duas circulares, brevidade e circular com nó foram observadas respectivamente em 3 casos. Resumindo, em 45 casos (28.8%) foi observado alguma alteração.

Grupo Litotomia (Tabela 47; Figura 44):

O cordão foi classificado como normal em 38 casos (74.5%) e com alterações em 13 (25.5%) assim discriminados: em 10 partos (19.6%), constatou-se circular simples. Foram ainda observados: 1 caso (2%) de circular dupla, 1 caso de mais de duas circulares e 1 caso de nó.

Comparando-se os 2 grupos através do Teste de "Qui-quadrado", obtém-se o resultado:  $\chi^2 = 0.215$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

#### APGAR AO PRIMEIRO MINUTO

Grupo Cócoras (Tabela 48; Figura 45):

A moda, com 108 casos (68.8%) e a mediana situaram-se no valor 9. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 9 e 10, respectivamente. O menor índice atribuído foi 6 em 2 casos (1.3%), e o maior 10 para 31 recém-nascidos (19.8%). Pelo resultado do "Teste de Aderência", afasta-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=502$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 48; Figura 45):

A moda com 37 casos (72.6%), assim como a mediana, situou-se no valor 9. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 8 e 9, respectivamente. O menor valor atribuído foi de 1 para 2 casos (4%), e o maior, 10 para 1 recém-nascido (2%). Em 4 casos (8%), o índice ficou abaixo de 7. Segundo o "Teste de Aderência", rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=176.6$ ; G.L.=5).

A comparação entre os 2 grupos através do teste de Mann-Whitney apresenta o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>CÁC.</sub> = 5101.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 2905.5
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da Média = 302.62043
- t = 3.628
- Valor estatisticamente significativo.  $p < 0.01$

#### APGAR AO QUINTO MINUTO

Grupo Cócoras (Tabela 49; Figura 46):

A moda, com 118 casos (75.2%) e a mediana, situaram-se no valor 10. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 10. O menor valor e único abaixo de 7, foi o índice 6, atribuído a 1 recém-nascido (0.6%). Pelo resultado do "Teste de Aderência", afasta-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2 = 630$  G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 49; Figura 46):

A moda com 35 casos (68.6%) e a mediana, situaram-se no valor 10. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 9 e 10, respectivamente. O menor índice atribuído foi 1 a 1 recém-nascido (2%). Em 3 casos (5.9%) o valor manteve-se inferior a 7. Pela aplicação do "Teste de Aderência", rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2 = 169.1$ ; G.L.=5).

A comparação dos 2 grupos, através do teste de Mann-Whitney, apresenta os seguintes resultados:

- Valor de "U"<sub>COC.</sub> = 4303.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3703.,5
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da média=286.58388
- t=1.047
- Valor estatisticamente não significativo.

#### IDADE DOS RECÉM-NASCIDOS

Distribuição de frequência segundo a idade do recém-nascido (índice de Capurro).

Grupo Cócoras (Tabela 50; Figura 47): A moda com 56 casos (36.1%) e a mediana situaram-se em 40 semanas. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 39 e 41 semanas respectivamente. O menor foi de 35 e o maior 43. O resultado do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $X^2=153.4$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 50; Figura 47):

A moda com 14 casos (28%) e a mediana situaram-se em 40 semanas. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 39 e 41 semanas, respectivamente. O menor valor observado foi de 35 e o maior 42. Segundo o "Teste de Aderência", deve-se rejeitar a hipótese de distribuição normal ( $X^2=29$ ; G.L.=5)

A comparação entre os 2 grupos, através do teste de Mann-Whitney, tem o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>C&C</sub> = 4038
- Valor de "U"<sub>LIT</sub> = 3712
- Média de "U" = 3875
- Variância da média = 353.71301
- t = 0.461
- Valor estatisticamente não significativo.

#### ALTURA DOS RECÉM-NASCIDOS

Distribuição de frequência, segundo a altura do recém-nascido.

Grupo Cócoras (Tabela 51; Figura 48):

A moda com 38 casos (24.5%) situou-se, assim como a mediana, em 50 centímetros. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 48 e 51 centímetros, respectivamente. A altura mínima foi de 41 e a máxima de 53. A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=62.0$ ; G.L.=5)

Grupo Litotomia (Tabela 51; Figura 48):

A moda, com 12 casos (24.5%), assim como a mediana, situou-se em 49 centímetros. O primeiro e terceiro quartil correspondem a 48 e 51 cm, respectivamente. A altura mínima foi de 45 e a máxima de 54 cm. O resultado do "Teste de Aderência" rejeita a hipótese de uma distribuição normal ( $\chi^2=24.6$ ; G.L.=5)

Comparando-se os 2 grupos através do teste de Mann-Whitney, obteve-se o seguinte resultado:

- Valor de "U"<sub>COC.</sub> = 3600
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 3995
- Média de "U" = 3797.5
- Variância da Média = 218.0759
- t = 0.906
- Valor estatisticamente não significativo

#### PESO DO RECÉM-NASCIDO

Distribuição de frequência, segundo o peso dos recém-nascidos, empregando-se intervalo de classe com longitude de 250 gramas.

##### Grupo Cócoras (Tabela 52; Figura 49):

A moda situou-se no intervalo 3251-3500g. O peso mínimo foi de 2470 e o máximo de 5210 gramas. A média geral foi de 3249, com desvio padrão de 451 gramas. Pelo Teste de "Aderência", aceita-se a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2=9.6$ ; G.L.=5)

##### Grupo Litotomia (Tabela 52; Figura 49):

A moda situou-se no intervalo 3001-3250g com 15 casos (29.4%). O peso mínimo foi de 2080g e o máximo de 4040g. A média geral foi de 3203.3g com o desvio padrão de 422.6. Segundo o "Teste de Aderência" empregado, a população apresenta distribuição normal ( $\chi^2= 5.6$ ; G.L.=5).

A comparação entre os 2 grupos, através do teste de Student tem como resultado:  $t=0.638$ ; G.L.=205. Valor estatisticamente não significativo.

## SEXO DOS RECÉM-NASCIDOS

Grupo Cócoras (Tabela 53):

Em 79 casos (50.3%), os recém-nascidos eram do sexo masculino e em 78 (49.7%) femininos.

Grupo Litotomia (Tabela 53):

Em 28 casos (56%), os recém-nascidos eram do sexo masculino e em 22 (44%) femininos.

A comparação entre os 2 grupos pelo teste do "Qui-quadrado" tem como resultado:  $X^2=0.490$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## MORBIDADES NEONATAIS

Grupo Cócoras (Tabela 54):

Distribuição de frequência segundo a ocorrência de morbidades em recém-nascidos.

Foram considerados normais, 146 casos (93%). Em 11 (7%), foram observadas morbidades, assim discriminadas: em 8 casos (5.1%) ocorreu icterícia fisiológica; em 2 (1.3%) foi diagnosticado SDR e em 1 caso (0.6%), incompatibilidade ABO.

Grupo Litotomia (Tabela 54):

Foram considerados normais 44 casos (86.3%). Em 7 casos (13.7%) foram registradas mórvidas, conforme segue: em 5 casos (9.8%) constatou-se icterícia fisiológica, em 1 (2%) anomalia congênita e em outro, trauma obstétrico.

Comparando-se os 2 grupos através do teste "Qui-quadrado" obteve-se o seguinte resultado:  $X^2=2.2$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.



## ESTADO DE SAÚDE DOS RECÉM-NASCIDOS

### Grupo Cócoras (Tabela 55):

O estado de saúde de 155 recém-nascidos (99.4%) foi registrado como "vivo e são". Ocorreu 1 caso de morte neonatal.

### Grupo Litotomia (Tabela 55):

Um total de 49 casos (96.1%) foi enquadrado como "vivo e são". Foram registrados 2 casos (3.9%) de morte neonatal.

A comparação entre os 2 grupos, através do teste do "Qui-quadrado" resultou:  $X^2 = 1.055$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## HEMORRAGIA NO PUERPÉRIO

### Grupo Cócoras (Tabela 56):

Não foi constatada anormalidade em 152 casos (96.8%). Das 5 gestantes (3.2%) com hemorragia, 3 delas (2%) tiveram como desencadeante a retenção da placenta ou de restos placentários; nos demais casos, as causas não foram esclarecidas.

### Grupo Litotomia (Tabela 56):

Apenas 1 caso (2%) de hemorragia puerperal foi registrada, sem que a causa tenha sido especificada.

A comparação entre os 2 grupos, através do teste do "Qui-quadrado" resultou:  $X^2 = 0.001$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## CURETAGEM

Distribuição de frequência segundo a necessidade de curetagem uterina no pós-parto.

Grupo Cócoras (Tabela 57):

Das 157 gestantes, somente em 2 casos (1.3%) foi necessário tal procedimento.

Grupo Litotomia (Tabela 57): Dos 51 casos, 2 (3.9%) exigiram curetagem.

A comparação entre os 2 grupos através do Teste do "Qui-quadrado", resultou:  $X^2 = 0,371$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## ESTADO DE SAÚDE DAS MÃES

Grupo Cócoras (Tabela 58):

Em 155 casos (98.7%) as mães foram consideradas clinicamente sadias. Duas puérperas (1.3%) apresentaram complicações médicas que, no entanto, não exigiram internação.

Grupo Litotomia (Tabela 58):

Em 50 casos (98%) as mães foram consideradas clinicamente sadias. Em 1 caso (2%) foi observado complicações médicas, não especificadas.

A comparação entre os 2 grupos através do teste do "Qui-quadrado", resultou:  $X^2 = 0,001$ ; G.L.=1. Valor estatisticamente não significativo.

## DIAS DE INTERNAÇÃO ANTES DO PARTO

Grupo Cócoras (Tabela 59): Em 126 casos (80.3%), a internação ocorreu no dia do parto. Em 3 (19.1%) um dia antes e em 1 caso (0.6%) a paciente internou-se 2 dias antes.

Grupo Litotomia (Tabela 59): A internação ocorreu no dia do parto em 41 casos (80%); em 9 (17.6%), procedeu-se no dia imediatamente anterior e em um caso, a internação ocorreu mais de 2 dias antes do parto.

A comparação dos 2 grupos, através do teste de Mann-Whitney tem como resultado:

- Valor de "U"<sub>CÓC.</sub> = 3998
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 4009
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da média = 257.6068
- t = 0.021
- Não Significativo.

## DIAS DE INTERNAÇÃO APÓS O PARTO

Grupo Cócoras (Tabela 60; Figura 50):

A moda, com 107 casos (68.2%), e a mediana situaram-se no 2º dia. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 2 e 4 dias, respectivamente. O número mínimo foi de 1 e o máximo de 6. A aplicação do "Teste de Aderência" afasta a hipótese de distribuição normal ( $\chi^2 = 490,5$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 60; Figura 50): A moda, com 40 casos (78.4%) e a mediana situaram-se no 2º dia. O primeiro e terceiro quartil corresponderam a 2 dias, respectivamente. O valor mínimo registrado foi 1 e o máximo 6.

Pelo resultado do "Teste de Aderência" rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=210.8$ ; G.L.=5).

A comparação entre os 2 grupos, pelo teste de Mann-Whitney, tem como resultado:

- Valor de "U"<sub>CSC.</sub> = 3313.5
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 4693.5
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da Média = 299.3083
- t = 2.305
- Valor estatisticamente significativo.  $p < 0.05$

#### DIAS DE INTERNAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS

Grupo Cócoras (Tabela 61; Figura 51):

A moda com 109 casos (69.4%) e a mediana situaram-se no 2º dia. O primeiro e terceiro quartil corresponderam, identicamente, a 2 dias. O valor mínimo foi 1 e o máximo 6. Pelo "Teste de Aderência" afasta-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2= 507.2$ ; G.L.=5).

Grupo Litotomia (Tabela 61; Figura 51):

A moda com 39 casos (76.5%) e a mediana situaram-se no 2º dia. O primeiro e terceiro quartil correspondem ao 2º dia. O valor mínimo foi 1 e o máximo 5. Pelo resultado do "Teste de Aderência", rejeita-se a hipótese de distribuição normal ( $X^2=203.9$ ; G.L.=5).

A comparação entre os 2 grupos através do teste de Mann-Whitney resultou:

- Valor de "U"<sub>CSC.</sub> = 3447
- Valor de "U"<sub>LIT.</sub> = 4560
- Média de "U" = 4003.5
- Variância da média = 297.6688
- t = 1.870
- Valor estatisticamente significativo  $p < 0.05$

## DISCUSSÃO

Uma das razões de ser do "Grupo de Parto Alternativo", como já referimos anteriormente, é possibilitar a parturiente adotar a posição que lhe aprouver no momento do parto. É costume afirmar-se às pessoas interessadas que a cesárea é a única forma de parto que não lhes está a disposição, uma vez que só é realizada por precisa indicação médica. Na realidade, condições técnicas também impõe limites. Assim, seria inviável a realização de parto sob a água, segundo o postulado por Igor Tcharkosky da escola russa (7) e por Odent (60) na França, pois o processo exige uma infra-estrutura que não se dispõe no momento.

As grávidas que buscaram participar do Grupo, solicitaram especificamente a posição de cócoras, que acabou sendo a única adotada. Entretanto, o fato de ter escolhido uma determinada posição não impede, no desenrolar do processo, que a parturiente mude de opinião adotando a posição de decúbito supino.

Esta liberdade de decisão certamente tem influência sobre as formas de término do parto. Entretanto, pode-se observar que é bastante significativo o índice de mulheres "civilizadas" que tem tido sucesso na sua intenção de ter filho em posição de cócoras. Aliás, este índice de aproximadamente 63%, tem se mostrado constante nos

diferentes estudos realizados no decorrer do tempo com distintos números de casos (74), (77), (78).

Por respeito a esta liberdade de escolha, até hoje não foi formado um "Grupo Controle" com características aleatórias "sensu lato", pois isto implicaria em posicionar a parturiente desta ou daquela maneira, independentemente de sua preferência. Entretanto, esta atitude, do ponto de vista científico, tem um custo, pois ficamos sem valores de referência para podermos tirar conclusões mais precisas. Assim sendo, este trabalho, como já foi salientado na introdução, tem como objetivo principal descrever o que ocorreu nos dois grupos, Cócoras e Litotomia. Para maior informação, realizamos a comparação estatística visando evidenciar e confirmar cientificamente o grau de divergência entre ambos. Do mesmo modo, na presente discussão nos referiremos com bastante frequência, e quando pertinente, à comparação com a população atendida na Maternidade da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (população geral) com o intuito de apresentar pontos de referência, mas tendo sempre em conta a existência de grandes diferenças entre as populações, sob vários aspectos, entre os quais destacam-se as sócio-culturais, que se pode constatar nitidamente através do estudo da variável "escolaridade".

#### IDADE MATERNA

Na avaliação das idades, chama a atenção que apesar do número considerável de integrantes do Grupo Cócoras, 157

casos, não há aproximação da distribuição normal. A simples observação (Figura 1, Tabela 1), faz supor um caráter bimodal, com modas nos intervalos de classe 22-23 e 26-27 anos. Observa-se ainda, que as gestantes apresentavam-se, predo-minantemente, na faixa etária considerada ideal para a reprodução, ou seja, entre 20 e 35 anos. É importante ressaltar a ocorrência de 10 grávidas menores de 20 anos consideradas pelas padrões da Organização Mundial de Saúde como adolescentes (61). Esse número equivaleu a mais de 2/3 do total de adolescentes que participaram do "Grupo de Parto Alternativo". Vale salientar, que este total correspondeu a 6,3%, percentagem bem inferior aos 22,6% observado por Pinto e Silva (66) na população geral da mesma maternidade, qual seja da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP).

Apesar do número reduzido de gestantes em idade mais avançada, (6 casos ao redor de 35 anos) parece-nos válido concluir que as idades extremas, por si só, não se constituiriam em óbices para a adoção da posição de cócoras por ocasião do parto.

No Grupo Litotomia, as gestantes também apresentavam-se dentro da faixa etária ideal. Apenas 3 adolescentes e uma grávida acima de 35 anos foram observadas.

Estatisticamente não houve diferença em relação ao grupo cócoras.

---

A idade não se constituiu em impedimento para a adoção da posição de cócoras.

---

#### ESTADO CIVIL

Analisando-se o Grupo Cócoras quanto ao estado civil, observamos que a maioria das gestantes (87,3%) possuem companheiro estável, ou seja, são casadas ou amasiadas. Este valor é significativamente superior aos 72.8% constatados por Sabatino e colaboradores (76) numa amostra da população geral atendida na Maternidade da FCM/UNICAMP. Considerando-se isoladamente as casadas, verificamos que elas correspondem a 75.2% do total de grávidas, ao contrário da população citada acima, onde elas não chegam a 50% .

Quanto as amasiadas e solteiras elas aparecem numa percentagem inferior a observada na população geral 12,1% contra 25,5% e 10% contra 25,6%, respectivamente. Já as desquitadas superam em quase 3 vezes os 0,9% estimados na amostra das parturientes atendidas na Maternidade, indicando que as mesmas estão procurando o Grupo de Parto Alternativo e que estão, proporcionalmente, sendo bem sucedidas nas suas intenções de dar à luz em posição de cócoras .



No Grupo Litotomia chama atenção a ausência de grávidas com estado civil desquitada. Tal fato poderia estar associado ao baixo número de casos. Apesar de não ter sido encontrada diferença significativa, verifica-se neste grupo, 5,5% a mais de solteiras que no Grupo Cócoras. Este achado deverá ser motivo de maiores observações.

---

O estado civil não parece ser impedimento para a adoção da posição de cócoras.

---

#### ESCOLARIDADE

A análise da escolaridade revela, no Grupo Cócoras, uma alta proporção (76,5%) de grávidas com 12 ou mais anos de estudo. Este achado nos permite concluir que o grupo está composto em sua maioria, por profissionais e por estudantes universitárias. Tal fato o coloca situação especial de avaliação e permite diferenciá-lo nitidamente da escolaridade da população geral da FCM/UNICAMP que segundo o trabalho de Sabatino e colaboradores (76), apenas 13,1% tem 5 ou mais anos de estudo.

No Grupo Litotomia encontramos valores semelhantes aqueles do Grupo Cócoras.

---

Apesar de uma reduzida incidência de grávidas com baixa escolaridade, esta condição não foi impedimento para a adoção da posição de cócoras.

---

#### ALTURA DAS MÃES

A baixa estatura da grávida, segundo Nesbitt e colaboradores (58), Goujard e colaboradores (31), pode estar associada ao aparecimento de problemas no momento da parturição. A análise das alturas das gestantes do Grupo Cócoras revela uma média de 161 cm e desvio padrão de 6,5 cm. Este valor é superior aquele verificado para a população geral da mesma maternidade (66). Contudo, 3 mulheres possuíam estatura inferior a 150 cm tendo a mais baixa 145 centímetros, o que não afetou o bom desenrolar do processo.

No Grupo Litotomia, a média de altura das gestantes foi de 162 cm com desvio padrão de 5,8 cm, portanto, superior a constatada no Grupo Cócoras, mas que estatisticamente não foi significativa.

---

Ainda que reduzido, estes números sugerem que a altura das mães, por si, não se constituiu fator de impedimento para a eleição da posição na hora do parto.

---

#### IDADE NA MENARCA

A mediana das idades maternas por ocasião do aparecimento da menarca, no Grupo Cócoras situou-se aos 13 anos, à semelhança da população geral da maternidade da FCM/UNICAMP (66). Similar também, ao encontrado por Lima

(42) em um grupo de mulheres adultas, na cidade de Presidente Prudente.

Do ponto de vista clínico, a idade do aparecimento da primeira menstruação constitui-se em sinal indireto do desenvolvimento hormono-sexual. Esta variável foi incluída em nosso trabalho para fornecer-nos um idéia deste desenvolvimento, em cada um dos grupos analisados.

Com base nos resultados, podemos concluir que, sob este aspecto, os grupos são semelhantes.

#### PADRÃO MENSTRUAL

O estudo do padrão menstrual revelou que 2/3 das mulheres do Grupo Cócoras apresentam menstruações de forma regular. Esta proporção é semelhante ao que se verifica na população geral da Maternidade (46).

No Grupo Litotomia, observa-se uma percentagem de mulheres com padrão menstrual regular muito próximo ao verificado no Grupo Cócoras.

Do mesmo modo que a variável anterior, o padrão menstrual constitui-se em sinal indireto do funcionamento dos sistemas hormonal e reprodutor.

Vê-se, pelos resultados, que há semelhança entre ambos os grupos.

## ANTICONCEPCÃO

Entre as integrantes do Grupo Cócoras, observamos que 65% delas relataram que não faziam o uso de qualquer tipo de contraceptivo, previamente a esta gravidez. Isto representa 2.2% acima do índice encontrado em uma amostra de gestantes da população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP (66).

Dado que o Grupo Cócoras está composto por um elevado índice de escolaridade, era de se esperar um maior número de mulheres com uso de anticoncepção. Todavia, quando analisamos esta variável, considerando somente as gestantes com 12 ou mais anos de estudo, o índice de mulheres que não fazem uso de anticoncepção é ainda mais alto, atingindo 68%.

O Grupo Litotomia não apresenta diferença significativa em relação ao Grupo Cócoras, ainda que a proporção de mulheres que não usaram anticoncepção seja 10% menor.

Considerando-se os 2 grupos, podemos concluir que houve em relação ao não uso de anticoncepção, um comportamento não esperado, já que quanto mais alto o nível sócio-econômico e cultural, maior é o uso de técnicas anticonceptivas (84).

Dado que esta variável está sujeita a outros aspectos não consideradas no momento da obtenção da informação, pensamos que a variável em questão deverá ser motivos de estudo mais acurado.

#### NÚMERO DE GESTAÇÕES.

Analisando-se a distribuição de frequência segundo o número de gestações, podemos constatar que para 75.8% das gestantes do Grupo Cócoras, esta correspondia a primeira ou segunda gravidez. Este valor supera os 50% observados na população geral da mesma maternidade (46).

No Grupo Litotomia, observa-se que o número de primigestas é 10% superior ao verificado no Grupo Cócoras e juntamente com as secundigestas totalizam 82.3% das grávidas.

Estas diferenças, no entanto, estatisticamente não são significativas.

---

O número de gestações não parece ser impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

#### NÚMERO DE PARTOS.

Analisando-se o Grupo Cócoras quanto ao número de partos observa-se que 68.1% das gestantes são nulíparas. Esta cifra supera em muito os 28.7% observados na população geral da mesma maternidade (76).

No Grupo Litotomia, a distribuição em função do número de partos, permite verificar que os valores não

diferem significativamente daqueles descritos para o Grupo Cócoras.

A maior incidência de nulíparas pode ser explicada pelo interesse de gestantes, que ainda não tiveram experiência de parto, vem demonstrando pelos métodos alternativos. Certamente que os veículos de comunicação, como revistas, jornais e televisão, ao abordar o tema, e o vem fazendo seguidamente, exercem importante papel no determinismo deste comportamento.

---

A paridade não foi impedimento para a adotar a posição de cócoras.

---

#### NÚMERO DE ABORTOS

Um ou mais abortos foram referidos por 32.5% das gestantes do Grupo Cócoras. Quando comparada com a população geral da mesma Maternidade (76), este valor é 8% superior. Desse total de abortos, 70,6% correspondem a abortos provocados.

A análise da incidência de abortos no Grupo Litotomia revela que 29,4% das gestantes já apresentaram um ou mais abortos. Isto representa 5% a mais que o encontrado para a população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP. Do total de abortos, 60% foram provocados.

Levando-se em conta ambos os grupos, observa-se que os antecedentes de aborto aparecem em maior frequência que na população geral da mesma maternidade. Acreditamos que este fato esteja associado ao maior nível sócio-econômico das gestantes e principalmente, ao pouco uso de métodos anticonceptivos.

---

O antecedente de aborto, espontâneo ou provocado, não parece ser impedimento para a adotar a posição de cócoras.

---

#### ANTECEDENTES MÓRBIDOS

No Grupo Cócoras, 30,8% das gestantes referiram a existência de morbidades em gestações anteriores. A infecção urinária foi a mais citada, aparecendo em 16% dos casos. Esses valores não diferem muito do que foi encontrado na população geral da mesma Maternidade (46), onde o estado mórbido foi referido por 34% das mulheres, tendo a infecção urinária participado com 18% dos casos.

A incidência de morbidades em gestações anteriores entre as integrantes do Grupo Litotomia, é muito semelhante aquela descrita para o Grupo Cócoras. São referidas morbidades por 1/3 das gestantes, sendo que a infecção urinária contribui praticamente com 1/2 dos casos (15,7%). Chama a atenção a ocorrência de cirurgia abdominal em 7,8% dos casos, valor que é superior inclusive aqueles da

população geral ainda que estatisticamente esta diferença não seja significativa.

A alta incidência de cirurgias abdominais se deve ao fato de, inicialmente, serem aceitas no Grupo gestantes com antecedentes de cesáreas. Dado que existem evidências de que a pressão intra-uterina durante os puxos é maior na posição de cócoras (75), a presença de uma cicatriz uterina pode ser um fator de risco.

Assim, pensamos que os casos de cirurgia abdominal, que determinem cicatrizes uterinas, devam ser motivos de estudos mais acurados.

---

Apesar de ser um grupo de baixo risco as proporções de antecedentes mórbidos como: tuberculose, sífilis, cardiopatias, infecção urinária e hipertensão não se constituíram impedimento para a adotar a posição de cócoras.

---

#### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PATOLÓGICOS

Antecedentes obstétricos patológicos foram referidos por 7,7% das gestantes do Grupo Cócoras, valor muito inferior aos 23% vistos na população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP (46). Este índice corresponde ao esperado, por se tratar de um grupo de baixo risco.



No Grupo Litotomia, a incidência de antecedentes obstétricos patológicos foi semelhante a que ocorreu no Grupo Cócoras.

---

Apesar de ser um grupo de baixo risco, as proporções de antecedentes obstétricos patológicos, tais como toxemia, metrorragia (da gravidez e pós-parto) e partos prematuros não foram impedimento para a adotar a posição de cócoras.

---

#### INÍCIO DO PRÉ-NATAL.

Analisando-se o mês gestacional em que as grávidas do Grupo Cócoras buscaram o serviço de pré-natal, observamos que 25% delas, o fizeram no 3º mês. Até o 5º mês, praticamente 3/4 das gestantes já estavam realizando consultas ao pré-natal.

Esses valores são superiores aos constatados por Pinto e Silva (66) em uma amostra de 814 casos da população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP

Observa-se no Grupo Litotomia comportamento semelhante ao verificado no Grupo Cócoras

---

Apesar de ser um grupo que procurou precocemente o serviço de pré-natal, não parece ser, a falta deste controle precoce, um fator de impedimento para a adotar a posição de cócoras.

---

## NÚMERO DE CONSULTAS

Observa-se no Grupo Cócoras uma grande proporção de gestantes, aproximadamente 48%, com 8 ou mais consultas médicas realizadas ao pré-natal; 17,9% das gestantes realizaram 4 consultas ou menos, dentre as quais 2 nunca compareceram. Estas constatações contrastam com aquelas observadas na população geral da mesma maternidade (46) onde apenas 14% das gestantes realizaram um mínimo de 8 consultas, em contrapartida 61,3% consultaram menos de 5 vezes.

O Grupo Litotomia apresentou um comportamento semelhante ao verificado no Grupo Cócoras. Ressalte-se, entretanto, que o menor número de consultas foi 4, observado em apenas 3,9% das gestantes.

O precoce início do pré-natal, assim como, a proporção elevada de consultas médicas realizadas, nos sugere de forma indireta, que as gestantes integrantes de ambos os grupos estavam preocupadas com sua gestação e preparação, colaborando durante todo o período gestacional.

---

O número de consultas ao pré-natal não foi fator de impedimento para a adotar a posição de cócoras.

---

## PRESSÃO ARTERIAL

No Grupo Cócoras o comportamento da pressão arterial foi considerado normal em 92.4 das gestantes . A hipotensão foi diagnosticada em 4.8%; e a hipertensão, em 3.8% dos casos.

Estes valores são distintos daqueles observados na população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP (46), onde foram estimados em 73.4% de casos normais, 1.9% de casos com hipotensão e de 33.9% de casos com hipertensão.

Chama atenção o maior número de hipotensões verificado no Grupo Cócoras. Quanto a hipertensão, a diferença era esperada devido as características de baixo risco do citado grupo.

No Grupo Litotomia não foram constatadas níveis tensionais fora dos limites fisiológicos.

Os casos de hipotensão no Grupo Cócoras ocorreram em parturientes que foram mantidas acocoradas enquanto se aguardava a dequitação. Esta constatação estimularam estudos que determinaram modificação na técnica utilizada. A adoção da "posição cócoras-supina" (23), (25), que consiste em passar a gestante ao decúbito supino imediatamente após o nascimento da criança, levou a uma menor perda sanguínea e concomitantemente, a uma menor incidência de hipotensão.

## TOXEMIA

Foram registrados, no Grupo Cócoras, 5 casos de hipertensão leve e 1 de hipertensão moderada. Estes 6 casos, que correspondem a 3.8% do total, foram considerados como "provável" toxemia. Tais índices são bastante inferiores aos 20.6% observados na população geral da mesma maternidade (46).

No Grupo Litotomia não foi registrado nenhum caso de toxemia.

A baixa incidência de toxemia pode ser explicada pela presença de gestantes com alto nível sócio-econômico, pelo adequado controle pré-natal e pela eliminação dos raros casos que apresentaram agravamento da doença durante o período gestacional que precedeu o trabalho de parto. Os casos de toxemia, leve ou moderada, sem sinais de comprometimento fetal, observados durante o trabalho de parto, foram mantidos no estudo, permitindo-se a adoção da posição de cócoras.

---

Apesar do reduzido número de casos, a ocorrência de toxemia, leve ou moderada, não foi fator de impedimento para adoção da posição de cócoras.

---

## INFECCÃO NA GRAVIDEZ

Foram registrados casos de infecção em 2.5% das gestantes do Grupo Cócoras, sendo a metade dos casos, de infecção urinária. As proporções observadas são semelhantes as encontradas por Pinto e Silva (66) ao estudar gestantes adultas da mesma maternidade. Já, a sífilis, foi diagnosticada em apenas 0.6% das gestantes, índice bastante inferior ao relatado pelo citado autor.

No Grupo Litotomia há, apenas, um caso de infecção registrado, porém, não especificado quanto o tipo.

---

Apesar do reduzido número de casos, a ocorrência de infecção durante a gestação, não foi fator de impedimento para adoção da posição de cócoras.

---

## HEMORRAGIAS

O estudo da incidência de hemorragias na gravidez revela que 98,8% das gestantes do Grupo Cócoras não tiveram este tipo de problema. Apenas 2 casos o apresentaram, sendo um no primeiro trimestre e outro não especificado.

No Grupo Litotomia foi registrado somente um caso de hemorragia, que ocorreu no primeiro trimestre.

---

Apesar do reduzido número de casos, a ocorrência de hemorragia no primeiro trimestre não foi fator de impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

## TABAGISMO

No Grupo Cócoras referiram não ter fumado durante a gestação, 84,2% das gestantes. Destas, 61,6% são "não fumantes". Em contrapartida, 13,1% afirmam ter fumado além do 4º mês de gestação, valor este pouco inferior aos 16,8% observados na população geral da mesma maternidade (46)

No Grupo Litotomia, observou-se uma menor proporção de gestantes que não fumaram na gravidez (72,9%). Fizeram uso do cigarro, além do 4º mês de gestação, 25% das grávidas, valor que supera aquele observado na população geral da mesma maternidade (46).

---

O hábito de fumar, ou não, não parece ser fator de impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

## GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO

Não existe um consenso a cerca do peso ideal a ser adquirido na gravidez. Segundo Pritchard e MacDonald (63) em uma gravidez de feto único, o ganho de 9 kg pode ser atribuído a alterações fisiológicas. Para Chesley (15), a variação média ideal é de 13 a 13,5 kg. Num estudo, onde considera a opinião de 17 autores, sendo 6 nacionais, Penedo

(64) encontrou como média, um ganho de 11,5 kg com um desvio padrão de 1,4 kg.

Tendo a mediana se situado em 11 kg e a moda entre 12 e 14 kg, mesmo que 1/4 das gestantes tenham ganho 8 kg ou menos, podemos considerar que a diferença ponderal, encontrada nas gestantes do Grupo Cócoras, está dentro desta faixa.

O ganho de peso pelas gestantes do Grupo Litotomia, teve como mediana 10 kg, contudo, a moda situou-se entre 6 e 8 kg. Observa-se, portanto, uma incidência menor de mulheres que ganharam mais peso. Esta diferença, em relação ao Grupo Cócoras, é estatisticamente significativa.

Devido ao fato de que variáveis diretamente associadas ao ganho de peso materno na gestação (altura da mãe, idade gestacional, ocorrência de edema, peso da placenta, quantidade de líquido ovular, peso e altura do recém-nascido) apresentarem comportamento similar em ambos os grupos, não foi possível encontrar uma explicação para a maior concentração de gestantes que ganharam mais peso, no Grupo Cócoras, devendo ser futuramente motivo de estudos mais acurados.

Finalizando, é importante registrar a impressão generalizada dos médicos da equipe, que as gestantes de nossa população apresentam uma inclinação para a adoção de dietas naturalistas, vegetarianas. Este aspecto, não

quantificado poderia ser um fator a influenciar os resultados.

---

O maior ganho de peso, durante a gravidez, não parece ser impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

#### IDADE GESTACIONAL

O estudo da idade gestacional por ocasião do parto, revelou que no Grupo Cócoras, esta variável oscilou, predominantemente, entre 36 e 42 semanas. Assim, com exceção de 3 casos com 43 semanas de amenorréia, os demais constituíam-se de gestações a termo.

No Grupo Litotomia, a idade gestacional pode ser considerada semelhante ao do Grupo Cócoras, ressalte-se contudo, a existência de 2 casos com 34 e 35 semanas, respectivamente.

Apesar ter sido estabelecido, para a inclusão entre os casos de parto de cócoras, um limite inferior de 37 semanas de amenorréia, observamos que por três vezes ele não foi respeitado, tendo sido aceito gestações com 36 semanas. Isto ocorreu face a suspeita clínica de erro de cálculo da idade gestacional por má informação da data da última menstruação, por parte da grávida. Tais suspeitas foram posteriormente confirmadas através do método de Capurro, que



estimou para 2 recém-nascidos a idade de 37 semanas e para o terceiro, 41 semanas.

---

A idade gestacional não foi impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

#### ALTURA UTERINA

Embora haja variado de 28 a 47 cm, a altura uterina ao final da gestação, nas gestantes do Grupo Cócoras, apresentou padrões muito próximos dos observados na população geral da Maternidade (46), onde a mediana e a moda situaram-se entre 33-34 cm.

Os valores da altura uterina observados nas gestantes do Grupo Litotomia, apresentaram comportamento semelhante aos do Grupo Cócoras.

Esta variável foi incluída no presente trabalho com a finalidade de se conhecer clinicamente o estado de crescimento fetal, apresentado na hora do parto, bem como, para controlar a inclusão de casos no estudo, para o que se utilizou o seguinte critério: Quando esta variável apresentava-se fora dos limites normais, segundo a curva de Belizan, realizavam-se estudos mais acurados, como ecografia para a constatação do crescimento intra-uterino e monitorização para aferição do desenvolvimento. Na ausência de alterações o caso era mantido.

## OCORRÊNCIA DE EDEMA

O estudo sobre a ocorrência de edema em gestantes do Grupo Cócoras revelou uma baixa incidência (19%) em relação ao verificado na população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP, onde o mesmo foi diagnosticado em 36,6% das parturientes (46).

A ocorrência de edema foi verificado em 29,4% das gestantes do Grupo Litotomia. Embora não haja diferença estatística significativa em relação ao Grupo Cócoras, este índice é 10,4% superior, aproximando-se daquele verificado na população geral da Maternidade.

A baixa incidência relativa de edema e uma alta ocorrência, também relativa, de ganho de peso na gestação, são achados aparentemente contraditórios e necessitam de estudos mais acurados.

---

A presença de edema, não foi impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

## FORMA DE INÍCIO DO PARTO

No Grupo Cócoras, houve a necessidade de iniciar-se o parto através da indução com ocitocina em 5,1% dos casos.

A forma de início do parto em gestantes do Grupo Litotomia, foi semelhante aquela verificada no Grupo Cócoras.

---

A forma de início do parto mediante a indução com ocitocina não se constituiu impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

#### MOMENTO DE RUPTURA DAS MEMBRANAS

O estudo do momento em que ocorreu a ruptura das membranas em parturientes do Grupo Cócoras, revelou que em aproximadamente 70% dos casos, o fenômeno ocorreu após os 5 cm de dilatação, sendo que em 25,6% das gestantes, a mesma superava os 9 cm. Estes valores são semelhantes aos observados na população geral da mesma maternidade (46). Tal fato está de acordo com trabalhos (16), (44), que afirmam que as posições verticalizadas não determinam o rompimento precoce das membranas.

No estudo realizado sobre a ruptura das membranas, no Grupo Litotomia, não foram observadas diferenças significativas em relação ao Grupo Cócoras. Contudo, chama atenção um índice de 19,6% de membranas que romperam de forma prematura, antes do início do trabalho de parto. Este valor supera em 8% o observado no citado grupo e em 5,6%

aquele verificado na população geral da mesma Maternidade (46).

A maior concentração destes casos de ruptura prematura de membranas no Grupo Litotomia, é provavelmente consequência da maior duração do trabalho de parto, geralmente presente nesses casos.

---

o momento da ruptura das membranas ovulares durante o parto não foi impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

#### ESTADO DO LÍQUIDO OVULAR

A presença de mecônio no líquido amniótico foi constatado em 25.6% das gestantes do Grupo Cócoras, proporção inferior aos 32.2% observada por Sabatino (76) para a população da mesma maternidade.

Nos 6 casos em que foi constatado mecônio espesso, os batimentos cardíacos fetais mantiveram-se sem alterações. O Apgar ao 1º minuto foi de 9 em 5 casos e de 10 no outro. Foi diagnosticado em 1 recém-nascido, Síndrome de Dificuldade Respiratória; esta baixa incidência de problemas respiratórios, poderia ser devida ao aparecimento do mecônio na fase final do parto, o que reduziria a chance de aspiração; por outro lado, poderia estar comprovando o argumento de muitos partidários das posições verticalizadas,

de que estas facilitam a drenagem das vias aéreas mais facilmente, dada a ação da gravidade.

No Grupo Litotomia o mecônio foi constatado em 29.4% dos casos, valor mais próximo daquele observado na citada população geral.

A menor incidência de mecônio pode ser explicado pelo fato de se tratar de uma população de baixo-risco.

---

O estado do líquido ovular não foi impedimento para adoção da posição de cócoras.

---

#### QUANTIDADE DO LÍQUIDO OVULAR

No Grupo Cócoras, apenas em 1 caso (0.7%) a quantidade do líquido ovular não foi considerada normal, mas sim, reduzida. Este índice é inferior ao encontrado na população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP (46).

No Grupo Litotomia também foi registrado 1 caso de alteração na quantidade de líquido amniótico, que foi considerada aumentada. Assim como no Grupo Cócoras, este fato corresponde as expectativas, uma vez que se tratam de gestações de baixo-risco.

## BATIMENTOS CÁRDIO-FETAIS

No Grupo Cócoras, alterações nos batimentos cardíacos do feto foram constatados em 10 casos (6.4%), dos quais, 6 foram caracterizados como DIP tipo II. O percentual destas alterações, tanto em conjunto como individualmente, são inferiores aqueles observados na população geral da maternidade (46), onde as variações ocorreram em 16.4% dos casos, sendo que DIP do tipo II foi observado em 5% do total de casos. Os resultados obtidos correspondem ao esperado, já que o grupo em estudo se constitui de gestações de baixo-risco. Por outro lado, nos permite concluir que o método não contribuiu para o aparecimento de DIP tipo II diagnosticados clinicamente e confirmados através de controle eletrônico dos batimentos cardíacos fetais, por Sabatino e colaboradores (75).

No Grupo Litotomia foram observadas proporções semelhantes às verificadas no Grupo Cócoras

---

A adoção da posição de cócoras não determinou anormalidades nos batimentos cardíacos fetais.

---

## NÚMERO DE TOQUES

No Grupo Cócoras, a mediana referente aos toques vaginais realizados foi de 2 toques com a moda de 1 toque.

Estes valores correspondem aos observados na população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP (46).

No Grupo Litotomia, a mediana situou-se em 3 toques. A simples observação da Figura 28 nos permite verificar a realização de maior número de toques neste grupo. Esta diferença é estatisticamente significativa.

O maior número de toques no Grupo Litotomia pode ser explicado pela duração do trabalho de parto, mais prolongado, que obriga a realização de mais exames vaginais para controle da evolução da dilatação do colo.

---

No Grupo Cócoras foi menor a realização de toques vaginais

---

#### ANALGESIA DURANTE O PERÍODO DE DILATAÇÃO

O estudo sobre o emprego de analgesia em gestantes do Grupo Cócoras durante o período de dilatação, revelou que a mesma foi empregada em menos de 2% dos casos. Cabe ressaltar que esta variável pode constituir-se em fator limitante da presença de uma grávida no Grupo Cócoras, uma vez que após o uso de anestesia, dificilmente a parturiente poderá adotar a citada posição, dado que a técnica empregada nestes casos, provoca a perda da função motora dos membros inferiores. Isto exige uma criteriosa ponderação destes resultados, já que os casos que solicitaram anestesia passaram automaticamente ao Grupo Litotomia. Ratificando o

que afirmamos, podemos observar na Tabela 31, que o uso de benzodiazepínicos é exclusivo do Grupo Cócoras, enquanto que os bloqueios correspondem a casos do Grupo Litotomia.

Não obstante, o uso de anestesia em ambos os grupos (12,5%), pode ser considerado baixo, se comparado ao estudo de Flynn e colaboradores, que relata um total de 41%.

---

O uso de bloqueio epidural foi um fator de impedimento para a utilização da posição de cócoras.

\* \* \*

Sem considerar a posição, a analgesia foi pouco utilizada no período de dilatação.

---

#### USO DE OCITOCINA

A ocitocina foi empregada em 17,8% das gestantes do Grupo Cócoras, sendo que na maioria das vezes (9,6%) com a finalidade de condução do parto. Na população geral da mesma maternidade (46), esse índice atinge a 26%, sendo que a principal indicação é, também, a condução do parto numa proporção de 17,8%.

No Grupo Litotomia, a ocitocina foi empregada em 37,3% dos casos, superando significativamente os índices do Grupo Cócoras e da população geral. Em 1/4 do total de casos, sua utilização visava a condução do parto.

A maior utilização de ocitocina neste grupo estaria de acordo com outros achados que justificariam seu uso,



como: maior duração do período de dilatação nas nulíparas, maior emprego de analgesia, maior necessidade de conduzir o trabalho de parto

---

O menor uso de ocitocina no Grupo Cócoras foi significativo, e este pode ser um fator de adoção da posição de cócoras.

---

#### DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO

Afim de eliminarmos a influência da paridade na duração do período expulsivo, as gestantes foram distribuídas em 2 subgrupos: "nulíparas" e "multíparas". Entre as nulíparas do Grupo Cócoras observamos que a mediana situou-se em 600 minutos (10h) com a moda nos intervalos 201-400 e 401-600 minutos. Em 9% dos casos aproximadamente, este período foi superior a 1440 minutos (24h).

No Grupo Litotomia, as nulíparas tiveram a sua mediana em 765 minutos (12h 45min), tendo a moda situado-se no intervalo 601-800 minutos.

Observa-se, assim, uma diferença significativa quanto a duração do período de dilatação em relação ao Grupo Cócoras, que apresenta a nível de mediana, uma duração de 21,6% inferior.

É evidente que esta diferença não pode ser atribuída a posição que seria adotada no momento do parto. Pode, no entanto, ter exercido grande influência sobre as

parturientes, fazendo-as abandonar a idéia de dar à luz em posição de cócoras.

Quando se observa a proporção de gestantes, cuja duração do período de dilatação se prolongou acima de 1440 minutos (24h), conclui-se que praticamente os 2 grupos não diferem.

---

A duração do período de dilatação nas nulíparas foi menor e este pode ser um fator de adoção da posição de cócoras.

---

Ao analisar-se a duração do período de dilatação entre as múltiparas do Grupo Cócoras, observamos a mediana situada em 405 minutos (6h 45min) e a moda no intervalo 201-400 minutos. Apenas 1 caso teve este período prolongado até 1500 minutos (25h), aproximadamente.

No Grupo Litotomia, não se constatou diferença significativa em relação ao Grupo Cócoras, ainda que, ao contrário do observado nas nulíparas, a mediana tenha sido 360 minutos (6h), ou seja 11,1% menor. Em 2 casos, o período de dilatação se prolongou por 1515 minutos (25h 15min), o que permite considerá-los distócicos.

---

A duração do período de dilatação nas múltiparas pode ser um fator de adoção da posição de cócoras.

---

#### DURAÇÃO DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO AO PARTO

O estudo desta variável revelou para as nulíparas do Grupo Cócoras, uma mediana de 288 minutos (4h 48min). Em 77,3% dos casos, o parto ocorreu dentro dos primeiros 600 minutos (10h).

No Grupo Litotomia, a duração do período de internação até o parto, nas nulíparas, teve como mediana 420 minutos (7h), valor significativamente maior que o observado no Grupo Cócoras.

Ao se tratar das múltiparas, observamos que no Grupo Cócoras, a mediana situou-se em 114 minutos (1h 54min) e que mais de 3/4 da população já havia dado à luz após 360 minutos (3h) de internação.

Já as múltiparas, do Grupo Litotomia, apresentaram índices semelhantes aqueles observados entre suas correspondentes do Grupo Cócoras.

Ainda que discutível o significado desta variável, já que o momento da internação em relação ao trabalho de parto, varia de gestante para gestante, o valor encontrado para o Grupo Cócoras, dado as suas características de baixo-risco e normalidade, pode ser considerado como ideal, uma vez que um período de hospitalização inadequado pode provocar alterações principalmente na esfera psíquica com possíveis repercussões negativas na evolução do processo.

#### DURAÇÃO DO PERÍODO DE MEMBRANAS ROTAS

No Grupo Cócoras, o espaço de tempo entre o rompimento das membranas e o parto, teve como mediana 78 minutos, sendo que em mais da metade da população, este período correspondeu a 120 minutos ou menos. Acima de 1080 minutos (18h), foram observados apenas 2,6% dos casos.

Estes valores são semelhantes aos registrados na população geral da mesma maternidade (46), com exceção da faixa acima dos 1080 minutos, que na citada população chega a 9,8% .

No Grupo Litotomia, a mediana situou-se em 132 minutos (2h 12min) e 12,5% da população, apresentou membranas rotas por um período superior a 1080 minutos (18h). Contudo, não foram evidenciadas diferenças significativas em relação ao Grupo Cócoras.

O critério de ruptura das membranas seguiu as normas do Departamento de Tocoginecologia. Foram exceção os primeiros casos, onde se procedeu a ruptura aos 4 centímetros de dilatação cervical, visando a instalação de cateter intra-amniótico e eletrodos cefálicos, para estudo da pressão intra-uterina e batimentos cardíaco-fetais.

Não obstante isto, observamos que a distribuição do momento da ruptura das membranas e o período de tempo entre

esta ruptura e o parto não parecem ter acarretado maiores consequências.

---

A duração do período de tempo de membranas rotas não foi impedimento para adoção da posição de cócoras.

---

#### ANALGESIA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO

No Grupo Cócoras, a única analgesia empregada no período expulsivo, foi sob forma de anestesia local para a realização da episiotomia e sua rafia. Este índice adquire particular importância por se tratar de um grupo onde 68,1% das gestantes eram nulíparas.

O interesse de uma maior participação por parte das parturientes, assim como uma maior liberdade de movimentos possibilitada pela posição adotada, poderiam tornar mais confortável e suportável o período expulsivo, o que justificaria a menor solicitação de analgesia neste grupo.

No Grupo Litotomia, mesmo descartando as anestésias locais para a episiotomia e os casos em que houve o uso de fórcepe, foram empregados em 1/3 da população bloqueios epidurais ou raquídeos que determinam uma diferença significativa em relação ao Grupo Cócoras. É importante salientar, que em várias gestantes a analgesia

teve início, ainda, no período de dilatação.

---

A utilização de analgesia durante o período expulsivo foi menor no Grupo Cócoras podendo ser este um fator de adoção da posição de cócoras.

---

#### APRESENTAÇÃO FETAL

Na quase totalidade dos casos, foi constatado no Grupo Cócoras a apresentação cefálica; foi exceção 1 caso de pélvica completa.

No Grupo Litotomia em 96% dos casos a forma de apresentação foi de vértice. Foram registradas uma apresentação de frente e uma córmica

Em função de fatos acontecidos, a forma de atenção em relação às apresentações foi modificada. Com base nestas experiências podemos concluir que as apresentações de vértice, bem como as pélvicas em multíparas não parecem ser impedimento para a adoção da posição de cócoras. Aliás, esta é considerada ideal para o atendimento destes casos como está documentado em filmes e "video-tapes" apresentados por seus preconizadores: Galba Araújo, Cláudio e Moysés Paciornik. Evidentemente, há que se proceder criterioso exame das condições e estar preparado para uma possível intervenção, sob analgesia, com o fim de corrigir distócias como por exemplo, cabeça derradeira.

Quanto ao parto gemelar, ocorreu o caso de uma secundípara onde o primeiro feto estava em apresentação cefálica, tendo nascido espontaneamente, com a mãe em posição de cócoras. O segundo, se apresentou em córmica, foi preciso transladar a paciente para a realização de analgesia, posterior versão e grande extração podálica. O resultado foi um recém-nascido deprimido, que evoluiu para o óbito. Com base neste caso, concluímos que os partos gemelares deverão ser atendidos com muita precaução em posição de cócoras, precaução esta, que inclui a presença de anestesista na sala.

#### VARIEDADE DE POSIÇÃO

No Grupo Cócoras, apesar de ter-se encontrado um predomínio da variedade de posição occipito-anterior-esquerda (42.9%), foram observadas, também, outras modalidades (Tabela 40), em proporções próximas as relatadas na literatura (32), (67).

No Grupo Litotomia, a incidência das diversas variedades de posição, não se apresentou significativamente diferente da observada no Grupo Cócoras.

---

As diferentes variedades de posição não foram fatores limitantes na adoção da posição de cócoras.

---

## OPERAÇÕES COMPLEMENTARES

Não considerando os casos de episiorrafia, observou-se no Grupo Cócoras, que em 15,3% das gestantes foram realizadas operações complementares ao parto. Este valor pode ser considerado semelhante ao encontrado por Pinto e Silva (66) em gestantes adultas da população geral da maternidade.

Cabe ressaltar que a episiotomia, em pacientes que estão alocadas na cadeira, pode ser realizada em duas situações: com a paciente sentada, ou já em posição de cócoras. Em qualquer delas há que se ser cuidadoso quanto a escolha do local e com a angulação adotada para o instrumento cortante (tesoura ou bisturi) dado o risco de lesão de estruturas vizinhas como o reto e esfíncter anal.

A alta proporção de episiotomia (77.7%) deve-se ao fato de ter sido utilizado, em quase todos os casos, as normas do Departamento que a recomenda sistematicamente em casos de nulíparas e em multíparas quando já foram submetidas a este tipo de intervenção em parto anteriores.

É importante salientar, que em 13.3% dos casos foi necessário executar suturas de desgarro vaginal, porém nestes casos não havia sido realizado episiotomia.

Por outro lado, consideramos pequena a incidência de casos (0.6%) em que realizada a episiotomia, foi necessário a sutura concomitante de desgarros vaginais. Do



mesmo modo, foi baixa a necessidade da sutura de lesões do colo.

No Grupo Litotomia o número de operações complementares, correspondeu a 19,7% das gestantes, sendo que 15,7% de casos correspondia a suturas de lesões do colo juntamente com episiorrafia, todas elas realizadas em partos com aplicação de fórcepe.

---

A incidência de operações complementares ao parto não foi fator limitante para adoção da posição de cócoras.

---

#### DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO

Para o registro dos valores inerentes a esta variável, foi considerado como conceito de duração do período expulsivo o tempo transcorrido entre a dilatação cervical total e o nascimento da criança.

Muitos são os fatores referidos que podem influenciar a duração deste 2º estágio do parto: paridade, raça, tipo de pélvis, posição materna, e outros, determinando a grande variabilidade dos resultados encontrados na bibliografia.

Shanahan e Cottrell (37A), analisando os valores reportados por diferentes autores, constataram que a média variou de 41 a 68 minutos para as nulíparas e de 13 a 18 minutos em múltiparas.

Segundo Liu (43) a adoção da posição semi-verticalizada reduziu o período expulsivo em nulíparas, cuja média foi estimada em 34 minutos.

Nagai (53A), no Japão, também observou um encurtamento deste período, independentemente da paridade, em mulheres que se utilizaram da cadeira obstétrica, em relação as que pariram em decúbito.

A deambulação durante o trabalho de parto pode também, segundo Hemminki e colaboradores (34), determinar a abreviação do período expulsivo.

O resultado obtido neste estudo, sobre a duração do período expulsivo no Grupo Cócoras, é similar aquele encontrado por Sabatino e colaboradores (75), quando trabalharam com menor número de casos, o que denota a consistência dos mesmos.

A comparação entre os Grupos Cócoras e Litotomia, tanto em nulíparas como em múltiparas, não revelou diferença significativa quanto a duração do período expulsivo; contudo há que se considerar, que uma diferença possa estar mascarada pelo maior emprego de ocitocina no último grupo, o que poderia acarretar um encurtamento da etapa em questão.

Todavia, em comparação com os valores reportados por Shanahan e Cottrell e Liu, podemos concluir que a duração do período expulsivo em gestantes do Grupo Cócoras foi menor.

Estudando a proporção de nulíparas que tiveram a duração do período expulsivo de até 30 minutos, observamos

um total de 69.5%. Já Caldeyro Barcia (11), no Uruguai, com mulheres em posição sentada, reporta 47% e Niswander e Gordon (59), nos Estados Unidos, empregando a posição de litotomia relata 29%.

Considerando as múltiparas, encontramos uma proporção de 90% contra 84 % e 77% de gestantes em seu 2º parto, referido por Caldeyro Barcia e Niswander e Gordon, respectivamente. Podemos concluir que um maior número de gestantes da nossa população apresentou menor duração do período expulsivo.

Cabe ressaltar que as diferenças encontradas por distintos autores podem ser explicadas também pela utilização de puxos dirigidos. No Grupo de Parto Alternativo, seguindo a "Escola de Montevideo", os alunos e residentes são orientados à utilizar puxos espontâneos, porém, devemos reconhecer que esta conduta nem sempre é respeitada.

Quanto a possível influência da deambulação durante o período de dilatação, não nos é possível opinar uma vez que a quantificação da mesma não fazia parte da metodologia do Grupo. Contudo, suspeitamos que predominem a adoção das posições verticalizadas, resultado da orientação fornecida durante as atividade de preparação para o parto. Estas

suspeitas deverão ser confirmadas, ou não, através de estudos mais acurados

---

A duração do período expulsivo pode ser um fator de adoção da posição de cócoras.

---

#### DURAÇÃO DA DEQUITAÇÃO

No Grupo Cócoras, para 82,6% das gestantes, o período de dequitação ocorreu dentro dos primeiros vinte minutos, tendo a mediana situado-se em 10 minutos. Estes valores estão dentro dos limites considerados normais.

No Grupo Litotomia, em 96% das parturientes a dequitação ocorreu dentro dos primeiros 20 minutos, tendo a mediana correspondido a 8 minutos.

Estes valores são significativamente menores que aqueles observados no Grupo Cócoras.

---

A duração do período de dequitação foi maior no Grupo Cócoras, porém dentro dos limites considerados fisiológicos. Assim, não se constitui em fator limitante para a adoção da posição de cócoras.

---

#### TIPO DE DEQUITAÇÃO

No Grupo Cócoras, em 94,3% dos casos, a dequitação ocorreu de forma natural.

No Grupo Litotomia, a dequitação ocorreu naturalmente em apenas 82,3% dos casos. Observa-se neste grupo, uma maior incidência de dequitação dirigida, extração manual, curagem (Tabela 45) que determinam uma redução artificial do citado período e que poderia justificar a diferença na duração do período de dequitação. Esta conduta ativa se justificaria pelo maior emprego de analgesia que propicia acesso à cavidade uterina.

---

A proporção de dequitação natural foi maior no Grupo Cócoras. Este pode ser um fator de adoção da posição de cócoras.

---

#### PESO DA PLACENTA

No Grupo Cócoras, o peso da placenta situou-se entre 500 e 700 g em 64,5% dos casos. Estes valores estão muito próximos do valor médio citado por Grelle e Bethoven (32); e enquadram-se na faixa ponderal que Sabatino (76) e colaboradores observaram estar relacionadas aos menores índices de mortalidade perinatal.

No Grupo Litotomia, foram observados valores semelhantes ao do Grupo Cócoras.

#### CORDÃO UMBILICAL

No Grupo Cócoras foi observado, no momento do nascimento, que o cordão umbilical em 71,1% dos casos, não apresentava circulares, nós ou outros tipos de alteração. Uma ou mais circulares foram observadas em 26,9% dos casos.

Esta proporção está de acordo com aquele encontrado por Sabatino e colaboradores (76) num estudo realizado com uma amostra da população geral da Maternidade da FCM/UNICAMP.

No Grupo Litotomia, a proporção entre cordões normais e com circulares é maior: 74,5 e 21,6%, respectivamente. Contudo, esta diferença em relação ao Grupo Cócoras, não foi significativa.

---

A presença de circulares de cordão não foi impedimento para adoção a posição de cócoras.

---

#### APGAR AO PRIMEIRO MINUTO

Para 98,7% dos recém-nascidos do Grupo Cócoras, o índice de Apgar atribuído foi superior a 7, confirmando o trabalho de Narbot e colaboradores (54), realizado com um número menor de casos da mesma população. O valor 10

correspondeu a 19.7% dos casos, superando os 5,4% encontrados na população geral (46).

No Grupo Litotomia, o índice superior a 7 foi atribuído a 92,2% dos recém-nascidos, porém apenas 2% receberam o valor 10.

Esta diferença em relação ao Grupo Cócoras é significativa e provavelmente é devida a fatores observados no Grupo Litotomia, como: maior uso de ocitocina, de analgesia, de fórcepe, bem como um período de dilatação mais prolongado.

#### APGAR NO QUINTO MINUTO

No Grupo Cócoras observa-se que para 3/4 dos recém-nascidos, foi atribuído o valor 10 e que abaixo do índice 7, apenas permaneceram 0,6% dos casos.

No Grupo Litotomia, foi atribuído 9 a 25,5% dos recém-nascidos e a 68,6%, o valor 10, denotando uma boa recuperação. Contudo, permaneciam ainda 6% dos neonatos com apgar inferior a 7.

---

Apesar de ser um grupo de baixo risco, os altos índices de Apgar encontrados, tanto ao primeiro quanto ao quinto minuto, podem ser fator de adoção da posição de cócoras.

---

#### IDADE DOS RECÉM-NASCIDOS.

Observa-se no Grupo Cócóras, que apenas 1,3% dos recém-nascidos foram considerados com idade clínica gestacional (índice de Capurro) inferior a 37 semanas. Para mais de 3/4 da população, a idade foi estimada entre 39 e 41 semanas de gestação. Estes valores denotam maior índice de idade gestacional que os observados em recém-nascidos de gestantes entre 20-29 anos de vida, estudadas por Pinto e Silva (66). Tal fato pode ser explicado pelo caráter seletivo que esta variável teve sobre a população, uma vez que foram eliminados do estudo os casos de prematuridade.

No Grupo Litotomia, os valores mantiveram-se muito próximos aos do grupo anterior, não sendo significativa a diferença.

---

A idade gestacional clínica considerada de termo não parece ser um fator limitante à adoção da posição de cócoras.

---

#### ALTURA DOS RECÉM-NASCIDOS

No Grupo Cócóras, a altura dos recém-nascidos, teve como moda e como mediana, 50 centímetros. Estes valores estão próximos aos constatados na população geral da mesma maternidade (46).



No Grupo Litotomia, os valores também apresentaram distribuição semelhante ao Grupo Cócoras, não sendo significativa a diferença.

---

A altura dos recém-nascidos, não foi impedimento para adotar a posição de cócoras.

---

#### PESO DOS RECÉM-NASCIDOS

No Grupo Cócoras, apenas 3 casos (1,9%) apresentaram baixo peso, ou seja, menos de 2500 gr. O peso médio estimado foi de 3249 gr. Saliente-se a ocorrência de 10 casos (6,4%) com 4000 gr ou mais.

Com exceção da porcentagem relativa aos neonatos de baixo peso, os demais índices aqui apresentados mostram-se proporcionalmente superiores aos observados na população geral (46).

No Grupo Litotomia, constatou-se que o percentual dos recém-nascidos de baixo peso (4,9%) é superior ao dobro do que foi encontrado no Grupo Cócoras, todavia, no geral os valores são semelhantes.

---

O peso dos recém-nascidos não foi impedimento para adoção da posição de cócoras.

---

## MORBIDADES NEONATAIS

Em 93% dos recém-nascidos do Grupo Cócoras, não foram constatadas morbidades. Nos demais casos, a icterícia fisiológica foi quem se apresentou com maior incidência, sendo diagnosticada em 5,1% do total das crianças. Foi registrado a ocorrência de 2 casos (1.3%) de Síndrome de Dificuldade Respiratória. Um destes casos ocorreu em recém-nascido portador de malformações e que evoluiu para o óbito. O outro caso correspondeu a um segundo gemelar que apresentou mecônio espesso ao nascer, com batimentos cardíacos fetais normais, tendo lhe sido atribuído um índice de Apgar igual a 9, tanto ao 1º como ao 5º minuto. Esta percentagem de S.D.R. é bem inferior aos 3.7% encontrado por Regueira (69) em neonatos em Montevideo.

No geral, estes dados revelam um quadro mais favorável que aquele observado na população geral da mesma maternidade.

No Grupo Litotomia, o percentual de neonatos sem morbidades foi inferior ao Grupo Cócoras, devido aos 9,8% de icterícia fisiológica e a 2 casos: um de anomalia congênita e outro de trauma obstétrico, relatado na variável "apresentação fetal".

---

Apesar de ser um grupo de baixo risco, os índices reduzidos de morbidade observados nos recém-nascidos, podem ser fator de adoção da posição de cócoras.

---

## ESTADO DE SAÚDE DOS RECÉM-NASCIDOS

No momento da alta materna, todos os recém-nascidos do Grupo Cócoras, apresentavam-se vivos e sãos; a exceção foi de 1 caso que a criança nasceu deprimida (Apgar 6) e que, por complicações atribuídas a malformações evoluiu para a morte neonatal.

Este problema, acredita-se que tenha origem genética, dado que a mesma mãe com o mesmo pai tiveram, posteriormente, uma gravidez a termo que finalizou com feto morto também devido a múltiplas malformações.

No Grupo Litotomia, 96,1% dos neonatos apresentavam-se no momento da alta materna, em boas condições de saúde. Duas mortes neonatais foram registradas, uma devida a anomalias de origem genética (trissomia do 18) e outra por trauma obstétrico, correspondendo ao um segundo gemelar, já comentado na variável "apresentação fetal".

---

Apesar de ser um grupo de baixo risco, as boas condições de saúde dos recém-nascidos, podem ser fator de adoção da posição de cócoras.

---

## HEMORRAGIAS NO PUERPÉRIO

No Grupo Cócoras foram registrados 5 casos (3,2%) de hemorragias no puerpério, sendo 3 atribuídas a retenção da placenta ou de restos placentários. Os 2 restantes ocorreram após a dequitação. Um deles apresentou pequena lesão do colo e o outro, desgarro vaginal. Portanto, em 96,8% dos casos não foram observados episódios hemorrágicos. Este valor é 2,8% superior ao verificado na população geral da mesma maternidade (46).

É importante lembrar, o já relatado na variável "pressão arterial" que a perda sanguínea se reduziu com a adoção da posição "cócora-supina".

No Grupo Litotomia, a ausência de hemorragias corresponde a 98% dos casos, portanto, semelhante ao índice verificado no Grupo Cócoras.

---

A ausência de hemorragias no puerpério, pode ser um fator de adoção da posição de cócoras.

---

## ESTADO DE SAÚDE DAS MÃES

No momento da alta hospitalar, 98,7% das gestantes do Grupo Cócoras apresentavam-se com saúde. Não foram registrados casos de edema vulvar pós-parto, referido por Goodlin e Frederick (30). Apenas em 2 casos (1,3%) as puérperas tiveram alta apresentando complicação médica: 1

caso de anemia importante e outro de lesão do esfíncter anal externo por ocasião da episiotomia.

Em relação ao que foi referido acima, encontramos na Maternidade da FCM/UNICAMP (46), índices de 90,1% de gestantes sãs e 7,4% com diferentes tipos de complicação médica.

No Grupo Litotomia, os valores não apresentaram diferença significativa em relação ao Grupo Cócoras. Foi registrado 1 caso de alta com complicação médica, não especificada.

---

O elevado índice de gestantes com saúde, no momento da alta hospitalar, pode ser um fator de adoção da posição de cócoras.

---

#### DIAS DE INTERNAÇÃO ANTES DO PARTO

Foram admitidas à maternidade, no dia do parto, 80,3% das gestantes do Grupo Cócoras e no dia que antecedeu o parto, 19,1% das grávidas.

Estes números mostram-se superiores aqueles observados na população geral da mesma maternidade (46): 73,9% e 15,6%, respectivamente.

No Grupo Litotomia, os valores são muito semelhantes, não havendo diferença significativa.

#### DIAS DE INTERNAÇÃO APÓS PARTO

Chama a atenção, no Grupo Cócoras, os 17,2% de mães que deram alta no primeiro dia pós-parto. Observa-se, ainda, que 68,1% tiveram alta hospitalar no segundo dia.

A proporção de mães que dá alta nos dois primeiros dias após o parto, são significativamente superiores aos constatados na população geral: 3.1% e 24.2%, respectivamente.

O Grupo Litotomia, observa-se que mais de 3/4 da totalidade das mães, deram alta no 2º dia pós-parto. Entretanto, apenas 2% o fizeram no primeiro dia. Esta diferença em relação ao Grupo Cócoras, é altamente significativa.

A menor permanência das parturientes e recém-nascidos do Grupo Cócoras no ambiente hospitalar, pode ser devido ao bom estado de nutrição das mães; a boa preparação psico-física realizada durante o período gestacional; a ausência de complicações no puerpério e a boa saúde do neonato.

#### DIAS DE INTERNAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS

Encontramos diferenças na distribuição dos dias de internação dos recém-nascidos.

As crianças nascidas em partos em posição de cócoras tiveram maior número de altas nos dois primeiros

dias de internação (15.9 e 69.4%, respectivamente), quando comparadas com as da população geral da mesma maternidade (4.4 e 37.8%, respectivamente).

No Grupo Litotomia encontramos, também, uma menor proporção de recém-nascidos que deram alta nos dois primeiros dias, em relação ao Grupo Cócoras. Esta diferença é significativa. Nesse grupo as altas hospitalares, no primeiro e segundo dia foram 3.9 e 76.5%, respectivamente

---

O menor número de dias de internação hospitalar, tanto das mães como dos recém-nascidos, pode ser um fator de adoção da posição de cócoras.

---

Com base nos achados, aqui apresentados, podemos definir o perfil epidemiológico das gestantes que tiveram parto em posição de cócoras como:

Casada, 25 anos, 161 centímetros de estatura, nível universitário, não fumante, menarca aos 12,7 anos e que apresenta padrão menstrual regular. Não usava qualquer método de anticoncepção previamente a gravidez. Multigesta, primípara, com antecedentes de aborto. Nega antecedentes mórbidos ou obstétricos patológicos.

Início do acompanhamento pré-natal no 4<sup>o</sup> mês de gestação, realizando em média 6 consultas médicas.

O parto ocorreu na 40<sup>ª</sup> semana de amenorréia, tendo início espontâneo. A ruptura das membranas ocorreu entre 5 e 9 centímetros de dilatação cervical. Os batimentos cardíacos fetais se mantiveram dentro dos limites fisiológicos. A duração do período de dilatação foi de 10 horas e do período expulsivo, 10 minutos. A dequitação ocorreu dentro dos primeiros 20 minutos. A placenta pesou 617 gramas.

O índice de Apgar atribuído ao recém-nascido no primeiro minuto foi 9 e no quinto minuto, 10. A altura dos mesmos foi 49,5 centímetros e o peso 3250 g.

A alta hospitalar tanto da mãe como da criança, ocorreu no 2<sup>ª</sup> dia pós-parto, em boas condições.



## PONDERAÇÕES FINAIS

Estamos de acordo com Atwood (5), de que não existe uma única posição, que possa ser considerada própria ou correta para a mulher no momento do parto, todas podem apresentar vantagens e inconvenientes. A veracidade desta afirmação pode ser facilmente comprovada pelo fato de que as posições verticalizadas foram usadas quase que exclusivamente até o século XVII e a partir daí, a posição preferencial passou a ser o decúbito. É importante lembrar, que esta preferência está hoje "determinada" por quem assiste ao parto e não pela parturiente.

O fato é que, condutas que visam corrigir ou evitar complicações, que ocorrem em menos de 20% dos partos, passaram a ser empregadas como rotina em todos os casos, intervindo no natural desenvolvimento do processo; abandonando o obstetra, a sua condição de "observador atento" para ser um "interventor atencioso".

O mesmo determinismo que leva o obstetra a se manter atualizado com os últimos avanços da moderna tecnologia, deveria levá-lo a não ignorar as vantagens das posições verticalizadas, sob pretexto de que isto é coisa do passado; contudo, esta atitude frequentemente pode ser observada.

Por outro lado, não concordamos com aqueles que, radicalizando, ignoram os princípios da moderna Obstetrícia e sob o pretexto de "volta à natureza", empregam tecnologias, que muitas vezes não dominam, em locais inadequados, arriscando a provocar iatrogenias e consequentemente causar desprestígio do método.

Felizmente observa-se na bibliografia atual, uma tendência ao revisionismo crítico do tema. Dele participam pesquisadores de renome internacional e que certamente, acabarão por encontrar o meio termo, que corresponda a forma mais adequada para a solução do problema.

Na UNICAMP, o "Grupo de Parto Alternativo" está contribuindo para este revisionismo e ganha importância por serem suas atividades desenvolvidas dentro de um órgão Oficial, talvez o único no país, a tentar quantificar cientificamente aquilo que se questiona sobre a forma de atendimento à mulher, durante o período gestacional e parto.

Cumprindo, o Grupo, sua função assistencial, possibilitando as parturientes, que assim o desejarem, adotar posição alternativa. E o faz muito bem, como demonstram não só os depoimentos verbais e escritos de suas integrantes, mas também, das pessoas que atendem o parto e se surpreendem pelo excelente comportamento destas gestantes, certamente resultado do trabalho de preparação, realizado pela equipe de saúde, da presença constante do marido e provavelmente, pela adoção de uma posição, que lhe

oferece maior liberdade de movimentos e por consequência, menos fadiga e maior conforto.

Em nosso entender, na liberdade reside um dos maiores méritos do "Grupo de Parto Alternativo". Liberdade de escolha de posição, liberdade de movimentos durante todo o processo.

No que se refere ao ensino, Sabatino nos informa da boa aceitação e assimilação por parte de alunos de graduação, residentes e enfermagem.

Quanto ao aporte científico, muitos trabalhos já foram realizados ao longo deste anos, permitindo inclusive o aperfeiçoamento da técnica de atenção ao parto(77). Todavia, pensamos que os resultados deste estudo poderão ser úteis no sentido de orientar novos projetos: ao indicar que variáveis analisar mais acuradamente; ao revelar a necessidade de constituir um grupo controle e ao abrir a possibilidade da inclusão de casos de maior risco, desde que cuidadosamente ponderados, uma vez que já contamos com dados de gestações de baixo-risco para compará-los.

Deste modo, acreditamos ter alcançado o objetivo deste trabalho, cujo maior valor, acreditamos, não reside no fruto em si, mas num gerador de sementes; sementes de novos estudos e conclusões.

## CONCLUSÕES

A posição de cócoras, no momento do parto, pode ser utilizada com sucesso por mulheres civilizadas.

A adoção da posição de cócoras não determinou prejuízos para a mãe, feto ou recém-nascidos, em gestações de baixo-risco.

Maiores estudos deverão ser realizados para o melhor conhecimento do comportamento de algumas variáveis aqui descritas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABITBOL, M. M. Supine position in labor and associated fetal heart rate changes. Obstetrics and Gynecology 65 (4):481-486, 1985.
02. ABITBOL, M. M.; FACOG, M. Aortic compression and uterine blood flow during pregnancy. Obstetrics and Gynecology 50 (5):562-570, 1977.
03. ANG, C. K. et alii. Postural influence on maternal capillary oxygen and carbon dioxide tension. British Medical Journal 4:201-203, 1969.
04. ARBUES-LACADENA, J. A. et alii. Influencia de la posición vertical durante el parto sobre el equilibrio ácido-base de la madre. Acta Obstetrica Ginecologica Hispano-Lusitana 2 (30):979-984, 1982.
05. ATWOOD, R. J. Parturitional posture and related birth behavior. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (supplement) 57 (3):6-25, 1976.
06. AYUB, A. C. et alii. O parto de cócoras. Femina janeiro: 8-15, 1982.

07. AZUMENDI PEREZ, A. Parto Ecológico. In: Tendencias actuales de asistencia al parto. Malaga. Editora Universidad de Malaga, 1985. p.143.
08. BARINI, R. et alii. Estudo quantitativo dos batimentos cardíacos fetais durante o período expulsivo em partos em posição de cócoras. IX Reunião da ALIRH. 1984.
09. BEIGUELMAN, B. Curso prático de bioestatística. Ribeirão Preto, Revista Brasileira de Genética, 1988
10. BIERNIARZ, M. D.; MAQUEDA E.; CALDEYRO-BARCIA R. Compression of aorta by the uterus in late human pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 95 (6):795-808, 1966.
11. CALDEYRO-BARCIA, R.; BALLEJO G.; POSEIRO J. J. Assistência clínica ao parto - Estudo crítico. Femina 10:440-470, 1982.
12. CALDEYRO-BARCIA, R. et alii. Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. American Journal of Obstetrics and Gynecology 80:284-290, 1960.

13. CAMPOS, H. Estatística experimental não paramétrica. 3ed. Piracicaba, E. S.A. "Luiz de Queiroz" - USP, 1979.
14. CHEN, S. et alii. Effects of sitting position on uterine activity during labor. Obstetrics and Gynecology 69 (1):67-73, 1987.
15. CHESLEY, L. C. Sodium retention and pre-eclampsia. American Journal of Obstetrics and Gynecology 95:127, 1966. cap.3 p.13-21.
16. DIAZ, A. G. et alii. Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 11:1-7, 1980.
17. DRAHNE, A.; PRANG E.; WERNER. C. The various positions for delivery. Journal of Perinatal Medicine 10:72-73, 1982.
18. DUNN, P. Obstetric delivery today - for better or for worse? Lancet april 10:790-793, 1976.
19. DUNN, P. Posture in labor. Lancet march 4:496-497, 1978.

20. FLYNN, A.; KELLY J. Continuous fetal monitoring in the ambulant patient in labour. British Medical Journal 2:842-843, 1976.
21. FLYNN, A. et alii. Ambulation in labour. British Medical Journal 2:591-593, 1978.
22. FORATTINI, O. P. Epidemiologia geral. São Paulo. Artes Médicas, 1980.
23. FUCHTNER, C. et alii. Partos assistidos em posição de cócoras. Avaliação dos índices hematemétricos. I Congresso Médico da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, São Paulo 1983.
24. FUCHTNER, C. et alii. Estudo da pressão intravaginal na segunda metade da gravidez. I Congresso Médico da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, São Paulo 1983.
25. FUCHTNER, C. et alii. Estudo comparativo do hematócrito e da hemoglobina, antes e após parto em posição de cócoras. Investigações em Reprodução Humana. IX Reunião da ALIRH. Campinas, São Paulo 1984.



26. GALBA ARAÚJO, J.; ROLIM, J. Parto com assistência simplificada. In: Pinotti, J. A.; Sabatino, J. H. Medicina Perinatal. Campinas, Editora da UNICAMP, 1987. p.326-330.
27. GARDOSI, J. Maternal position in the second stage of labour. In: Chamberlain, G. Contemporary Obstetrics and Gynecology. London, Butherworth, 1988. p.243-255.
28. GOLD, E. M. Pelvic drive in obstetrics: an X-ray study of 100 cases. American Journal of Obstetrics and Gynecology 59 (4):890, 1950.
29. GONZALEZ DE AGUERO, R. et alii. Efectos de la posición sentada, semisentada y supina sobre la ventilación pulmonar materna en la gestación a término. Prog. Obstet. Ginecol. 25 (3):185-192, 1982.
30. GOODLING, R. C.; FREDERICK, I. B. Postpartum vulvar edema associated with the birthing chair. American Journal of Obstetrics and Gynecology 146:334-334, 1983.
31. GOUJARD, J. et alii Prevision de la prematurité et du poids de naissance en debut de grossesse. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 3: 45, 1974.

32. GRELLE, F. C.; AMARAL, L. B. Obstetrícia. Rio de Janeiro. Atheneu, 1981.
33. HAUKELAND, I. An alternative delivery position: New delivery chair developed and tested at Kongsberg Hospital. American Journal of Obstetrics and Gynecology 141:115-117, 1981.
34. HEMMINKI, E. et alii. Ambulation versus oxytocin protracted labour: a pilot study. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 20:199-208, 1985.
35. HOWARD, F. H. The application of certain principles of physics to the physiology of delivery. W. J. of S. O. & G. dec:607-609, 1954.
36. HOWARD, F. H. Delivery in the physiologic position. Obstetrics and Gynecology 11 (1):318-322, 1958.
37. HOWARD, F. H. The physiological position for delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology 78 (5):1141-1143, 1959.

38. HUMPHREY, M. D. et alii. A decrease in fetal pH during the second stage of labour, when conducted in the dorsal position. The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth 81:600-602, 1974.
39. KURZ, C. S. et alii. The influence of the maternal position on the fetal transcutaneous oxygen pressure (tcPO<sub>2</sub>). Journal of Perinatal Medicine 10:74-75, 1982.
40. LAJONCHERE, C. A.; CASTRO, P. L. Influence de los cambios posturales en el encajamiento y descenso de la cabeza fetal - Demostración radiológica. Archivos del Hospital Universitario La Habana 4 (1):75-83, 1952
41. LEAK, W. N. Position for delivery. British Medical Journal 9:735-736, 1955.
42. LIMA, A. J. et alii. Antecipação da menarca. Jornal Brasileiro de Ginecologia 83:53-58, 1977.
43. LIU, Y. C. Effects of an upright position during labor. American Journal of Nursing 74 (12):2202-2205, 1974.

44. LLAMAS, C. et alii. Efectos perinatales de la posición vertical materna durante el período de dilatación del parto. Efectos sobre el parto. Acta Obstétrica Ginecológica Hispano-Lusitana 4 (30):245-262, 1982.
45. LONGO, L. D. "Des maladies des femmes grosses, et accouchées. Avec la bonne et véritable méthode de les bien aider en leurs accouchemens naturels". American Journal of Obstetrics and Gynecology 2:455-456, 1979.
46. MARGINAIS simples - Banco de dados de 2092 partos atendidos na Maternidade do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, obtidos através do Sistema Gênese.
47. MARTILLA, M.; KAJANOJA P.; YLIKORKALA. O. Maternal half-sitting position in the second stage of labor. Journal of Perinatal Medicine 11:286-289, 1983.
48. MAZUKAWA, I. I.; RITA, R. R. Análise crítica da posição materna durante o parto - Revisão bibliográfica. Trabalho apresentado a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1986.
49. MCMANUS, T. J.; CALDER, A. A. Upright posture and the efficiency of labour. Lancet jan. 14:72-74, 1978.

50. MCMANUS, T. J.; CALDER, A. A. Posture in labour. Lancet may 13:1041, 1978.
51. MENDEZ-BAUER, C. et alii. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. Journal of Perinatal Medicine 3:89-100, 1975.
52. MIRANDA, R. A. et alii. Avaliação quantitativa das pressões intravaginais em mulheres grávidas - Modificando as posições e contraindo distintos grupos musculares. Investigações em Reprodução Humana. - IX Reunião da ALIRH. Campinas, São Paulo 1984.
53. MITRE, I. The influence of maternal position on duration of the active phase of labor. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 12:181, 1974.
- 53A. NAGAI, H. Delivery management. The World Congress of Gynecology and Obstetrics. San Francisco, CA, 1982.
54. NARBOT, L. et alii. Avaliação clínica do recém-nascido em partos em posição de cócoras. Investigações em Reprodução Humana. IX Reunião da ALIRH. Campinas, São Paulo 1984.

55. NARBOT, L. B et alii. Parto atendido em posição de cócoras. I. Duração do Parto e Apgar do recém-nascido. I Congresso Médico da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, São Paulo 1983.
56. NAROLL, F.; NAROLL, R.; HOWARD, F. H. Position of women in childbirth - A study in data quality control. American Journal of Obstetrics and Gynecology 82 (4):943-954, 1961.
57. NAVE, B. La deuxieme phase de l'accouchement, ou expulsión en posición accroupie. Strasbourg, França: Tese de Doutorado Universidade Louis Pauster, 1986.
58. NESBITT, R. E. L. Jr. Identificación pré-natal del feto que corre riesgo. In: Clínicas de perinatologia. Asistencia de embarazo de riesgo alto. Buenos Ayres. Interamericana, 1974.
59. NISWANDER, K. R.; GORDON, M. The women and their pregnancies. The perinatal stud of the National Institute of Neurological Diseases and Stroke. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1972.
60. ODENT, M. Birth under water. Lancet dec.24:1476-1477, 1983.

61. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Serie de Informes Técnicos nº 583. 1975.
62. PACIORNIK, M.; PACIORNIK, C. O parto das índias - Parto em decúbito e parto de cócoras em confronto. Medicina de Hoje. nov.:686-688, 1978.
63. PACIORNIK, M.; PACIORNIK, C. Iatrogenia do parto em decúbito dorsal. Femina nov.:836-841, 1979.
64. PENEDO, M. G. Repercussão perinatal do ganho ponderal materno durante a gravidez. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Campinas, São Paulo 1986.
65. PINOTTI, J. A.; SABATINO, J. H. Medicina perinatal. Campinas, Editora da UNICAMP, 1987.
66. PINTO E SILVA, J. L. C. Contribuição ao estudo da gravidez na adolescência. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Campinas, São Paulo 1982.
67. PRITCHARD, J. A.; MACDONALD, P. C.; Williams Obstetrícia. 2ed. México, Salvat, 1980.

68. READ, J. A.; MILLER, F. C.; PAUL, R. H. Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: A preliminary report. American Journal of Obstetrics and Gynecology 139 (6):669-672, 1981.
69. REGUEIRA, J. Maturação pulmonar fetal en gestación de alto risco. Publicação Científica 783 del CLAP. Oficina Sanitaria Panamericana OMS, Montevideo. 1978.
70. ROSCOE, J. T. Fundamental Research statistics for the behavioral sciences. 2ed. New York, Holt, Rinehart and Winston Inc., 1975.
71. RUSSELL, J. G. B. The rationale of primitive delivery positions. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 89:712-715, 1982.
72. SABATINO, H. Como simplificar a informatização de uma sala de parto. Campinas. Editora da UNICAMP, 1988.
73. SABATINO, J. H. et alii. Experiência com o uso de uma ficha clínica obstétrica pré-codificada. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia 2 (1):5-10, 1980.



74. SABATINO, J. H. et alii. Mulher civilizada e parto de cócoras. I Congresso Médico da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. - Campinas, São Paulo, 1983.
75. SABATINO, J. H. et alii. Repercussão perinatal do parto atendido em posição de cócoras. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia 6 (1):7-14, 1984!.
76. SABATINO, J. H. et alii. Avaliação do risco gestacional. In: Fontes, J. A. Perinatologia Social, São Paulo. Fundação Editorial Byk-Prociencx, 1984. cap.17 p.174-196.
77. SABATINO, J. H. et alii. Parto em posição de cócoras. In: Pinotti, J. A.; Sabatino, J. H. Medicina perinatal. Campinas, Editora da UNICAMP, 1987. p.275-288.
- 77A. SHANNAHAN, M. D.; COTTRELL; B. H. Effect of the birth chair on duration of second stage labor, fetal outcome, and maternal blood loss. Nursing Research 34 (2):89-92, 1985.
78. SANCHEZ, J. F. et alii. Avaliação clínica de mulheres "civilizadas" que desejam ter parto em posição de cócoras. IX Reunião da ALIRH - Investigações em Reprodução Humana, 1984.

79. SIEGEL, S. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. São Paulo, Mac Graw-Hill, 1975.
80. STEWART, P.; CALDER, A. A. Posture in labour: patients' choice and its effects on performance. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 91:1091-1095, 1984.
81. STEWART, P.; HILLAN, E.; CALDER, A. A. A randomized trial to evaluate the use of a birth chair for delivery. Lancet jun. 11:1296-1298, 1983.
82. VAN DER LEEUW-HARMSSEN; KOCK, H.; MERKUS, J. Observations on intra uterine resting-phase pressure in at term pregnancy in different body positions. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 16:83-88,1983
83. WILLIAMS, R. M.; THOM, M. H.; STUDD, J. W. W. A study of the benefits and accetability of ambulation in spontaneous labour. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 87:122-126, 1980.
84. ZANCONATO, G.; ZIGHELBOIM, I.; ROS, A. Anticoncepción - Principios Científicos y Práticos. Verona, Editora Europa, 1987.

A P Ê N D I C E

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A IDADE MATERNA, EM ANOS.

IDADE	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
16-17	2	1.3	0	0.0
18-19	8	5.1	3	5.9
20-21	16	10.2	7	13.7
22-23	36	22.9	13	25.5
24-25	27	17.2	9	17.6
26-27	32	20.4	8	15.7
28-29	17	10.8	1	2.0
30-31	8	5.1	6	11.7
32-33	5	3.2	0	0.0
34-35	5	3.2	3	5.9
36-37	1	0.6	0	0.0
38-39	0	0.0	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
CASADAS <sup>&lt;1&gt;</sup>	118	75.2	35	68.6
AMASIADAS <sup>&lt;1&gt;</sup>	19	12.1	8	15.7
SOLTEIRAS <sup>&lt;2&gt;</sup>	16	10.2	8	15.7
DESQUITADAS <sup>&lt;2&gt;</sup>	4	2.5	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

&lt;1&gt; "sem parceiro estável"

&lt;2&gt; "com parceiro estável"

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A ESCOLARIDADE DAS MÃES.

ANOS DE ESTUDO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0	1	0.7	1	2.0
1-2	1	0.7	0	0.0
3-4	5	3.3	0	0.0
5	1	0.7	0	0.0
6-7	2	1.4	1	2.0
8-9	9	6.0	5	10.0
10-11	16	10.7	7	14.0
12 OU MAIS	114	76.5	36	72.0
TOTAL	149	100.0	50	100.0

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A ALTURA DAS MÃES, EM CENTÍMETROS.

CENTÍMETROS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
144-146	1	0.7	0	0.0
147-149	2	1.3	2	4.6
150-152	11	7.2	1	2.3
153-155	20	13.2	2	4.6
156-158	25	16.4	7	16.3
159-161	27	17.7	8	18.7
162-164	17	11.2	6	14.0
165-167	20	13.2	9	20.9
168-170	18	11.8	6	14.0
171-173	8	5.3	2	4.6
174-176	2	1.3	0	0.0
177-179	1	0.7	0	0.0
TOTAL	152	100.0	43	100.0

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A IDADE NA MENARCA.

IDADE EM ANOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
9	4	2.6	0	0.0
10	8	5.2	3	6.1
11	22	14.4	8	16.3
12	36	23.5	8	16.3
13	45	29.4	19	38.8
14	25	16.3	6	12.2
15	11	7.2	4	8.2
16	2	1.3	1	2.0
TOTAL	153	100.0	49	100.0

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O PADRÃO MENSTRUAL.

RÍTMO MENSTRUAL	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
REGULAR	113	75.3	37	77.1
IRREGULAR	37	24.7	11	22.9
TOTAL	150	100.0	48	100.0

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O USO DE ANTICONCEPÇÃO.

MÉTODO EMPREGADO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
NENHUM	99	65.1	26	54.2
GESTÁGENO <sup>&lt;1&gt;</sup>	17	11.2	5	10.4
GESTÁGENO <sup>&lt;2&gt;</sup>	8	5.3	1	2.1
GESTÁGENO <sup>&lt;3&gt;</sup>	9	5.9	4	8.3
DIU <sup>&lt;1&gt;</sup>	7	4.6	4	8.3
DIU <sup>&lt;2&gt;</sup>	3	2.0	0	0.0
OUTROS <sup>&lt;1&gt;</sup>	2	1.3	4	8.3
OUTROS <sup>&lt;2&gt;</sup>	7	4.6	4	8.3
TOTAL	152	100.0	48	100.0

&lt;1&gt; uso suspenso por gravidez planejada.

&lt;2&gt; uso suspenso por gravidez não planejada.

&lt;3&gt; uso suspenso por intolerância.

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE GESTAÇÕES.

NÚMERO DE GESTAÇÕES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1	71	45.2	29	56.8
2	48	30.6	13	25.5
3	21	13.4	8	15.7
4	10	6.4	0	0.0
5	4	2.5	1	2.0
6	1	0.6	0	0.0
7	2	1.3	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE PARTOS.

NÚMERO DE PARTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0	106	67.5	39	76.5
1	34	21.7	11	21.6
2	9	5.7	1	2.0
3	3	1.9	0	0.0
4	4	2.5	0	0.0
5	1	0.6	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS VIVOS, DE OUTRAS GESTAÇÕES.

NÚMERO DE FILHOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0	107	68.1	39	76.5
1	35	22.3	11	21.6
2	8	5.1	1	2.0
3	3	1.9	0	0.0
4	3	1.9	0	0.0
5	1	0.6	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0



TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE ABORTOS.

NÚMERO DE ABORTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0	106	67.5	36	70.6
1	35	22.3	10	19.6
2	12	7.6	5	9.8
3	4	2.5	0	0.0
4	0	0.0	0	0.0
5	0	0.0	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 11A

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE ABORTOS PROVOCADOS.

NÚMERO DE ABORTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0	121	77.1	41	80.4
1	25	15.9	8	15.7
2	8	5.1	2	3.9
3	3	1.9	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 11B

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE ABORTOS ESPONTÂNEOS.

NÚMERO DE ABORTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0	138	87.9	44	86.3
1	17	10.8	6	11.8
2	2	1.3	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO OS ANTECEDENTES MÓRBIDOS, ANTERIORES À ESTA GESTAÇÃO.

MORBIDADES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	108	69.2	34	66.7
TUBERCULOSE	1	0.6	0	0.0
SÍFILIS	2	1.3	0	0.0
DIABETES	0	0.0	0	0.0
CARDIOPATIA	2	1.3	1	2.0
INF. URINÁRIA	25	16.0	8	15.7
HIPERTENSÃO	1	0.6	0	0.0
SEQUELA ÓSSEA	0	0.0	0	0.0
CIRUR. ABDOM.	4	2.6	4	7.8
OUTRAS	13	8.3	4	7.8
TOTAL	156	100.0	51	100.0

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO OS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PATOLÓGICOS.

MORBIDADES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	143	92.3	48	94.0
TOXEMIA	3	1.9	1	2.0
METRORRAGIA <sup>(1)</sup>	2	1.3	0	0.0
METRORRAGIA <sup>(2)</sup>	1	0.6	0	0.0
PARTOS PREMAT.	3	1.9	1	2.0
OUTRAS	3	1.9	1	2.0
TOTAL	155	100.0	51	100.0

<sup>(1)</sup> durante a gravidez.<sup>(2)</sup> durante o pós-parto.

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O MÊS DE INÍCIO DO PRÉ-NATAL.

MÊS DE GESTAÇÃO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1	3	1.9	1	2.0
2	23	14.7	7	13.7
3	39	25.0	13	25.5
4	24	15.4	11	21.6
5	27	17.3	5	9.8
6	15	9.6	8	15.7
7	14	9.0	5	9.8
8	9	5.8	1	2.0
SEM PRÉ-NATAL	2	1.3	0	0.0
TOTAL	156	100.0	51	100.0

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO PRÉ-NATAL.

NÚMERO DE CONSULTAS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0	2	1.3	0	0.0
1	5	3.2	0	0.0
2	6	3.8	0	0.0
3	5	3.2	2	3.9
4	10	6.4	8	15.7
5	19	12.1	7	13.7
6	15	9.5	4	7.9
7	20	12.7	4	7.9
8	48	30.6	20	39.2
9	20	12.7	4	7.9
10	5	3.2	2	3.9
11	2	1.3	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 16

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO OS NÍVEIS DA PRESSÃO ARTERIAL

CONDIÇÕES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
NORMAL	145	92.4	51	100.0
QUEDA S/CHOQUE	2	1.3	0	0.0
CHOQUE REVERS.	4	2.5	0	0.0
HIPERT. LEVE	5	3.2	0	0.0
HIPERT. MODER.	1	0.6	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 17

FREQUÊNCIA DE TOXEMIA EM GESTANTES.

CONDIÇÕES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
NORMAL	151	96.2	51	100.0
TOXEMIA LEVE	5	3.2	0	0.0
TOXEMIA MODERADA	1	0.6	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 18

FREQUÊNCIA DE INFECÇÃO NA GRAVIDEZ.

CONDIÇÕES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	153	97.5	49	96.0
INF. URINÁRIA	3	1.9	0	0.0
SÍFILIS	1	0.6	0	0.0
TOXOPLASMOSE	0	0.0	1	2.0
OUTRAS	0	0.0	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 19

FREQUÊNCIA DE HEMORRAGIAS NA GRAVIDEZ.

CONDIÇÕES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	155	98.8	50	98.0
1º TRIMESTRE	1	0.6	1	2.0
OUTRAS	1	0.6	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 20

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O TABAGISMO DURANTE A GRAVIDEZ.

	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
NÃO FUMA	90	61.6	27	56.2
NÃO FUMOU	33	22.6	8	16.7
ATÉ 10 <sup>(1)</sup>	4	2.7	0	0.0
MAIS DE 10 <sup>(1)</sup>	0	0.0	1	2.1
ATÉ 10 <sup>(2)</sup>	16	11.0	7	14.6
MAIS DE 10 <sup>(2)</sup>	3	2.1	5	10.4
TOTAL	146	100.0	48	100.0

<sup>(1)</sup> cigarros diários, até o 4º mês.<sup>(2)</sup> cigarros diários, além do 4º mês.

TABELA 21

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO, EM QUILOGRAMAS.

kg	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
-3 - -1	2	1.3	0	0.0
0 - 2	1	0.6	1	2.1
3 - 5	8	5.2	4	8.3
6 - 8	30	19.3	16	33.3
9 - 11	42	27.1	10	20.8
12 - 14	47	30.3	9	18.8
15 - 17	18	11.6	3	6.2
18 - 20	4	2.6	3	6.2
21 - 23	3	1.9	1	2.1
24 - 27	0	0.0	1	2.1
TOTAL	155	100.0	48	100.0

\*  $p < 0.05$

TABELA 22

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A IDADE GESTACIONAL, EM SEMANAS DE AMENORRÉIA, NO MOMENTO DO PARTO.

NÚMERO DE CONSULTAS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
34	0	0.0	1	2.1
35	0	0.0	1	2.1
36	3	1.9	2	4.2
37	11	7.1	1	2.1
38	20	13.0	5	10.4
39	34	22.1	12	25.0
40	43	27.9	16	33.3
41	32	20.8	7	14.6
42	8	5.3	3	6.2
43	3	1.9	0	0.0
TOTAL	154	100.0	48	100.0

TABELA 23

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A ALTURA UTERINA, EM CENTÍMETROS, NO MOMENTO DE ADMISSÃO À MATERNIDADE.

CENTÍMETROS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
26 - 27	0	1.3	1	2.0
28 - 29	2	0.6	1	2.0
30 - 31	14	5.2	8	16.3
32 - 33	49	19.3	15	30.6
34 - 35	49	27.1	16	32.6
36 - 37	29	30.3	5	10.2
38 - 39	10	11.6	2	4.0
40 - 41	1	2.6	0	0.0
42 - 43	0	1.9	0	0.0
44 - 45	1	0.0	1	2.0
46 - 47	2	1.3	0	0.0
TOTAL	157	100.0	49	100.0

TABELA 24

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE EDEMA.

EDEMA	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	127	80.9	36	70.6
MALEOLAR	15	9.5	6	11.8
TIBIAL	15	9.5	9	17.6
TOTAL	157	100.0	51	100.0



TABELA 25

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A FORMA DE INÍCIO DO PARTO.

FORMA	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
ESPONTÂNEA	149	94.9	47	92.2
INDUZIDA	8	5.1	4	7.8
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 26

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O MOMENTO DA RUPTURA DAS MEMBRANAS, EM RELAÇÃO A DILATAÇÃO DO COLO UTERINO.

MOMENTO DA RUPTURA	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
RUPT. PREMATURA	18	11.5	10	19.6
ATÉ 5 cm	29	18.6	6	11.8
5 A 9 cm	69	44.3	21	41.2
MAIS DE 9 cm	40	25.6	14	27.4
TOTAL	156	100.0	51	100.0

TABELA 27

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O ESTADO DO LÍQUIDO OVULAR, EM RELAÇÃO A PRESENÇA DE MECÔNIO.

ESTADO DO LÍQUIDO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
CLARO	116	74.4	36	70.6
LIGEIRAM. TINTO	15	9.6	4	7.8
TINGIDO	19	12.2	7	13.7
MECÔN. ESPESSO	6	3.8	4	7.8
TOTAL	156	100.0	51	100.0

TABELA 28

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A QUANTIDADE DE LÍQUIDO OVULAR.

QUANTIDADE DE LÍQUIDO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
NORMAL	152	99.3	48	98.0
AUMENTADA	0	0.0	1	2.0
REDUZIDA	1	0.7	0	0.0
TOTAL	153	100.0	49	100.0

TABELA 29

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DOS BATIMENTOS CÁRDIO-FETAIS.

TIPO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
NORMAL	136	86.6	42	82.4
DIP I	11	7.0	5	9.8
TAQUICARDIA	1	0.6	0	0.0
DIP UMBILICAL	3	1.9	0	0.0
DIP II	6	3.8	2	3.9
BRADICARDIA	0	0.0	2	3.9
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 30

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE TOQUES VAGINAIS, DURANTE O TRABALHO DE PARTO.

NÚMERO DE TOQUES	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1	60	38.2	15	29.4
2	27	17.2	3	5.9
3	31	19.8	10	19.6
4	19	12.1	7	13.7
5	12	7.6	7	13.7
6	4	2.5	3	5.9
7	2	1.3	2	3.9
8	0	0.0	2	3.9
9	2	1.3	2	3.9
TOTAL	157	100.0	51	100.0

\*  $p < 0.01$

TABELA 31

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO USO DE ANALGESIA DURANTE PERÍODO DE DILATAÇÃO.

ANALGESIA	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	154	98.1	28	54.9
BENZODIAZEPÍNICOS	3	1.9	0	0.0
BLOQUEIO EPIDURAL	0	0.0	23	45.1
TOTAL	156	100.0	51	100.0

\*  $p < 0.01$ 

TABELA 32

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O USO DE OCITOCINA, DURANTE O PARTO.

INDICAÇÃO	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	129	82.2	32	62.7
GRAVIDEZ PROLONGADA	1	0.6	0	0.0
AMNIOREXE PREMATURA	11	7.0	5	9.8
CONDUÇÃO	15	9.6	13	25.5
TOXEMIA	1	0.6	0	0.0
OUTROS	0	0.0	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

\*  $p < 0.01$

TABELA 33

DISTRIBUIÇÃO DAS NULÍPARAS SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO, EM MINUTOS.

MINUTOS	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1 - 200	4	3.8	2	5.1
201 - 400	24	22.6	4	10.3
401 - 600	24	22.6	6	15.4
601 - 800	18	17.0	9	23.1
801 - 1000	16	15.1	8	20.5
1001 - 1200	6	5.7	0	0.0
1201 - 1400	4	3.8	2	5.1
1401 - 1600	6	5.7	6	15.4
1601 - 1800	1	0.9	1	2.6
1801 - 2000	2	1.9	1	2.6
2001 - 2200	0	0.0	0	0.0
2201 - 2400	1	0.9	0	0.0
TOTAL	106	100.0	39	100.0

\*  $p < 0.05$

TABELA 34

DISTRIBUIÇÃO DAS MULTÍPARAS SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO, EM MINUTOS.

MINUTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1 - 200	10	19.6	0	0.0
201 - 400	14	27.5	6	50.0
401 - 600	17	33.3	1	8.3
601 - 800	4	7.8	1	8.3
801 - 1000	2	3.9	2	16.7
1001 - 1200	2	3.9	0	0.0
1201 - 1400	1	2.0	0	0.0
1401 - 1600	1	2.0	2	16.7
TOTAL	51	100.0	12	100.0

TABELA 35

DISTRIBUIÇÃO DAS NULÍPARAS SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO DA INTERNAÇÃO AO PARTO, EM MINUTOS.

MINUTOS	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1 - 120	17	16.0	2	5.1
121 - 240	28	26.4	4	10.2
241 - 360	15	14.1	7	18.0
361 - 480	16	15.1	9	23.1
481 - 600	6	5.7	5	12.8
601 - 720	9	8.5	4	10.2
721 - 840	6	5.7	1	2.6
841 - 960	3	2.8	2	5.1
961 - 1080	3	2.8	1	2.6
1081 - 1200	2	2.0	1	2.6
APÓS 1200	1	0.9	3	7.7
TOTAL	106	100.0	39	100.0

\*  $p < 0.01$

TABELA 36

DISTRIBUIÇÃO DAS MULTÍPARAS SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO DA INTERNAÇÃO AO PARTO, EM MINUTOS.

MINUTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1 - 120	25	49.0	7	58.3
121 - 240	12	23.5	2	16.7
241 - 360	8	15.7	2	16.7
361 - 480	1	2.0	1	8.3
481 - 600	1	2.0	0	0.0
601 - 720	0	0.0	0	0.0
721 - 840	1	2.0	0	0.0
841 - 960	1	2.0	0	0.0
961 - 1080	0	0.0	0	0.0
1081 - 1200	0	0.0	0	0.0
APÓS 1200	2	3.9	0	0.0
TOTAL	51	100.0	12	100.0

TABELA 37

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO DURAÇÃO DO PERÍODO DE MEMBRANAS ROTAS, EM MINUTOS.

MINUTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0 - 120	80	51.6	19	39.6
121 - 240	29	18.7	10	20.8
241 - 360	11	7.1	8	16.7
361 - 480	8	5.2	1	2.1
481 - 600	9	5.8	2	4.2
601 - 720	2	1.3	1	2.1
721 - 840	5	3.2	0	0.0
841 - 960	3	1.9	1	2.1
961 - 1080	4	2.6	0	0.0
1081 - 1200	1	0.6	1	2.1
APÓS 1200	3	2.0	5	10.4
TOTAL	155	100.0	48	100.0

TABELA 38

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO USO DE ANALGESIA NO PERÍODO EXPULSIVO.

ANALGESIA	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA <sup>1</sup>	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	29	18.5	0	0.0
LOCAL (P/EPISIO)	128	81.5	14	66.7
EPIDURAL	0	0.0	4	19.0
RAQUÍDEA	0	0.0	3	14.3
TOTAL	157	100.0	21	100.0

<sup>1</sup> excluídos os casos de fórcepe.

\*  $p < 0.01$

TABELA 39

FREQUÊNCIA DAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO FETAL.

APRESENTAÇÃO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
VÉRTICE	155	98.7	49	96.0
FRONTE	0	0.0	1	2.0
CEFÁLICA INDEFINIDA	1	0.6	0	0.0
PÉLVICA COMPLETA	1	0.6	0	0.0
CÓRMICA	0	0.0	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 40

FREQUÊNCIA DAS VARIEDADES DE POSIÇÃO.

VARIEDADE DE POSIÇÃO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
ESQUERDA-ANTERIOR	66	42.9	18	35.3
ESQUERDA-TRANSVERSA	19	12.3	8	15.7
ESQUERDA-POSTERIOR	0	0.0	5	9.8
DIREITA-ANTERIOR	12	7.8	4	7.8
DIREITA-TRANSVERSA	15	9.7	5	9.8
DIREITA-POSTERIOR	35	22.7	7	13.7
PÚBLICA	6	3.9	0	0.0
SACRA	1	0.7	2	3.9
OUTRAS	0	0.0	2	3.9
TOTAL	154	100.0	51	100.0



TABELA 41

FREQUÊNCIA DAS OPERAÇÕES COMPLEMENTARES AO PARTO.

OPERAÇÕES COMPLEMENTARES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	11	7.0	6	11.8
1	122	77.7	35	68.6
2	0	0.0	0	0.0
1 + 2	0	0.0	8	15.7
3	20	12.7	0	0.0
2 + 3	1	0.6	1	2.0
1 + 2 + 3	1	0.6	1	2.0
OUTRAS	2	1.3	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

1 = EPISIORRAFIA.

2 = SUTURA DE LESÕES DO COLO.

3 = SUTURA DE DESGARRO VAGINAL.

TABELA 42

DISTRIBUIÇÃO DAS NULÍPARAS SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO, EM MINUTOS.

MINUTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA <sup>1</sup>	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1 - 10	18	17.1	2	16.7
11 - 20	34	32.4	4	33.3
21 - 30	21	20.0	3	25.0
31 - 40	9	8.6	1	8.3
41 - 50	9	8.6	1	8.3
51 - 60	5	4.8	1	8.3
61 - 70	6	5.7	0	0.0
71 - 80	1	0.9	0	0.0
81 - 90	2	1.9	0	0.0
TOTAL	105	100.0	12	100.0

<sup>1</sup> excluídos os casos de fórcepe.

TABELA 43

DISTRIBUIÇÃO DAS MULTÍPARAS SEGUNDO A DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO, EM MINUTOS.

MINUTOS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA <sup>1</sup>	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1 - 10	24	48.0	4	44.4
11 - 20	17	34.0	1	11.1
21 - 30	5	10.0	3	33.3
31 - 40	3	6.0	0	0.0
41 - 50	1	2.0	0	0.0
51 - 60	0	0.0	0	0.0
61 - 70	0	0.0	0	0.0
71 - 80	0	0.0	1	11.1
TOTAL	50	100.0	9	100.0

<sup>1</sup> excluídos os casos de fórcepe.

TABELA 44

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO A DURAÇÃO DA DEQUITAÇÃO, EM MINUTOS.

MINUTOS	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1 - 10	54	35.1	31	60.8
11 - 20	73	47.4	18	35.3
21 - 30	17	11.0	1	2.0
31 - 40	4	2.6	0	0.0
41 - 50	4	2.6	0	0.0
51 - 60	1	0.6	0	0.0
61 - 70	0	0.0	0	0.0
71 - 80	1	0.6	1	2.0
TOTAL	154	100.0	51	100.0

\*  $p < 0.01$

TABELA 45

FREQUÊNCIA DOS DIFERENTES TIPOS DE DEQUITACÃO.

TIPOS DE DEQUITACÃO	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
NATURAL	148	94.3	42	82.3
DIRIGIDO	6	3.8	6	11.8
EXTRACÃO MANUAL	2	1.3	2	3.9
CURAGEM	1	0.6	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

\*  $p < 0.01$ 

TABELA 46

DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS SEGUNDO O PÊSO DA PLACENTA, EM GRAMAS.

GRAMAS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
< 450	14	9.0	0	0.0
451 - 500	8	5.2	9	17.6
501 - 550	25	16.1	5	9.8
551 - 600	26	16.8	11	21.6
601 - 650	24	15.5	9	17.6
651 - 700	25	16.1	5	9.8
701 - 750	9	5.8	3	5.9
751 - 800	8	5.1	4	7.8
801 - 850	4	2.6	2	3.9
851 - 900	3	1.9	0	0.0
901 - 950	4	2.6	3	5.9
> 950	5	3.2	0	0.0
TOTAL	155	100.0	51	100.0

TABELA 47

FREQUÊNCIA DOS DIFERENTES ASPECTOS DO CORDÃO UMBILICAL.

ASPECTOS DO CORDÃO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
NORMAL	111	71.1	38	74.5
CIRCULAR SIMPLES	36	23.1	10	19.6
CIRCULAR DUPLA	6	3.8	1	2.0
Nó	0	0.0	1	2.0
BREVIDADE	1	0.6	0	0.0
OUTROS	2	1.3	1	2.0
TOTAL	156	100.0	51	100.0

TABELA 48

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO OS VALORES DO APELHO AO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA.

VALORES	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
<7	2	1.3	4	7.8
7	4	2.6	1	2.0
8	12	7.6	8	15.7
9	108	68.8	37	72.5
10	31	19.7	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

\*  $p < 0.01$

TABELA 49

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO OS VALORES DO APGAR AO QUINTO MINUTO DE VIDA.

VALORES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
<7	1	0.6	3	6.0
7	0	0.0	0	0.0
8	2	1.3	0	0.0
9	36	22.9	13	25.5
10	118	75.2	35	68.6
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 50

IDADE DOS RECÉM-NASCIDOS (MÉTODO DE CAPURRO).

SEMANAS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
35	2	1.3	1	2.0
36	0	0.0	0	0.0
37	7	4.5	4	8.0
38	14	9.0	4	8.0
39	29	18.8	12	24.0
40	56	36.1	14	28.0
41	37	23.9	8	16.0
42	8	5.2	7	14.0
43	2	1.3	0	0.0
TOTAL	155	100.0	50	100.0

TABELA 51

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO A ALTURA DOS RECÉM-NASCIDOS, EM CENTÍMETROS.

CENTÍMETROS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
< 46	2	1.3	1	2.0
46	7	4.5	0	0.0
47	17	11.0	3	6.1
48	22	14.2	9	18.4
49	21	13.5	12	24.5
50	38	24.5	5	10.2
51	26	16.8	11	22.4
52	14	9.0	6	12.3
53	8	5.2	1	2.0
54	0	0.0	1	2.0
TOTAL	155	100.0	49	100.0

TABELA 52

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O PÊSO DOS RECÉM-NASCIDOS, EM GRAMAS.

GRAMAS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
< 2500	3	1.9	3	4.9
2501 - 2750	16	10.3	5	9.8
2751 - 3000	20	12.8	5	9.8
3001 - 3250	40	25.6	15	29.4
3251 - 3500	36	23.1	9	17.7
3501 - 3750	23	14.7	6	11.8
3751 - 4000	8	5.1	6	11.8
4001 - 4250	7	4.5	2	3.9
> 4250	3	1.9	0	0.0
TOTAL	156	100.0	51	100.0

TABELA 53

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O SEXO DOS RECÉM-NASCIDOS.

SEXO	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
MASCULINO	79	50.3	28	56.0
FEMININO	78	49.7	22	44.0
TOTAL	157	100.0	50	100.0

TABELA 54

FREQUÊNCIA DAS MORBIDADES NEONATAIS.

MORBIDADES	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	146	93.0	44	86.3
ICTERÍCIA FISIOL.	8	5.1	5	9.8
S.D.R.	2	1.3	0	0.0
INCOMPATIBILIDADE ABO	1	0.6	0	0.0
ANOMALIA CONGÊNITA	0	0.0	1	2.0
TRAUMA OBSTÉTRICO	0	0.0	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 55

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O ESTADO DE SAÚDE DOS RECÉM-NASCIDOS,  
NO MOMENTO DA ALTA MATERNA.

	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
VIVO E SÃO	155	99.4	49	96.1
MORTE NEONATAL	1	0.6	2	3.9
TOTAL	156	100.0	51	100.0

TABELA 56

FREQUÊNCIA DAS HEMORRAGIAS NO PUERPÉRIO.

HEMORRAGIA	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	152	96.8	44	98.0
COM	5	3.2	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0



TABELA 57

FREQUÊNCIA DE CURETAGEM NO PUERPÉRIO.

CURETAGEM	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SEM	155	98.7	49	96.1
COM	2	1.3	2	3.9
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 58

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O ESTADO DE SAÚDE DAS MÃES, NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR.

ESTADO DE SAÚDE	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
SADIA	155	98.7	50	98.0
C/COMPLICAÇÃO MÉDICA	2	1.3	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 59

DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO, ANTES DO PARTO.

NÚMERO DE DIAS	GRUPO CÓCORAS		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
0	126	80.3	41	80.4
1	30	19.1	9	17.6
2	1	0.6	0	0.0
>2	0	0.0	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

TABELA 60

DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES SEGUNDO O NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO, APÓS O PARTO.

NÚMERO DE DIAS	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1	27	17.2	1	2.0
2	107	68.1	40	78.4
3	19	12.1	8	15.7
4	2	1.3	0	0.0
5	1	0.6	1	2.0
6	1	0.6	1	2.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

\*  $p < 0.05$

TABELA 61

DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS

NÚMERO DE DIAS	GRUPO CÓCORAS*		GRUPO LITOTOMIA	
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)
1	25	15.9	2	3.9
2	109	69.4	39	76.5
3	19	12.1	9	17.6
4	2	1.3	0	0.0
5	1	0.6	1	2.0
6	1	0.6	0	0.0
TOTAL	157	100.0	51	100.0

\*  $p < 0.05$

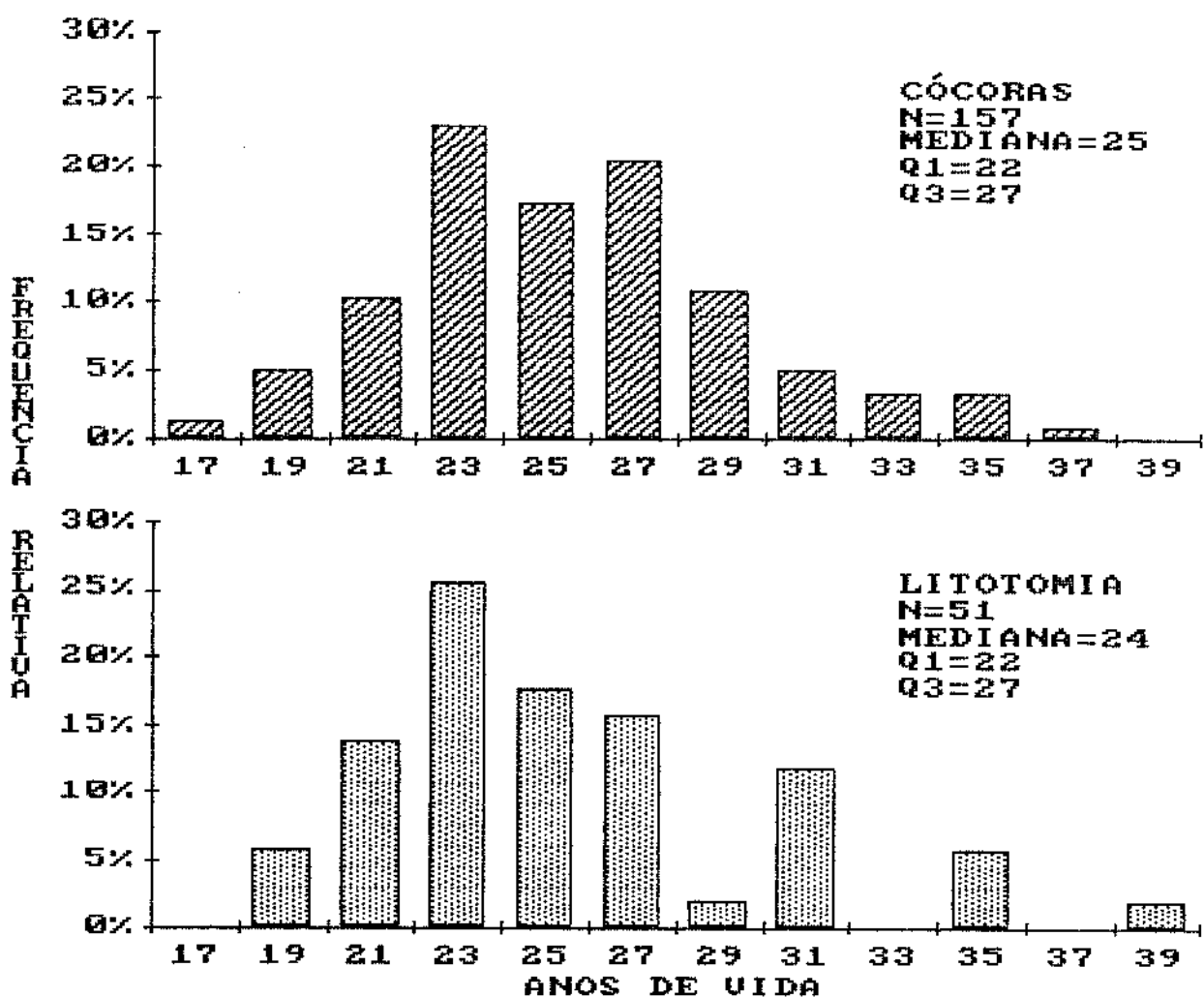


FIGURA 1 - Distribuição de frequência segundo a IDADE MATERNA. Os intervalos de classe têm longitude de 2 anos e são representados, pelo seu limite máximo, no eixo horizontal. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação estatística entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ("U" Cóc=4130.5; "U" LIT=3876.5;  $t=0.345$ ).

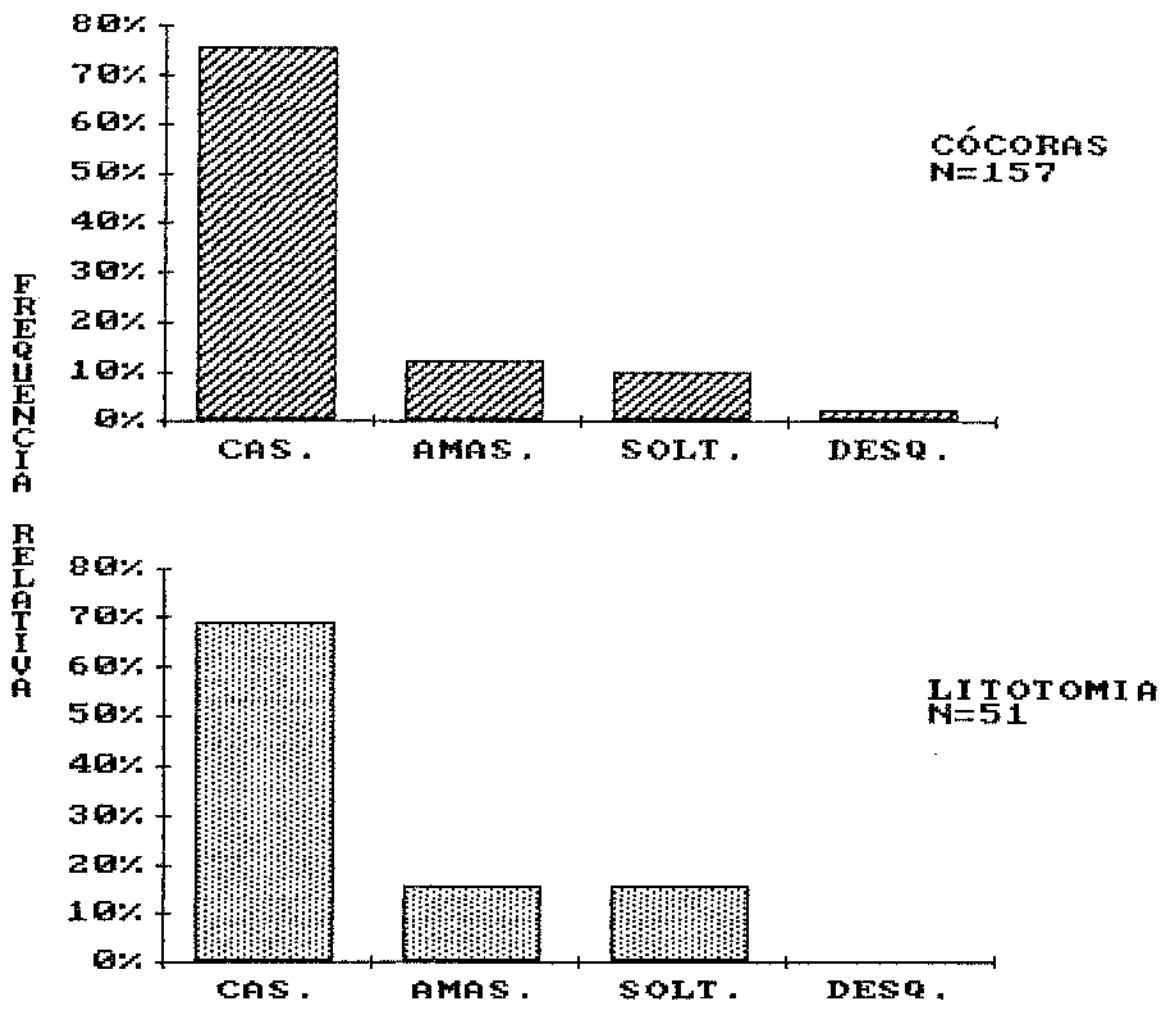


FIGURA 2 - Distribuição de frequência segundo o ESTADO CIVIL das gestantes. (Casadas, amasiadas, solteiras e desquitadas). O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócóras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre os dois grupos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.287$ ; G.L.=1).

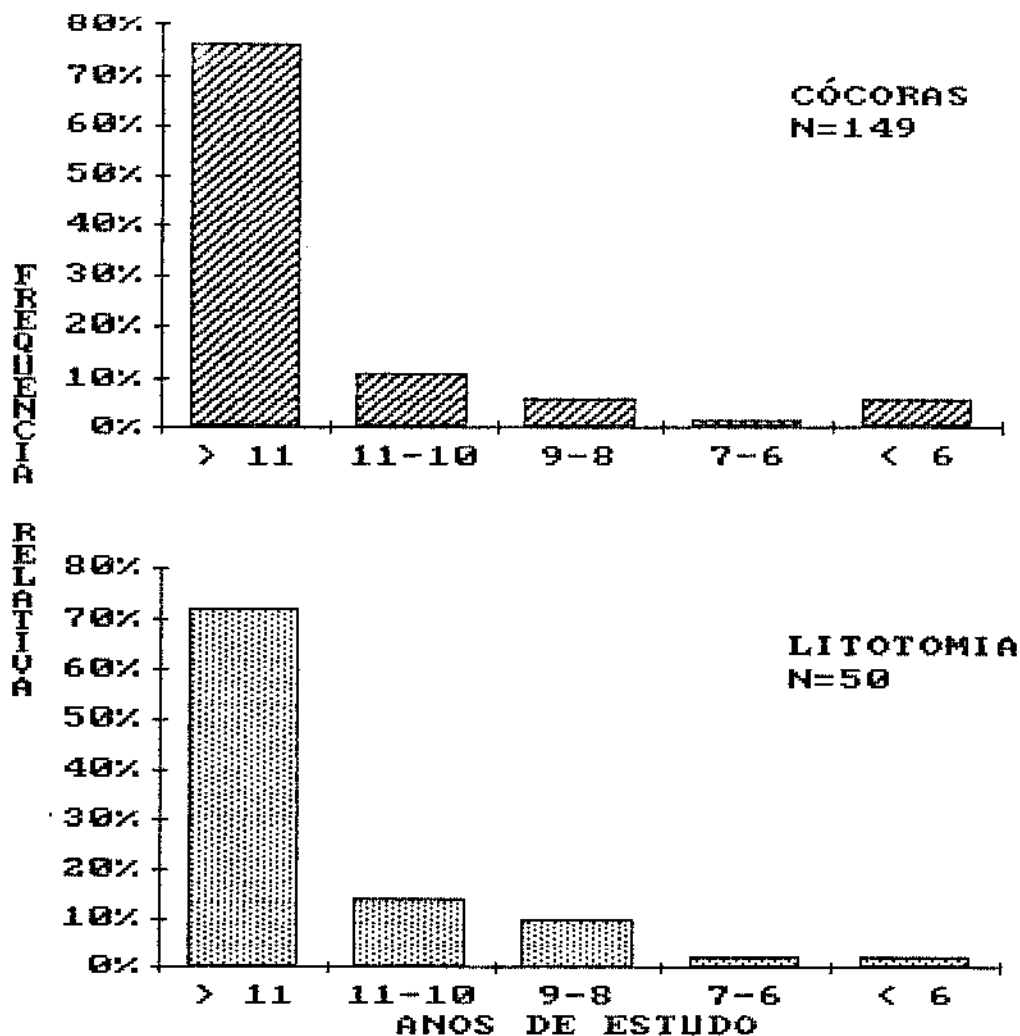


FIGURA 3 - Distribuição de frequência segundo a ESCOLARIDADE. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC}=3867$ ;  $U_{LIT}=3583$ ;  $t=0.410$ ).

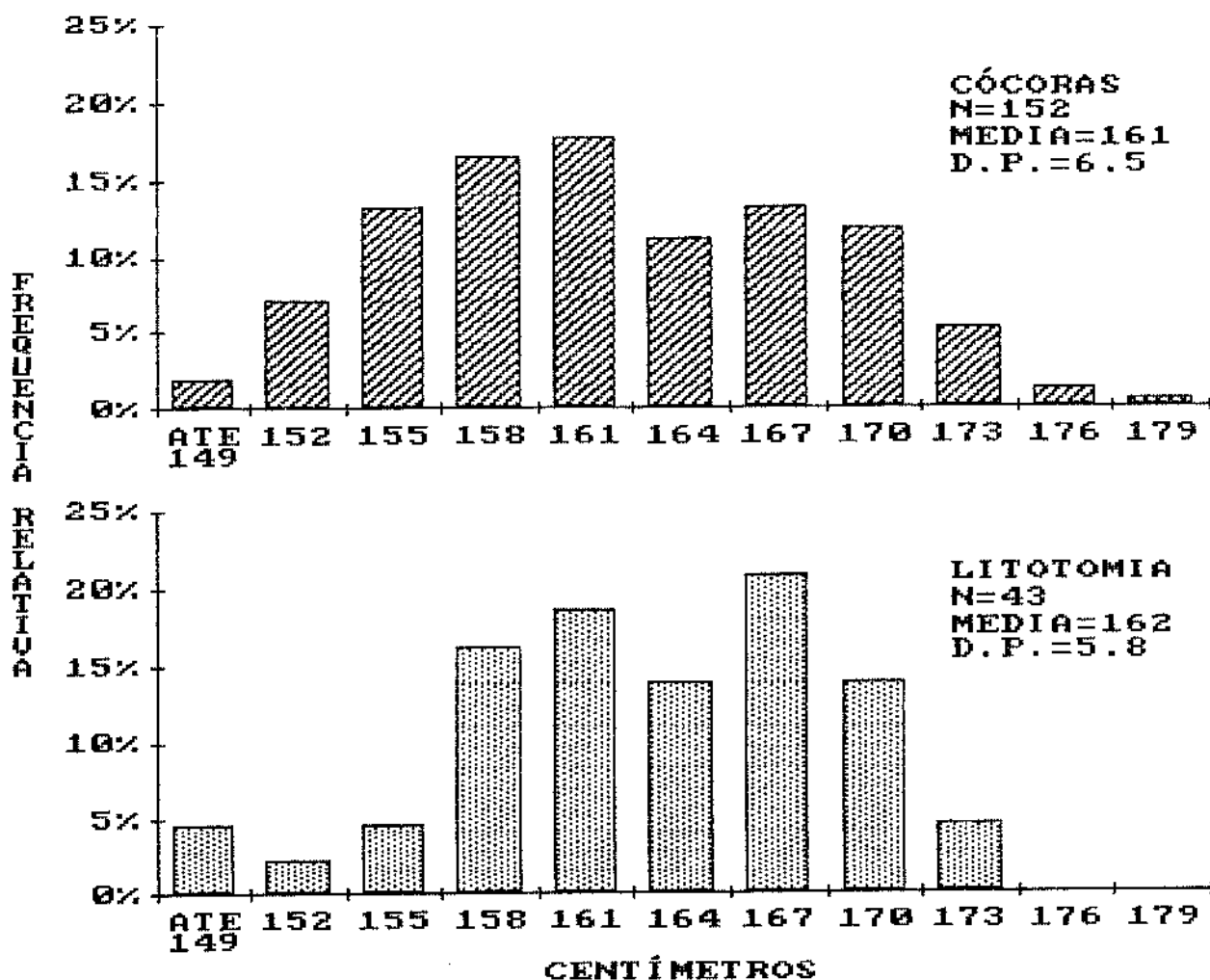


FIGURA 4 - Distribuição de frequência segundo a ALTURA DAS MÃES. Os intervalos de classe com longitude de 3 centímetros, estão representados no eixo horizontal, pelo seu limite máximo. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos apresentam distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Student) não revelou diferença significativa ( $t=0.905$ ; G.L.=193).

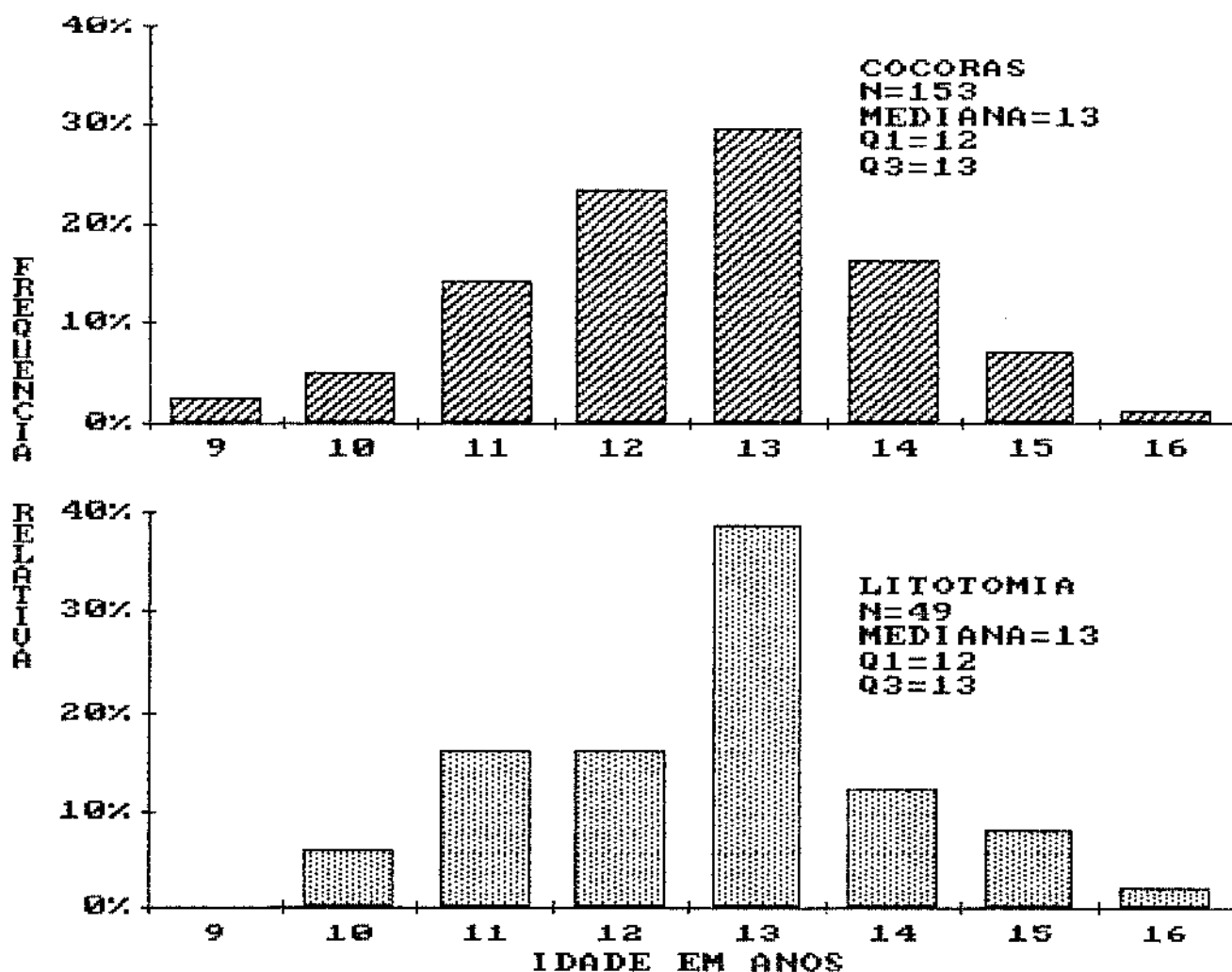


FIGURA 5 - Distribuição de frequência segundo a IDADE NA MENARCA. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC} = 3616.5$ ;  $U_{LIT} = 3880.5$ ;  $t = 0.380$ ).



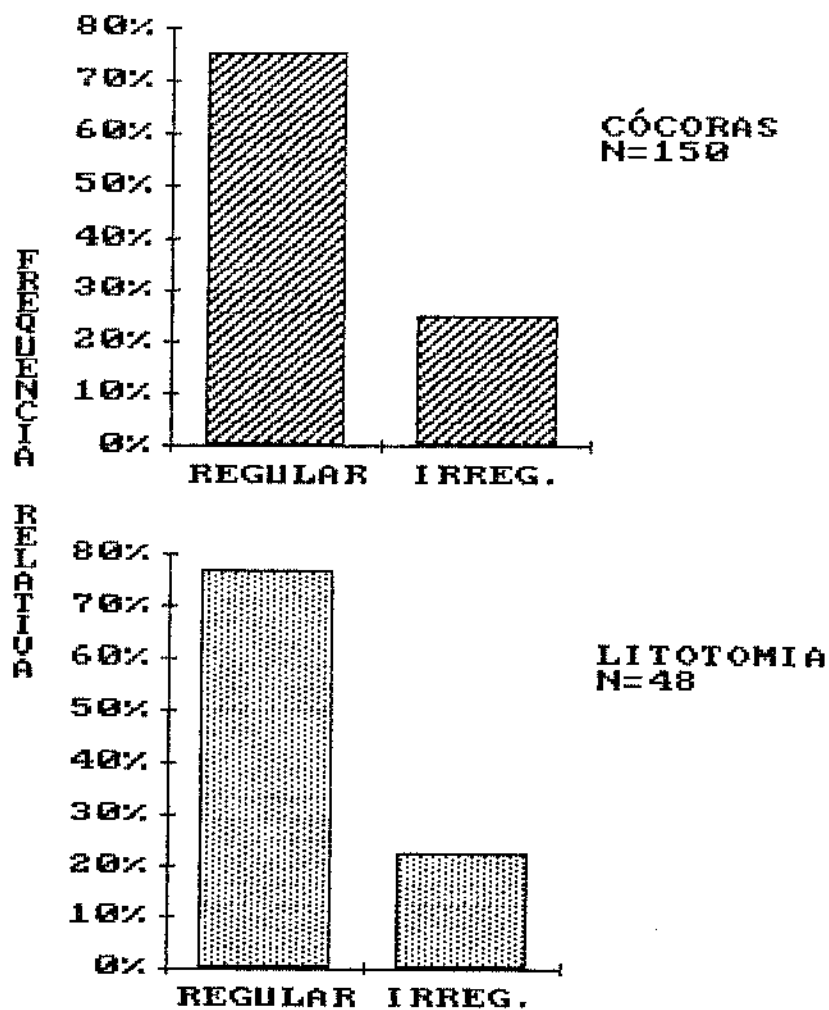


FIGURA 6 - Distribuição de frequência segundo o PADRÃO MENSTRUAL das gestantes. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.061$ ; G.L.=1).

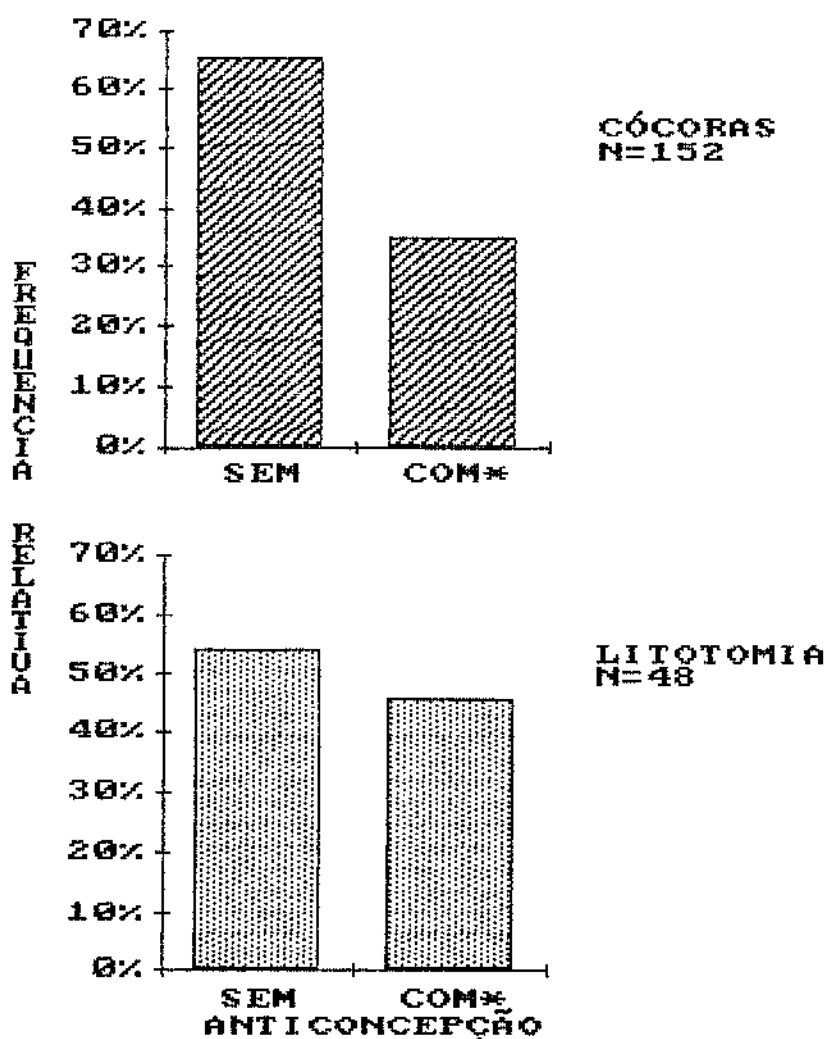


FIGURA 7 - Distribuição de frequência segundo o uso de ANTICONCEPCÃO previamente à gestação. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação dos dois grupos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $\chi^2=1.871$ ; G.L.=1).

\* COM - compreende os casos discriminados segundo o método, na tabela 7.

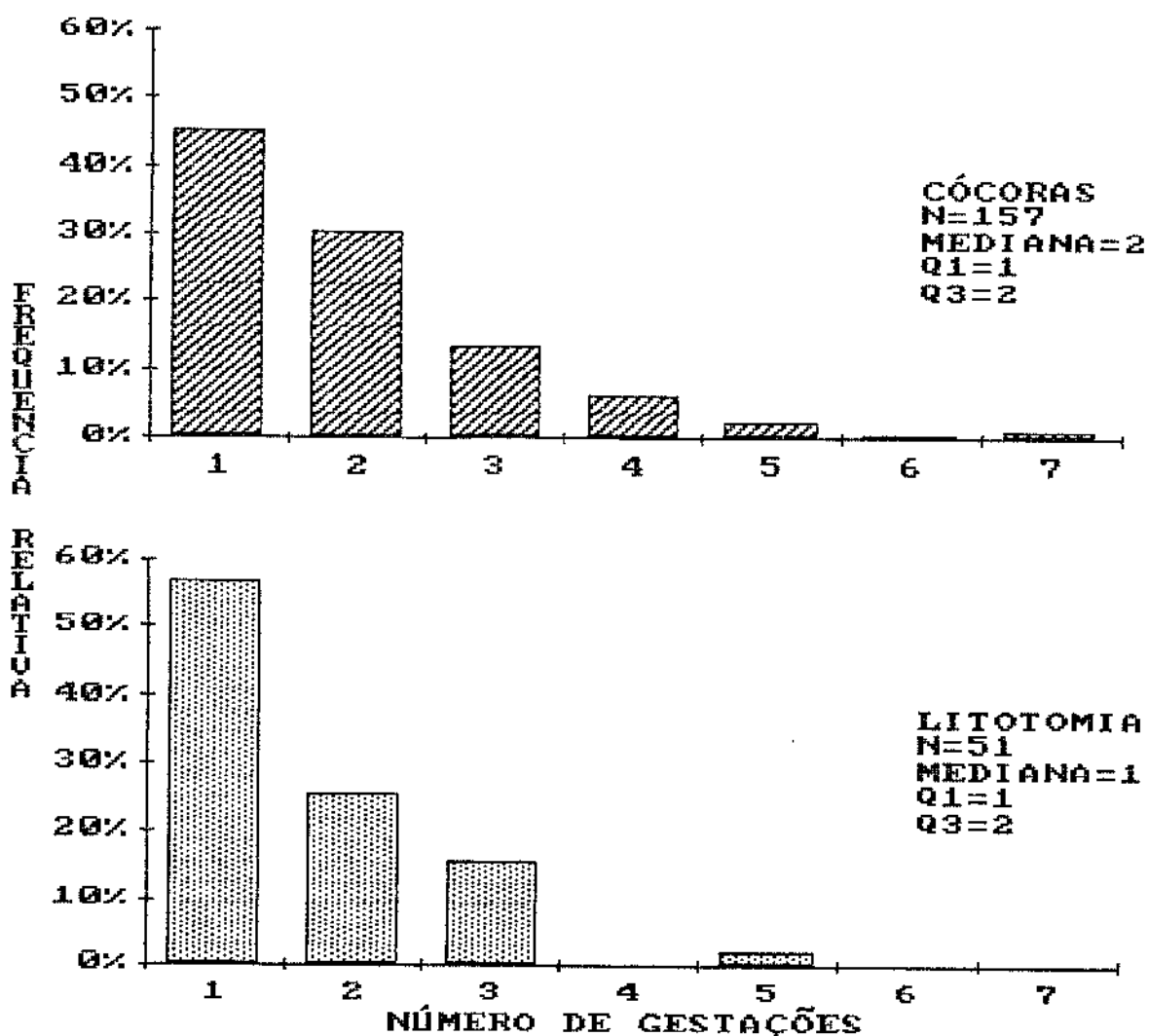


FIGURA 8 - Distribuição de frequência segundo o NÚMERO DE GESTAÇÕES. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC}=4554.5$ ;  $U_{LIT}=3452.5$ ;  $t=1.590$ ).

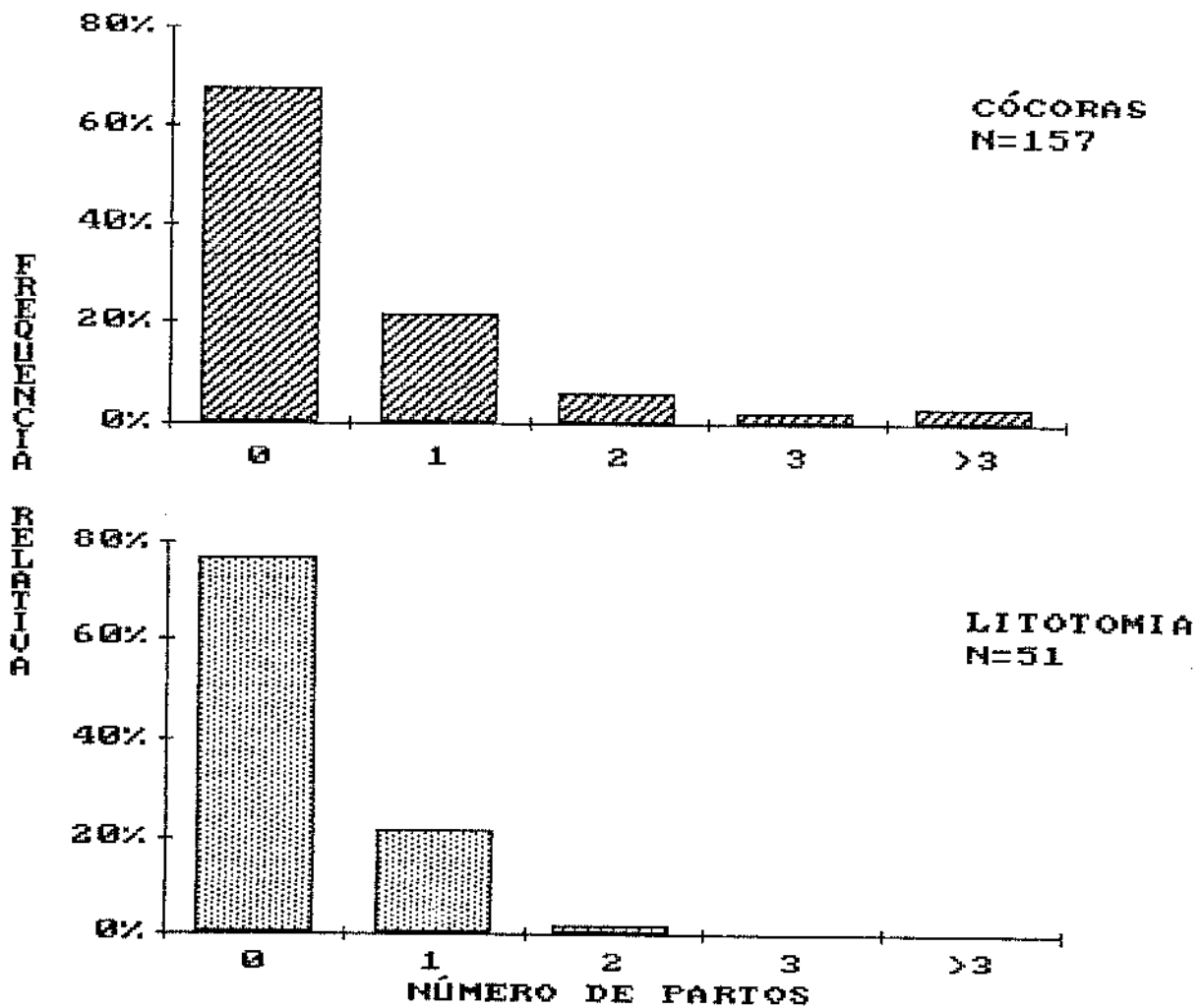


FIGURA 9 - Distribuição de freqüência segundo o NÚMEROS DE PARTOS. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC} = 4442.5$ ;  $U_{LIT} = 3564.5$ ;  $t = 1.455$ ).

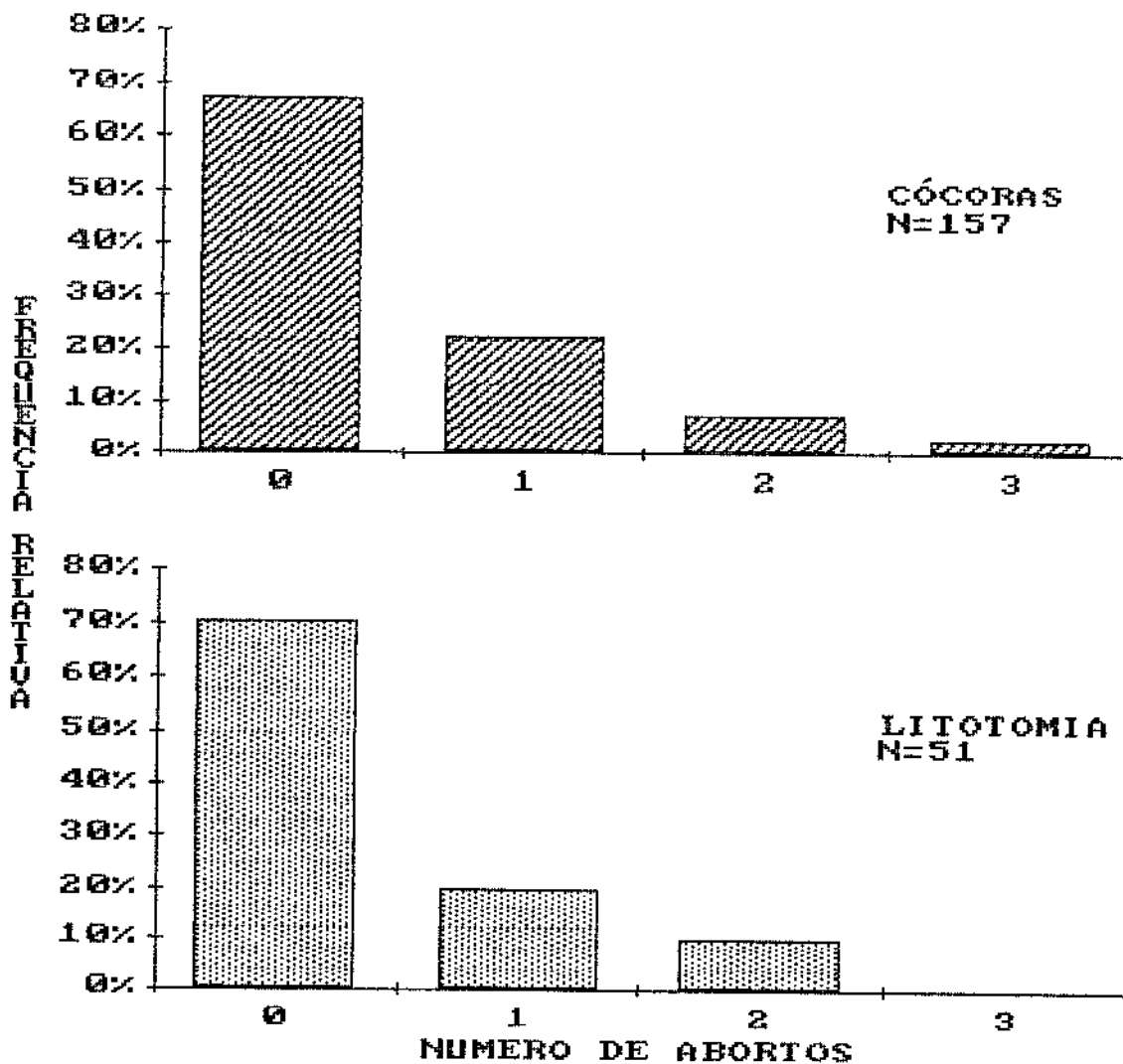


FIGURA 10 - Distribuição de frequência segundo O NÚMERO DE ABORTOS. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação dos dois grupos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.168$ ; G.L.=1).

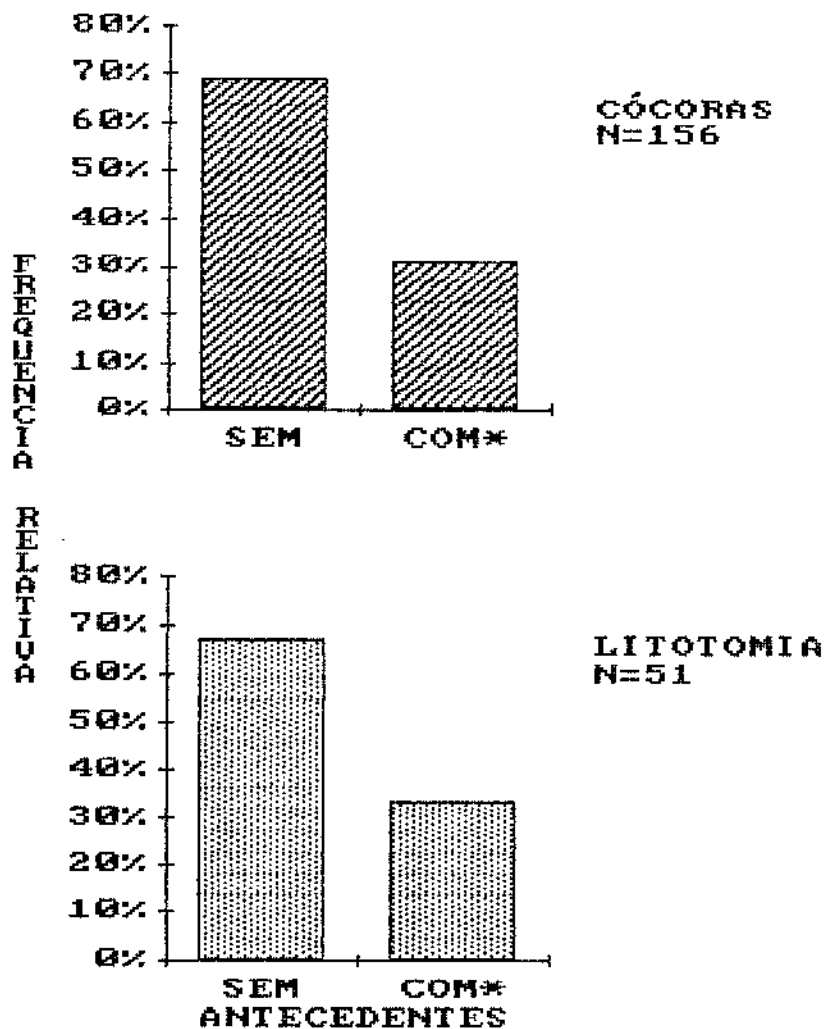


FIGURA 11 - Distribuição de frequência segundo a história de ANTECEDENTES MÓRBIDOS. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação dos dois grupos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.117$ ; G.L.=1).

\* COM - compreende os casos discriminados segundo as morbidades, na tabela 12.

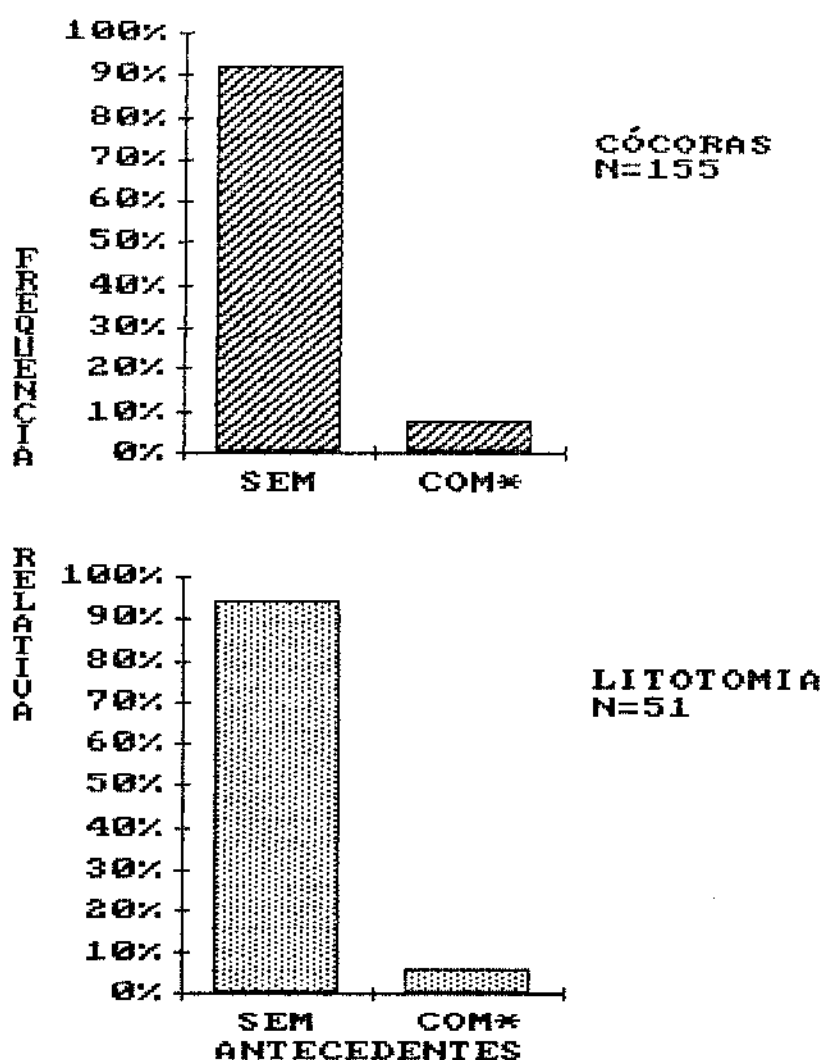


FIGURA 12 - Distribuição de frequência segundo a existência de ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS PATOLÓGICOS. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação dos dois grupos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $\chi^2=0.018$  G.L.=1).

\* COM - compreende os casos discriminados segundo as morbididades, na tabela 13.

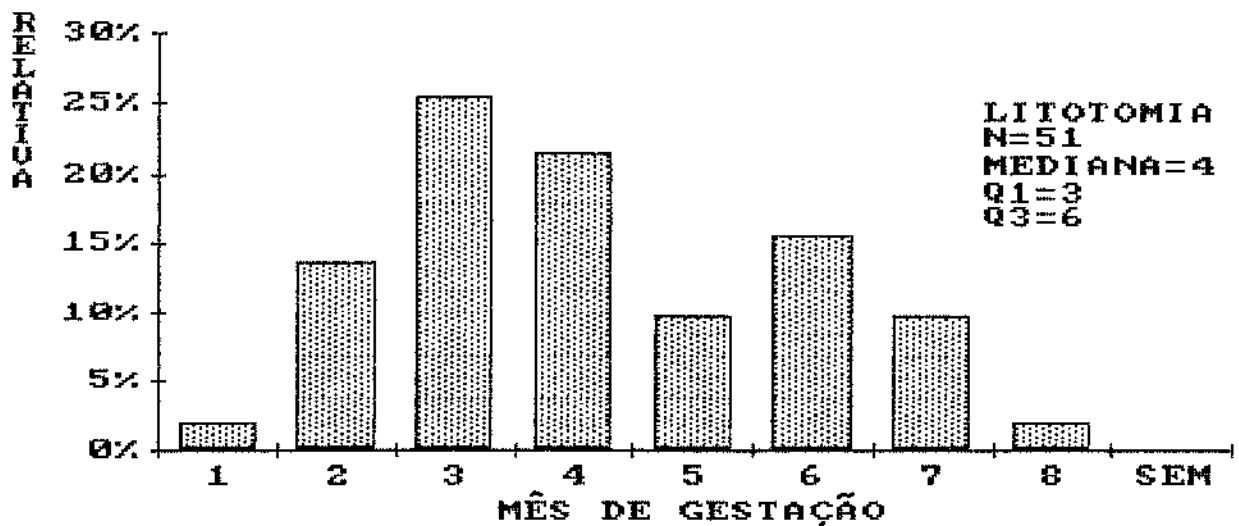
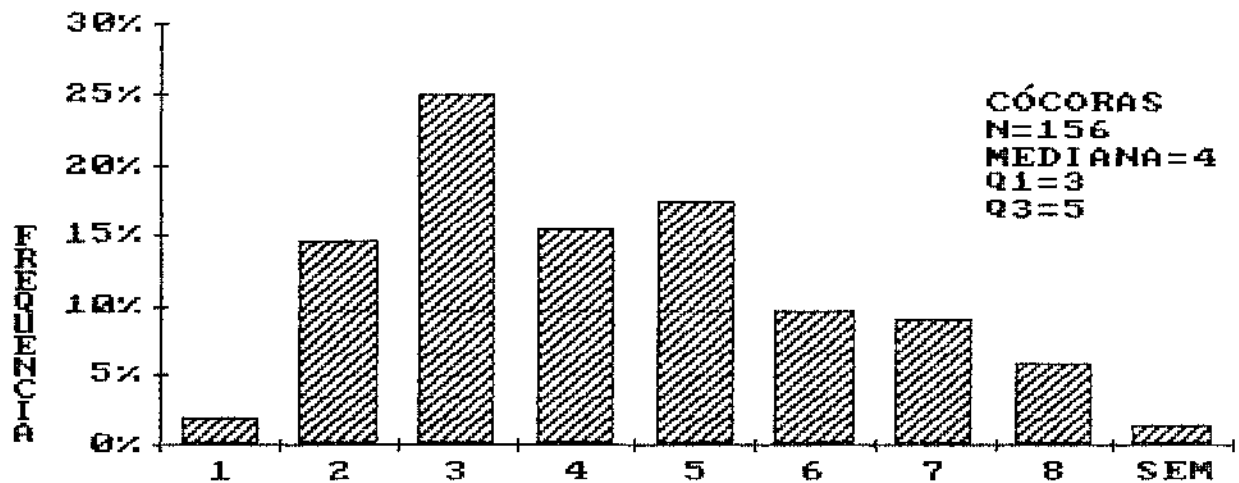


FIGURA 13 - Distribuição de frequência segundo o mês de gestação em que ocorreu o INÍCIO DO PRÉ-NATAL. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócóras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC}=3972.5$ ;  $U_{LIT}=3983.5$ ;  $t=0.015$ ).



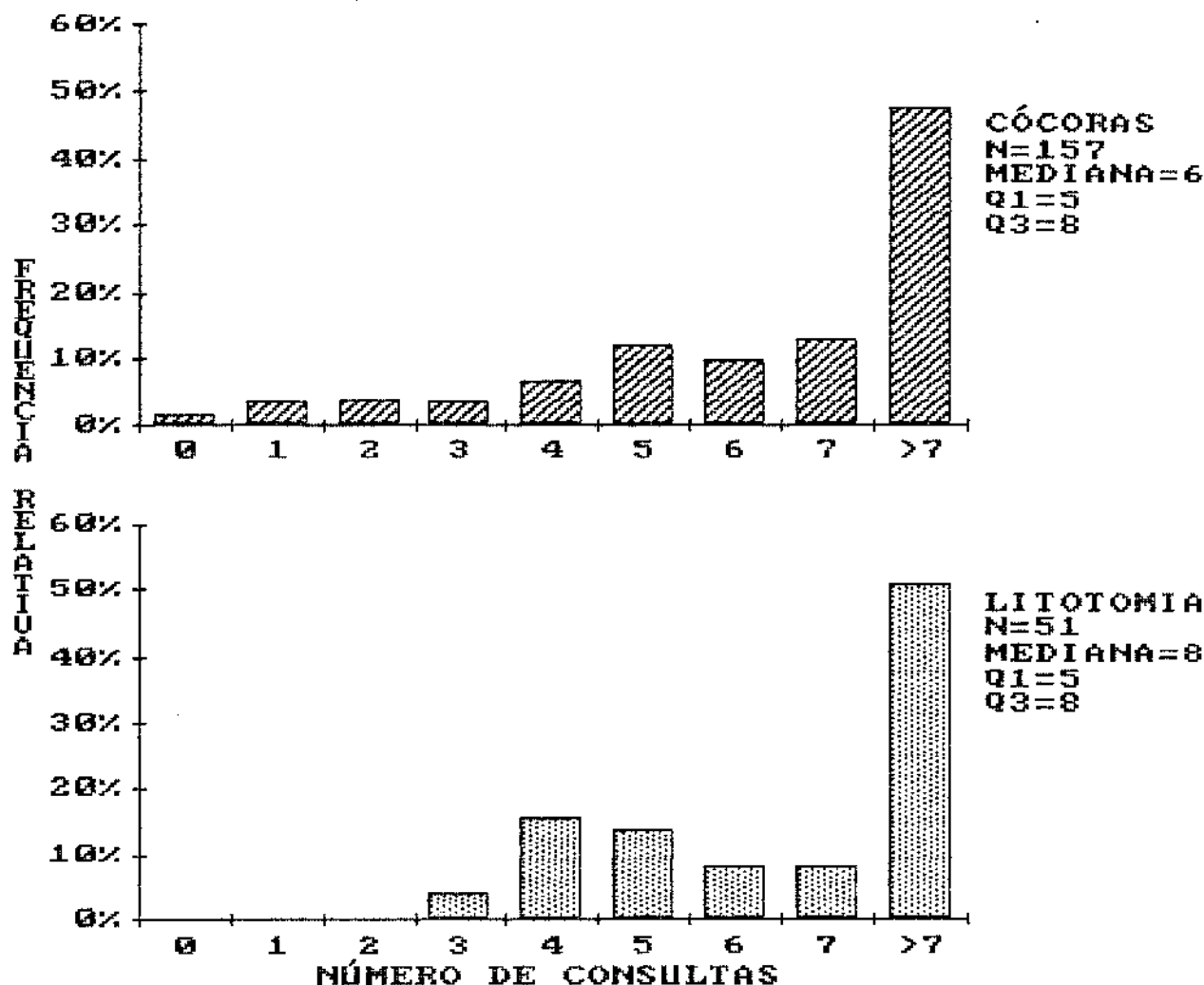


FIGURA 14 - Distribuição de frequência segundo o NÚMERO DE CONSULTAS número de consultas realizadas no acompanhamento pré-natal. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC} = 4038.5$ ;  $U_{LIT} = 3968.5$ ;  $t = 0.096$ ).

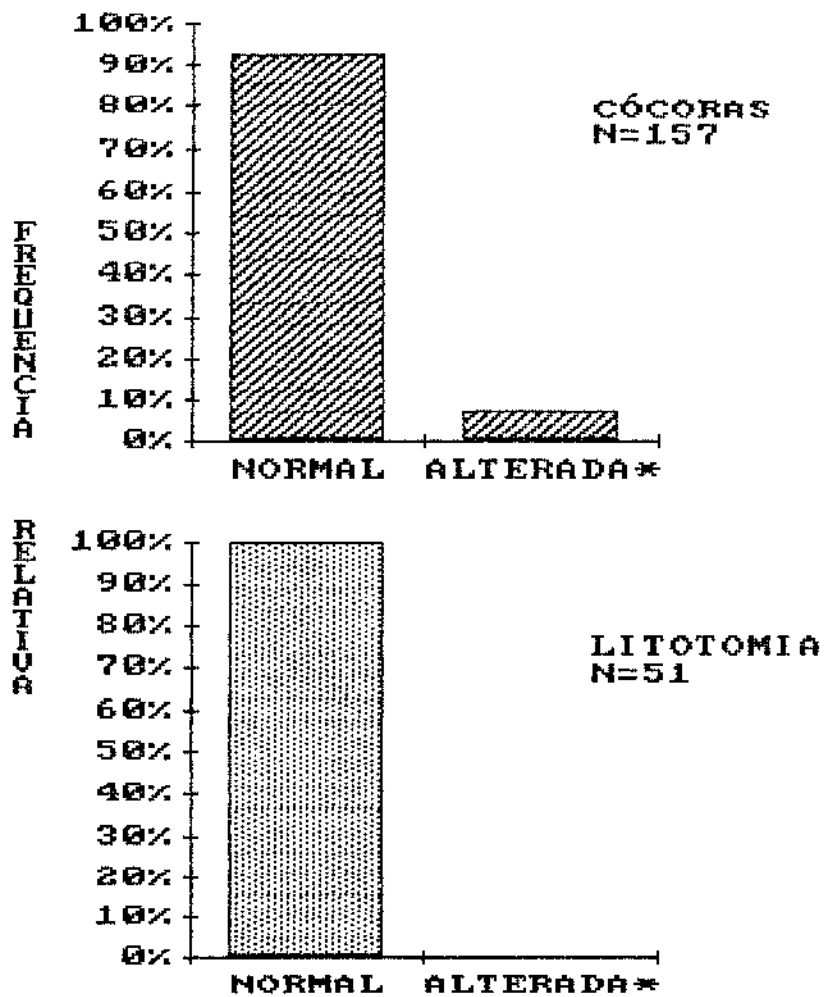


FIGURA 15 - Distribuição de frequência segundo a situação da PRESSÃO ARTERIAL. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $\chi^2=2.850$ ; G.L.=1).

\* COM - compreende os casos discriminados segundo o tipo de alterações, na tabela 16.

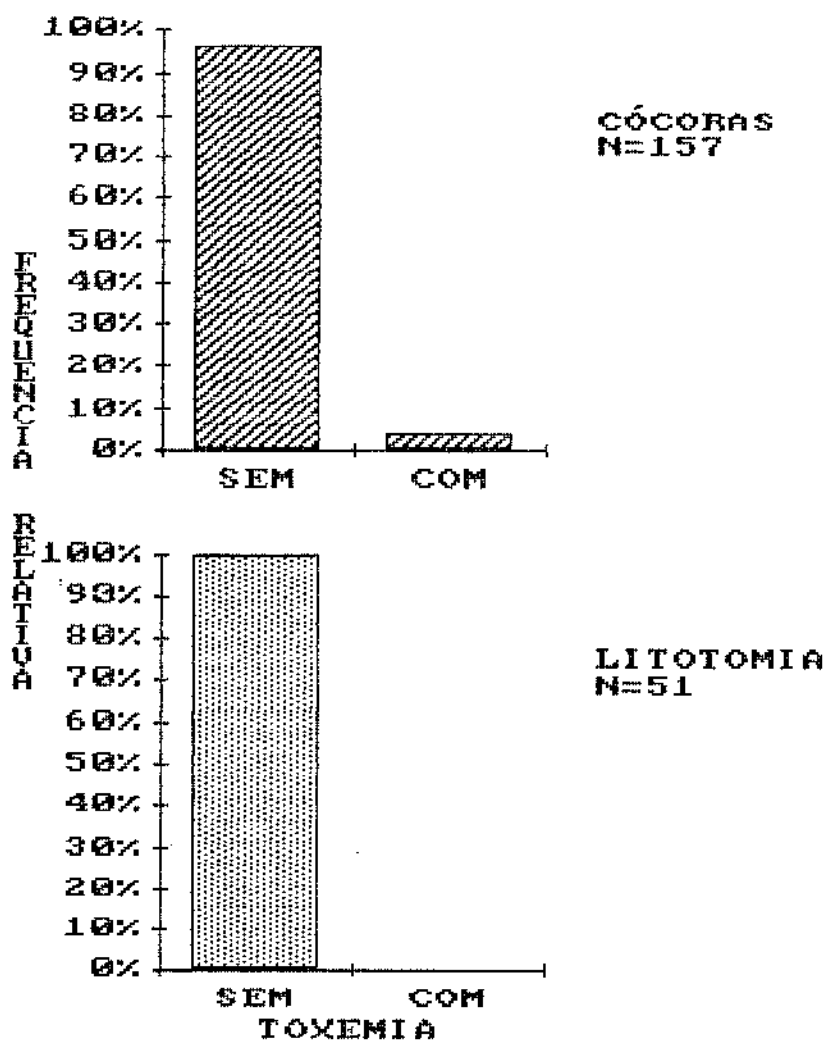


FIGURA 16 - Distribuição de frequência segundo a ocorrência de TOXEMIA. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.875$ ; G.L.=1).

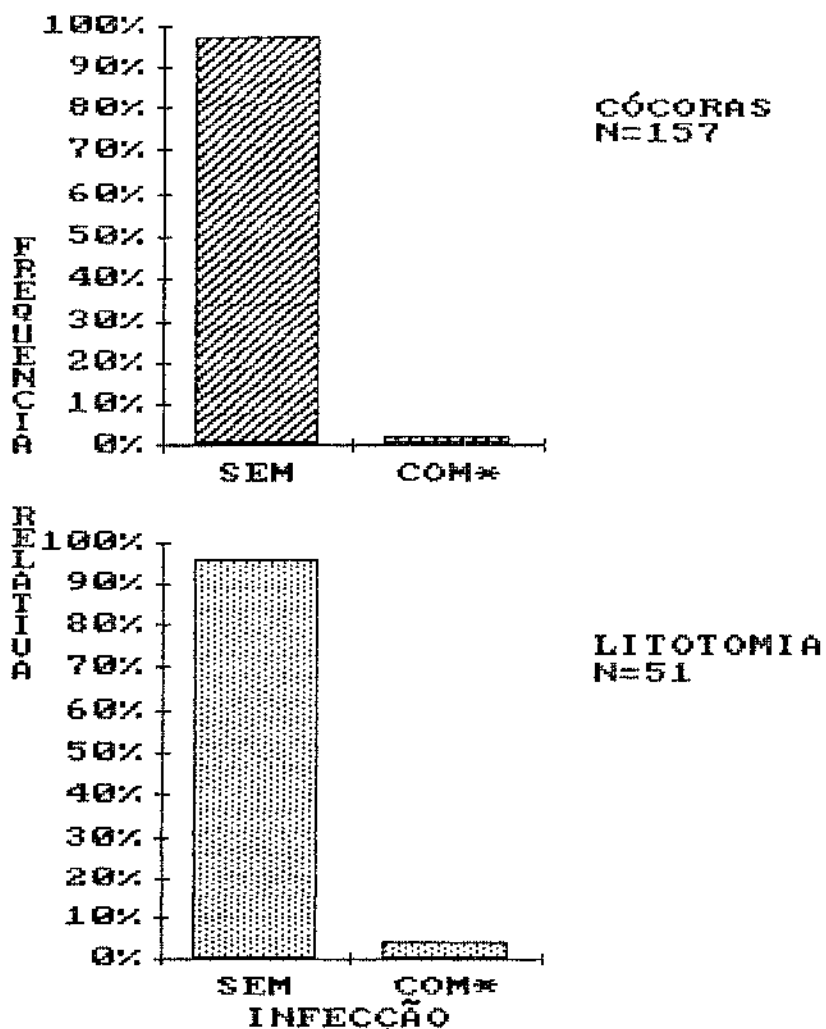


FIGURA 17 - Distribuição de frequência segundo a ocorrência de INFECCÃO NA GRAVIDEZ. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.001$ ; G.L.=1).

\* COM - compreende os casos discriminados segundo as alterações na tabela 18.

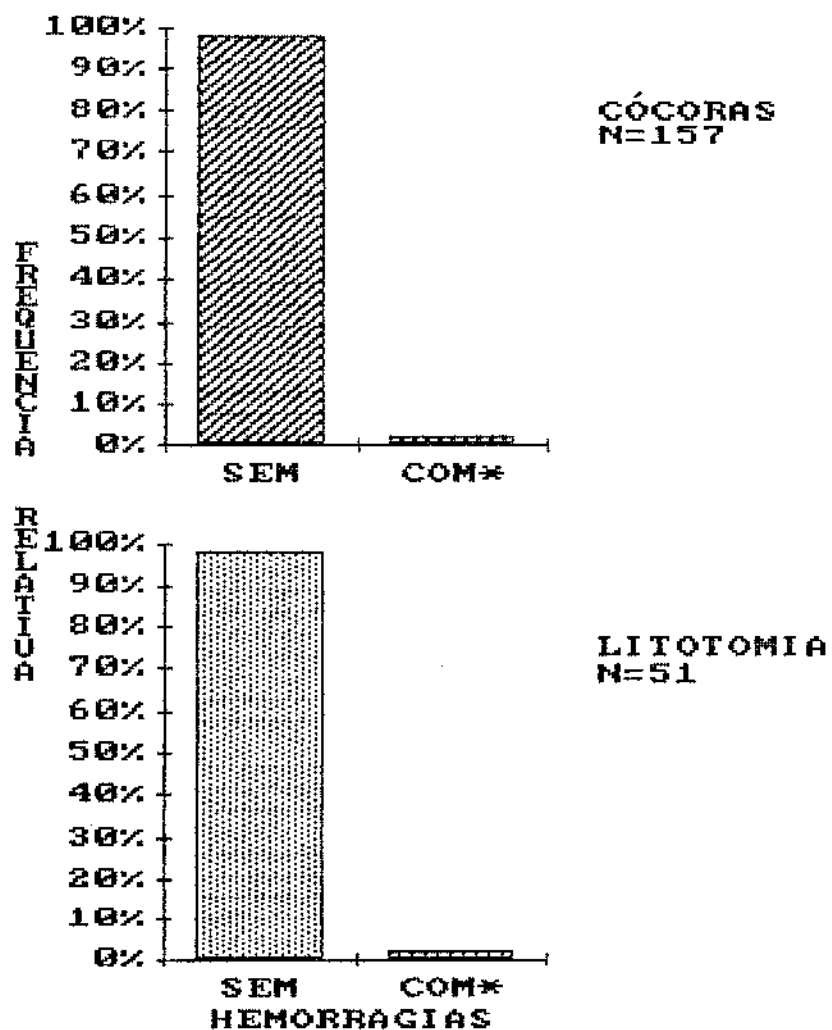


FIGURA 18 - Distribuição de frequência segundo a ocorrência de HEMORRAGIA durante a gestação. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.318$ ; G.L.=1).

\* COM - compreende os casos discriminados segundo os tipos de hemorragia, na tabela 19.

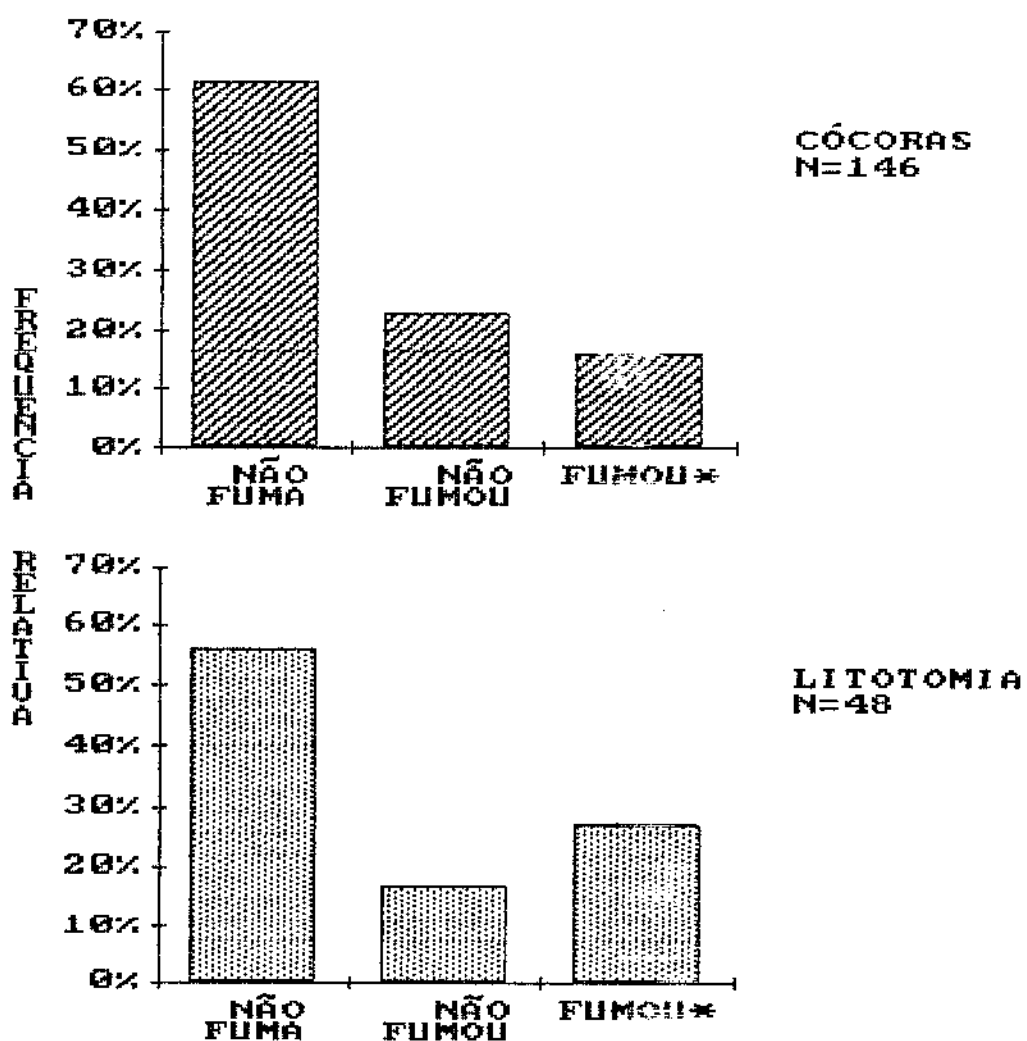


FIGURA 19 - Distribuição de frequência segundo o TABAGISMO na gravidez. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $\chi^2=3.275$ ; G.L.=2).

\* FUMOU - compreende os casos discriminados segundo a quantidade e período gestacional, na tabela 19.

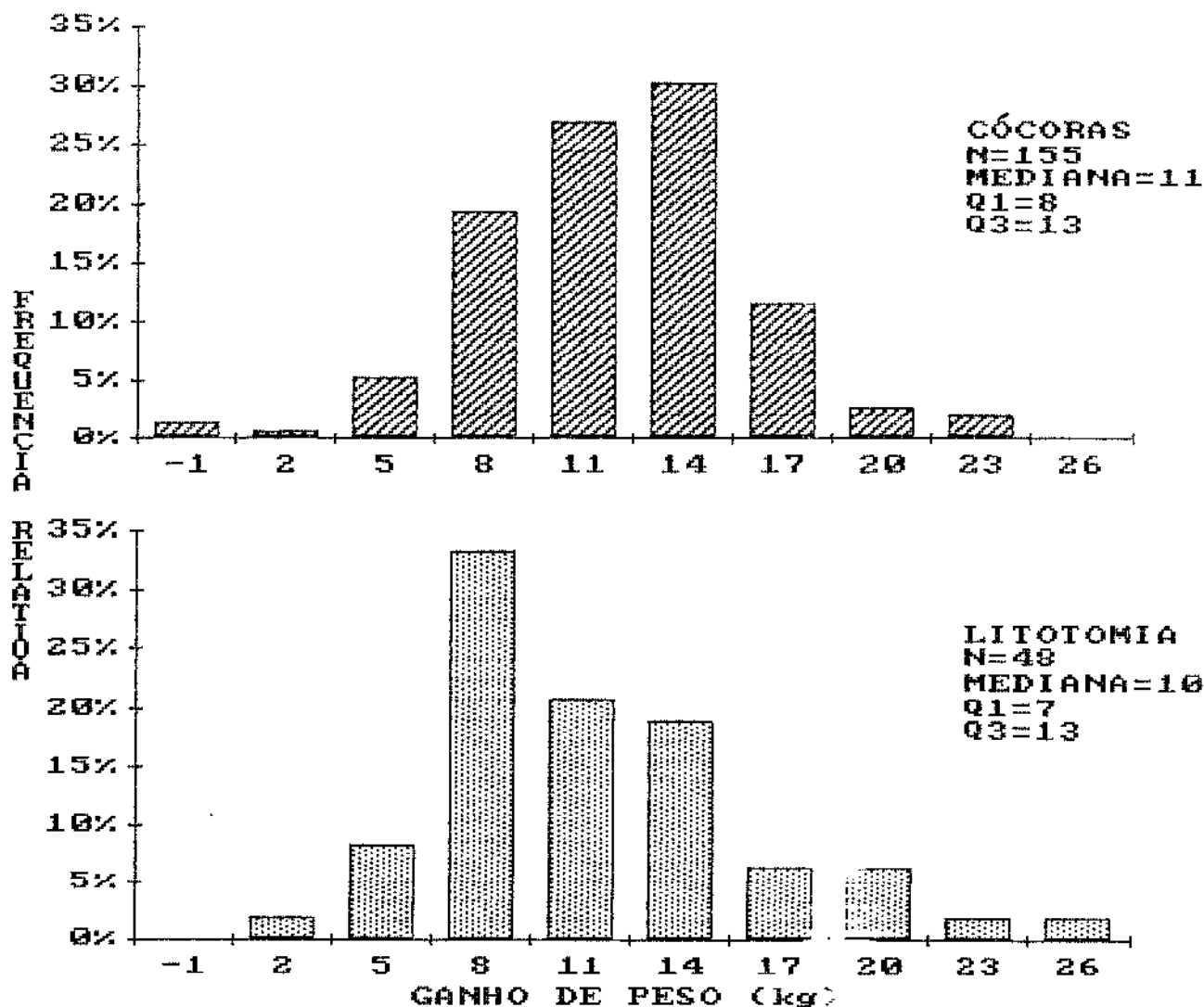


FIGURA 20 - Distribuição de frequência segundo o GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO. Os intervalos de classe tem longitude de três quilogramas e acham-se representados no eixo horizontal, pelo seu limite máximo. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, apenas o primeiro grupo - Cócoras - não apresenta distribuição normal. A comparação entre ambos (teste de Mann-Whitney) revelou diferença significativa ( $U_{C\&C}=4314.5$ ;  $U_{Lit}=3125.5$ ;  $t=1.709$ ;  $p<0.05$ ).

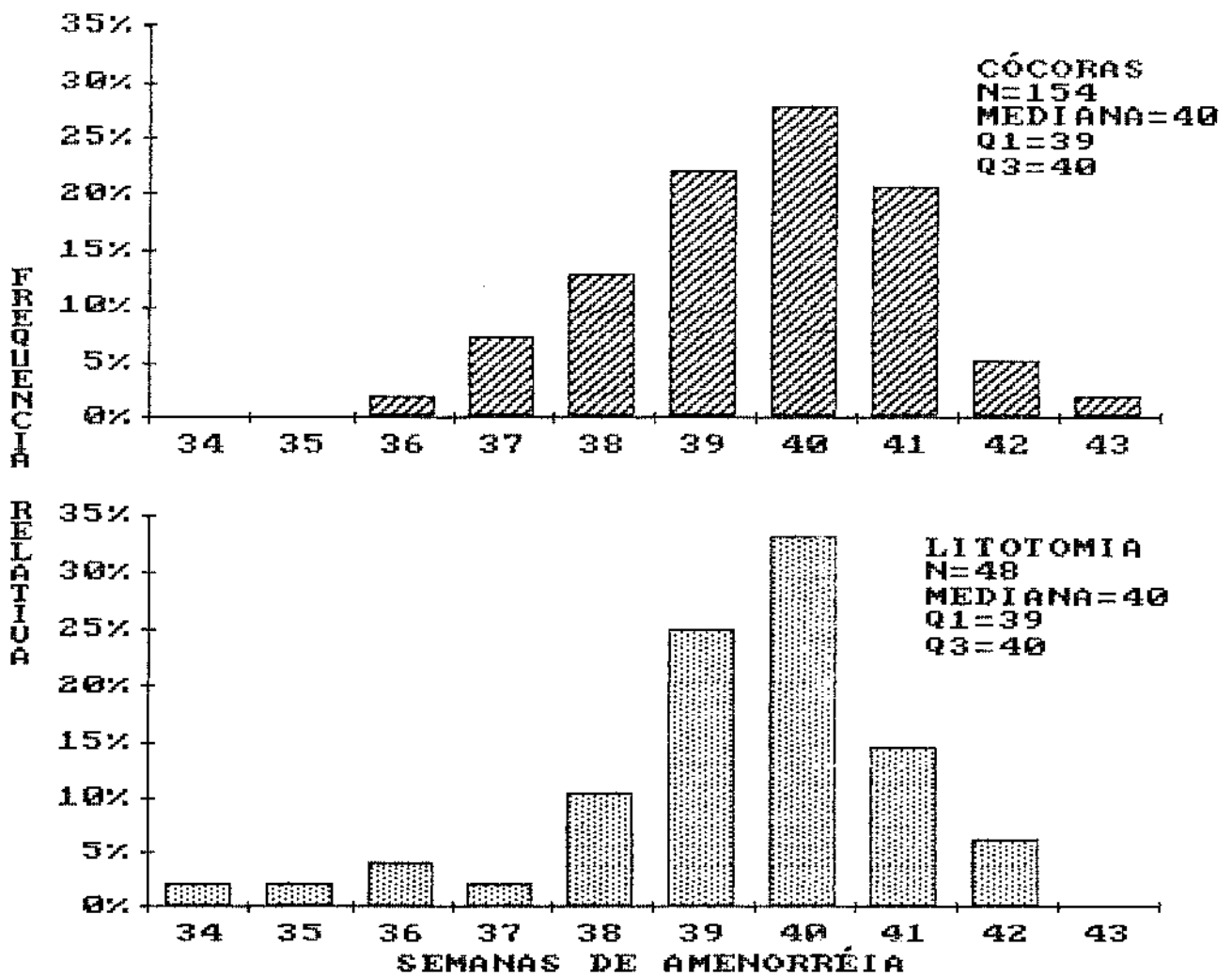


FIGURA 21 - Distribuição de frequência segundo a IDADE GESTACIONAL no momento do parto. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Segundo o teste de aderência, nenhum dos grupos apresenta distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC} = 3886.5$ ;  $U_{LIT} = 3505.5$ ;  $t = 0.552$ ).



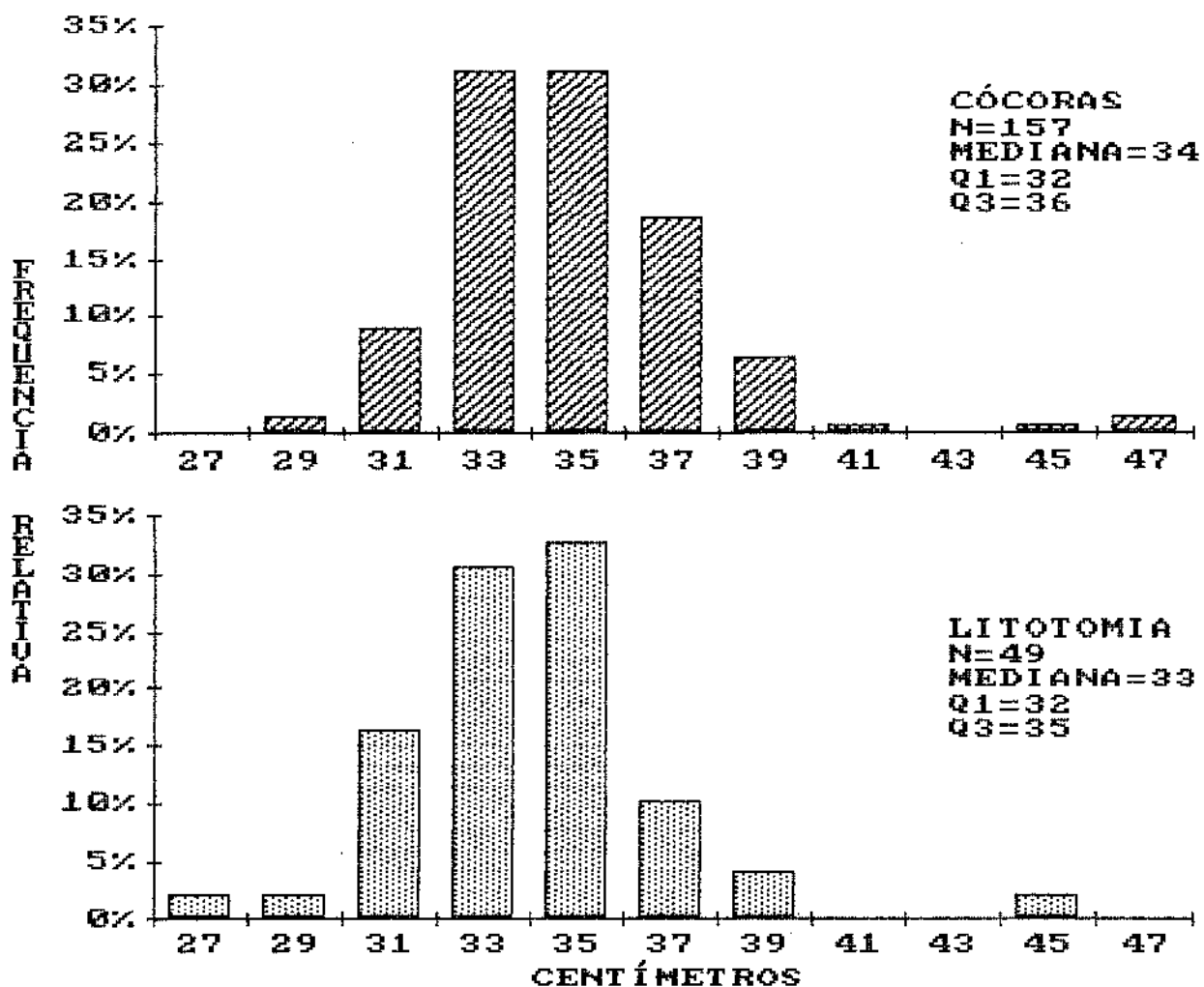


FIGURA 22 - Distribuição de frequência segundo a ALTURA UTERINA no momento da admissão à maternidade. Os intervalos de classe têm longitude de 2 centímetros e acham-se representados, pelo seu limite máximo, no eixo horizontal. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócóras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $"U"_{CÓC} = 4424.5$ ;  $"U"_{LIT} = 3268.5$ ;  $t = 1.601$ ).

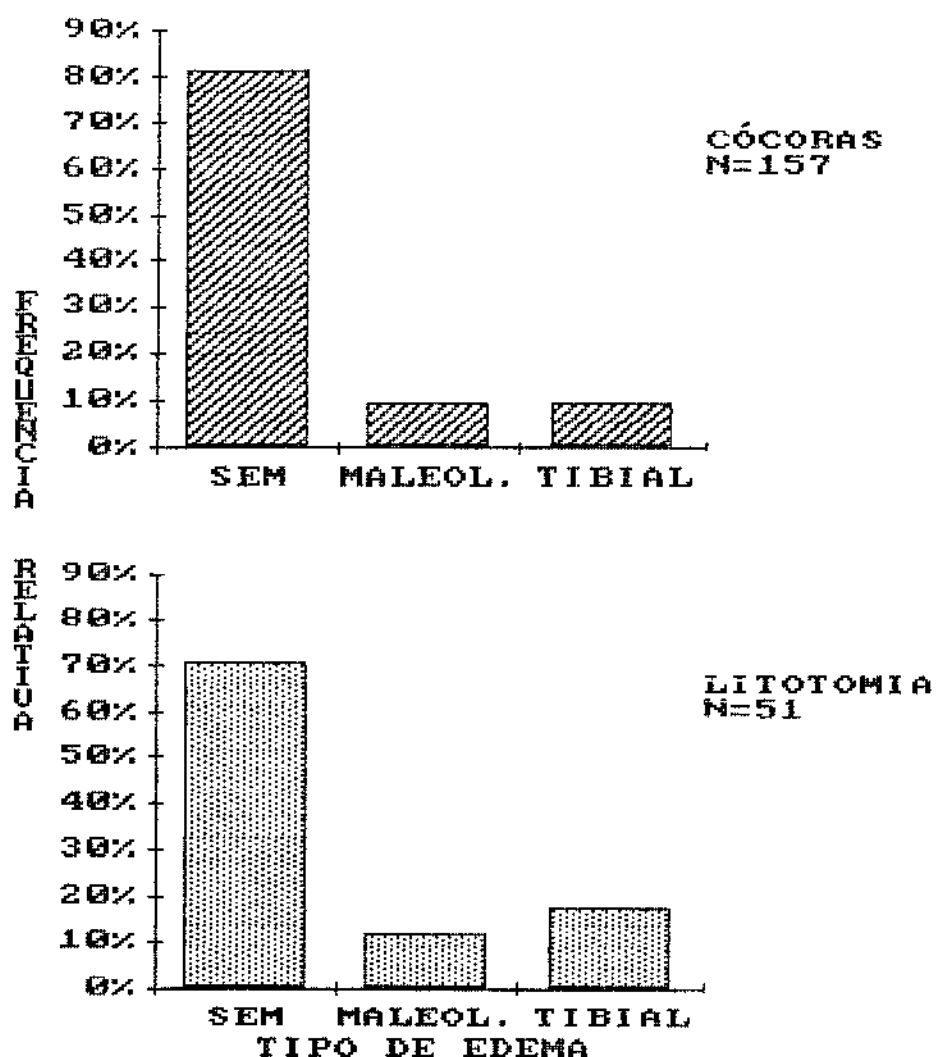


FIGURA 23 - Distribuição de frequência segundo a OCORRÊNCIA DE EDEMA no período gestacional (sem, maleolar ou tibial). O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócóras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=2.410$ ; G.L.=1).

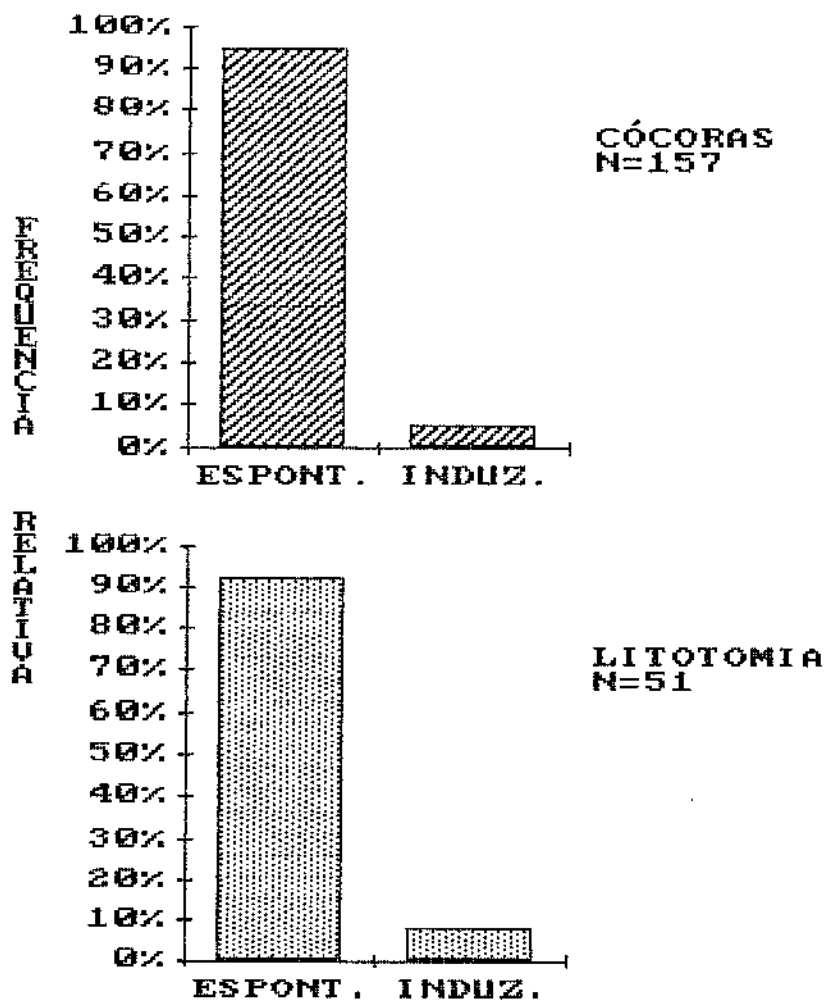


FIGURA 24 - Distribuição de freqüência segundo a FORMA DE INÍCIO DO PARTO (espontâneo ou induzido) O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.149$ ; G.L.=1).

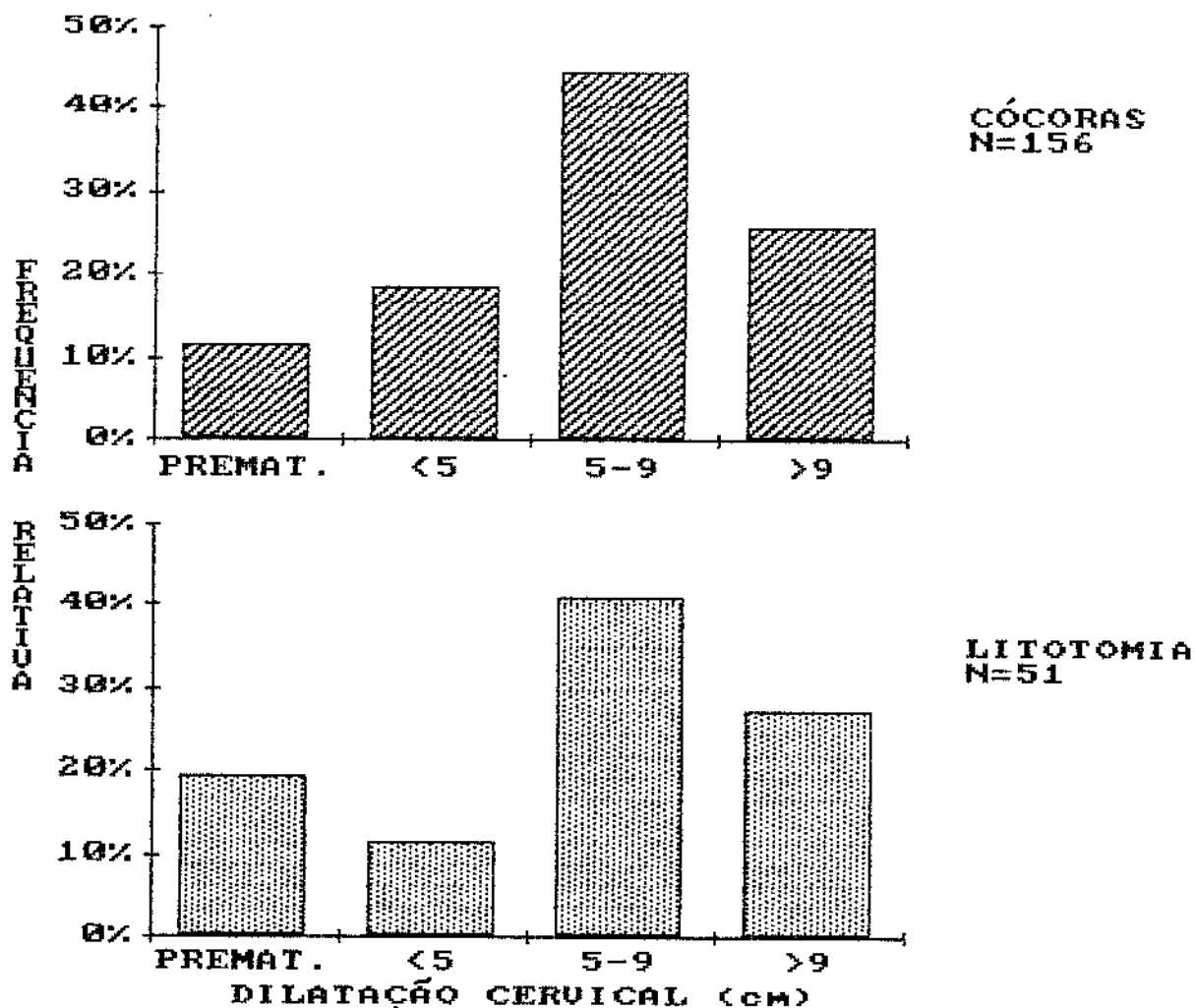


FIGURA 25 - Distribuição de frequência segundo o MOMENTO DA RUPTURA DAS MEMBRANAS. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $\chi^2=3.040$ ; G.L.=3).

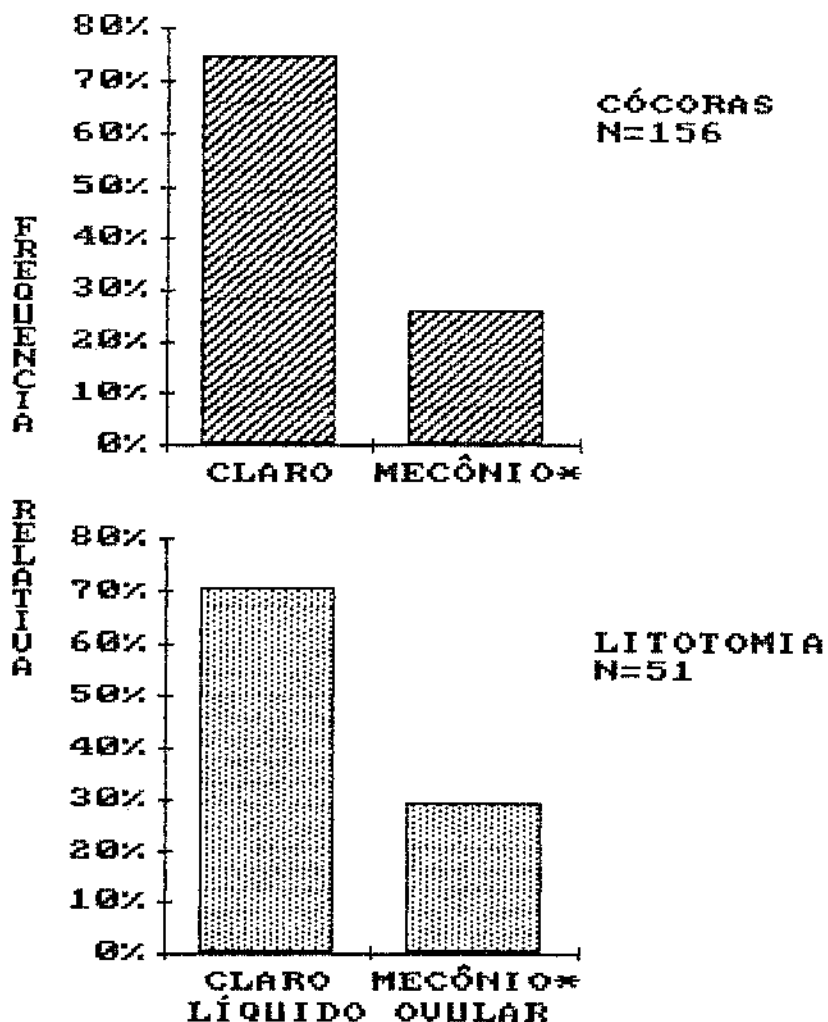


FIGURA 26 - Distribuição de frequência segundo o ESTADO LÍQUIDO OVULAR. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $\chi^2=0.280$ ; G.L.=1).

\* MECÔNIO - Compreende os casos discriminados segundo o aspecto e quantidade, na tabela 27.

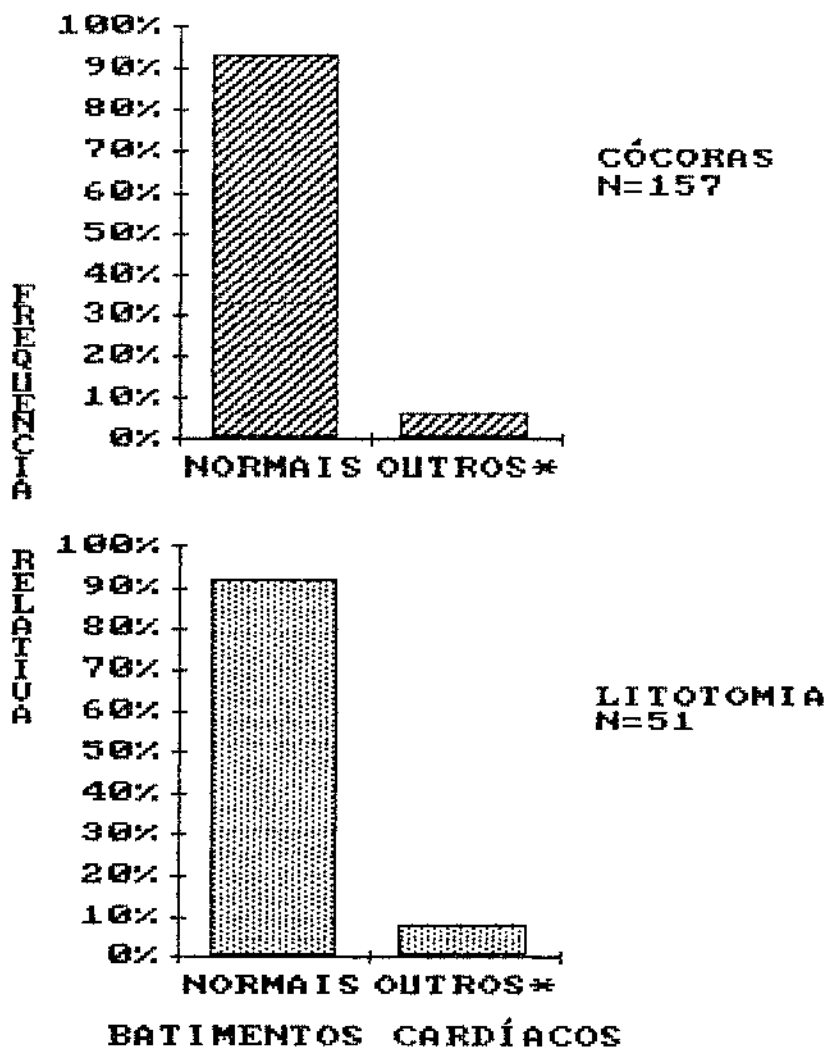


FIGURA 27 - Distribuição de frequência segundo a classificação dos BATIMENTOS CÁRDIO-FETAIS. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre ambos (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0,002$ ; G.L.=1).

\* NORMAIS - inclui os casos de DIP tipo I.

OUTROS - Os casos são apresentados de forma discriminada na tabela 29.

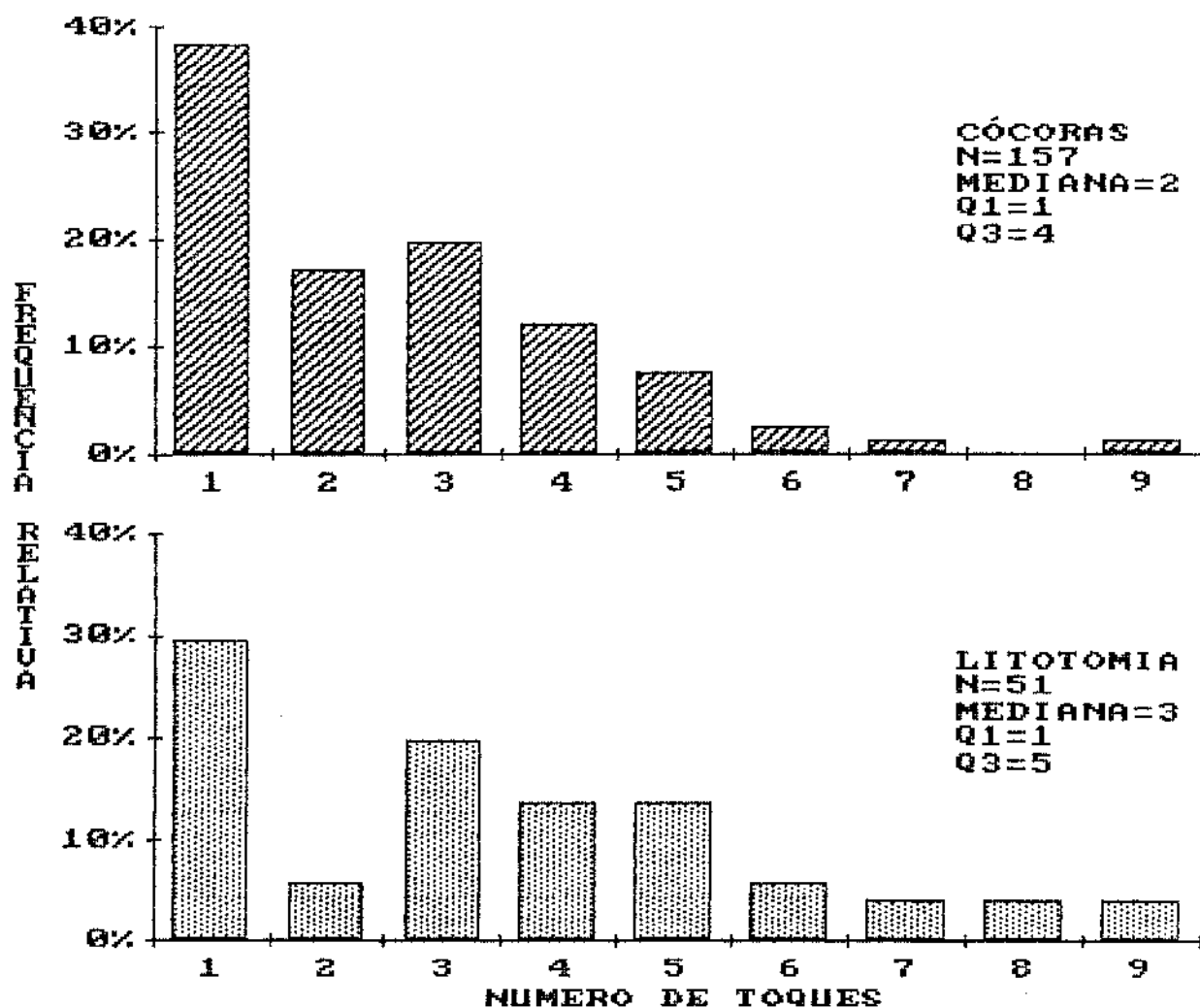


FIGURA 28 - Distribuição de frequência segundo o NÚMERO DE TOQUES realizados. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócóras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos os grupos não apresentam distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) revelou diferença significativa ( $U_{COC} = 3035$   $U_{LIT} = 4972$   $t = 2.675$   $p < 0.01$ ).

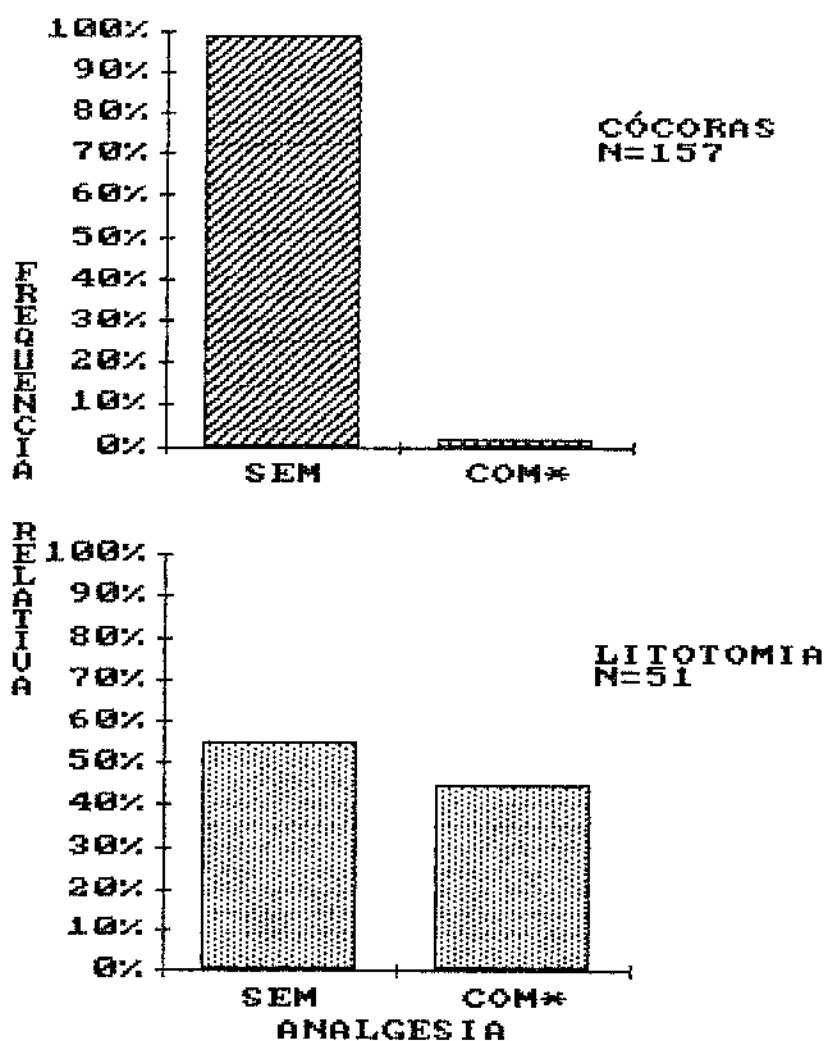


FIGURA 29 - Distribuição de frequência segundo o emprego de ANALGESIA DURANTE O PERÍODO DE DILATAÇÃO. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre eles (Teste do Qui-quadrado) revelou diferença significativa ( $X^2=61.755$ ; G.L.=1;  $p<0.01$ ).

\* COM - os casos são apresentados de forma discriminada segundo a forma de analgesia, na tabela 31.



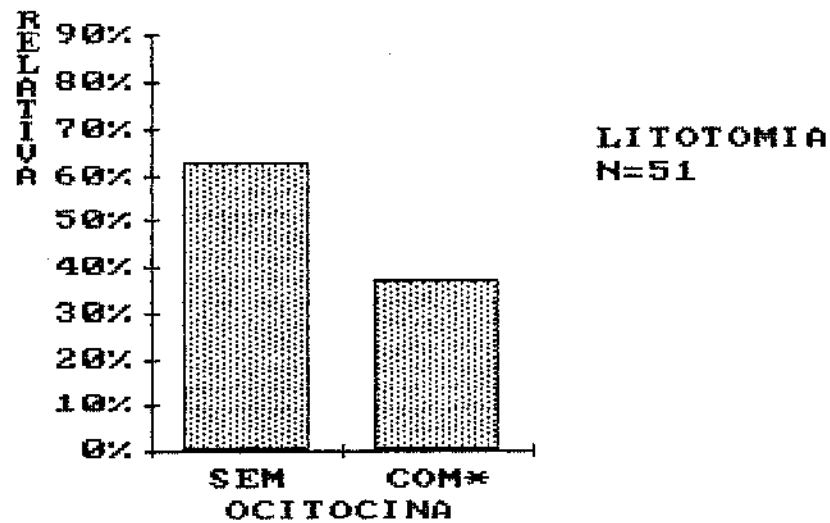
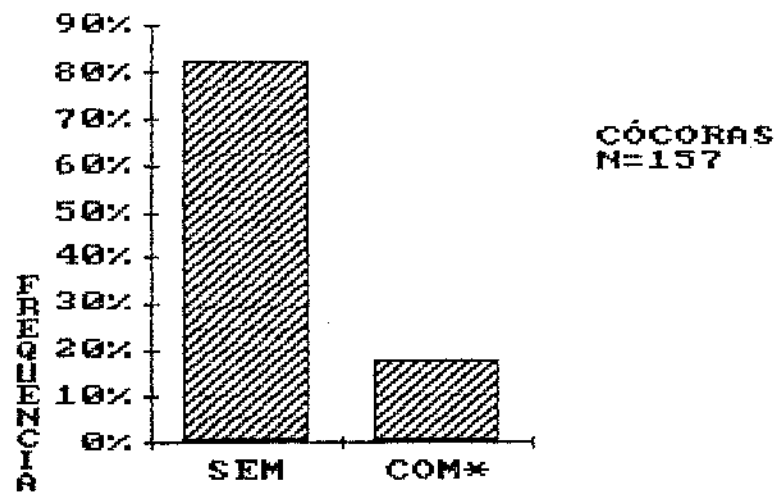


FIGURA 30 - Distribuição de frequência segundo o USO DE OCITOCINA. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre eles (Teste do Qui-quadrado) revelou diferença significativa ( $\chi^2=8.301$ ; G.L.=1;  $p<0.01$ ).

\* COM - os casos são apresentados de forma discriminada segundo a indicação, na tabela 32.

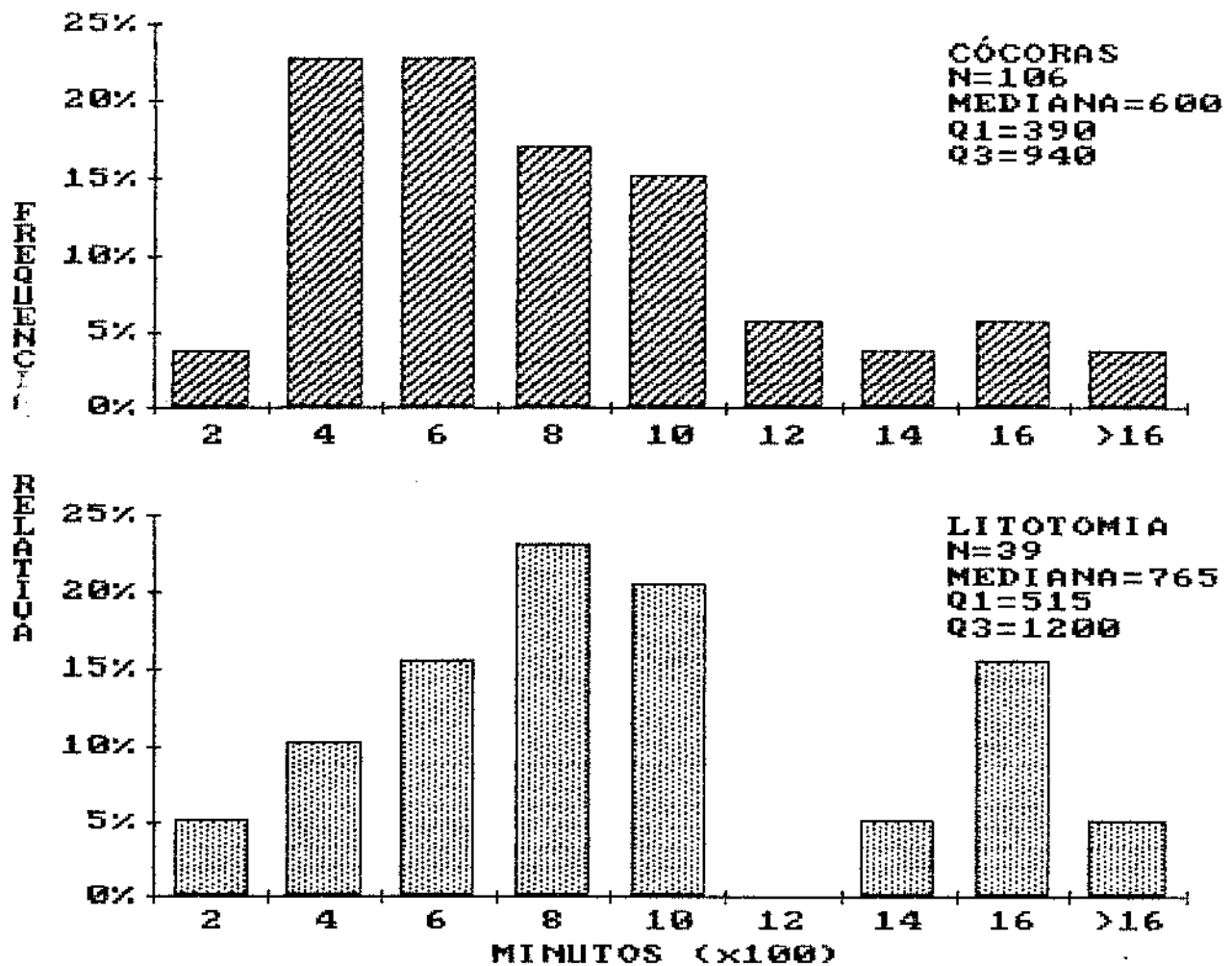


FIGURA 31 - Distribuição de frequência segundo A DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO, considerando-se apenas as nulíparas. Os intervalos de classe tem longitude de 200 minutos e acham-se representados no eixo horizontal, pelo seu limite máximo. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, apenas o último apresenta distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) revelou diferença significativa ( $"U"_{COC}=1664.5$ ;  $"U"_{LIT}=2469.5$ ;  $t=1.820$ ;  $p(0.05)$ ).

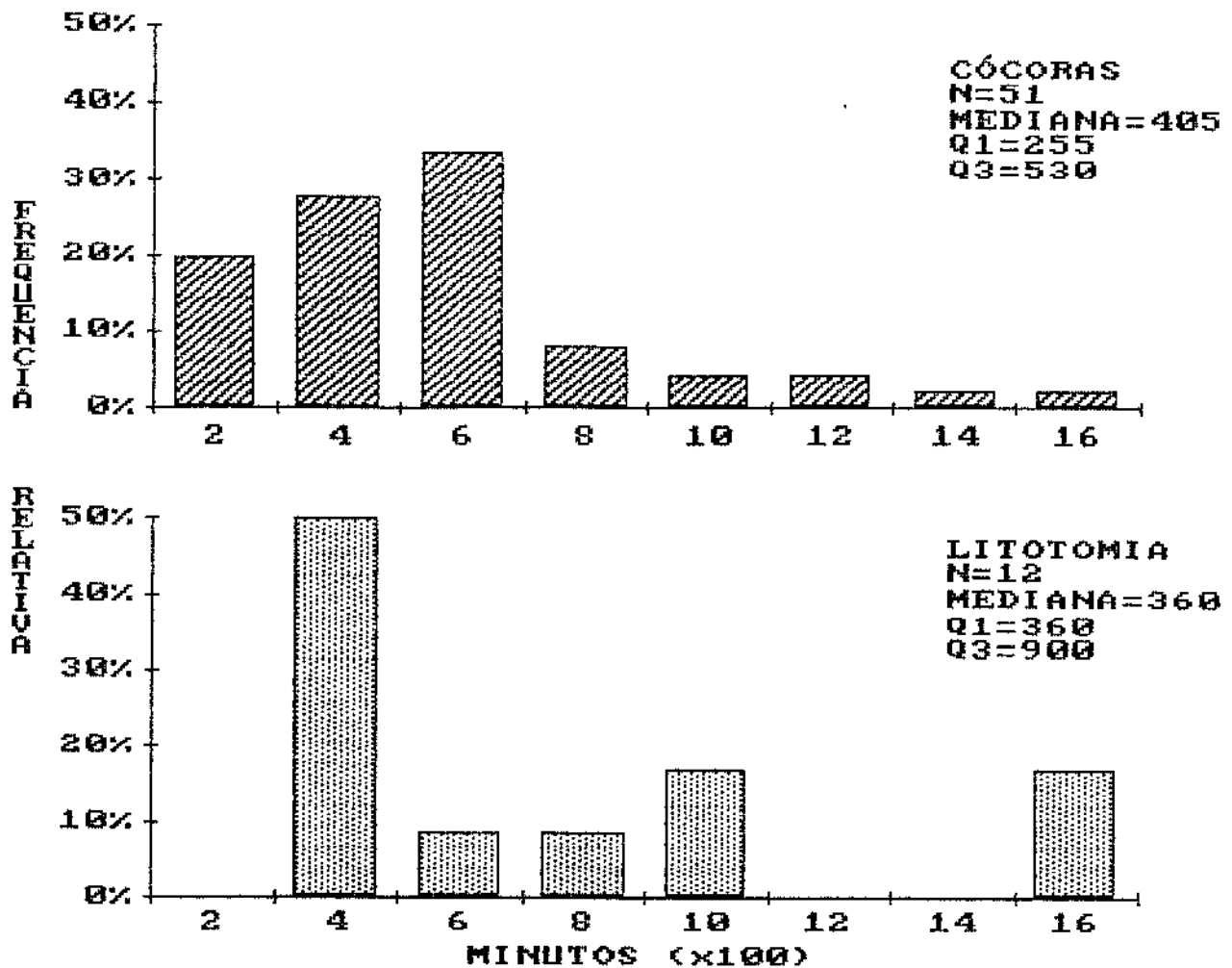


FIGURA 32 - Distribuição de frequência segundo A DURAÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO, considerando-se apenas as múltiparas. Os intervalos de classe tem longitude de 200 minutos e acham-se representados no eixo horizontal, pelo seu limite máximo. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentam distribuição normal. A comparação entre os grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC}=241.5$ ;  $U_{LIT}=370.5$ ;  $t=1.174$ ).

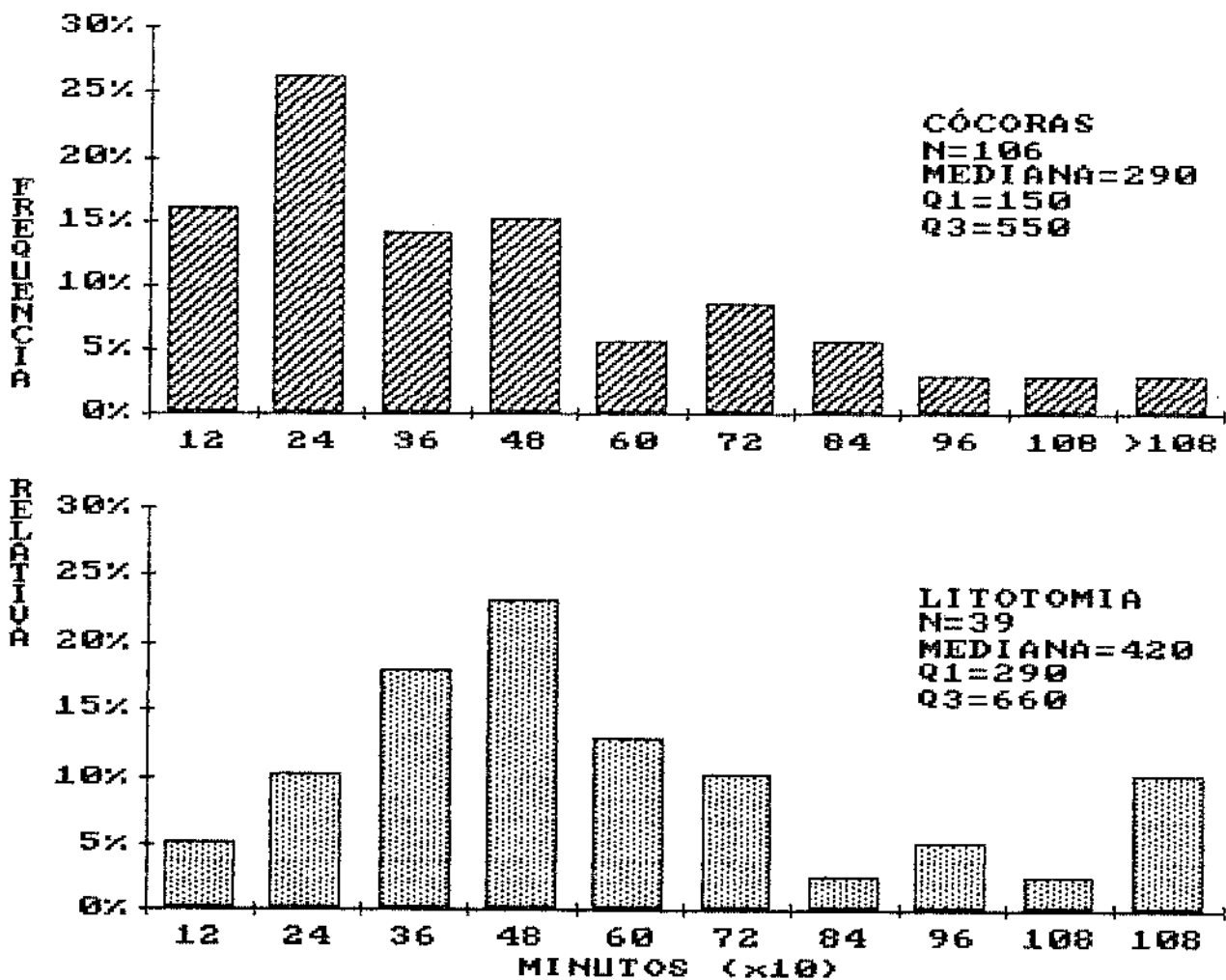


FIGURA 33 - Distribuição de frequência segundo A DURAÇÃO DO PERÍODO DA INTERNAÇÃO AO PARTO, considerando-se exclusivamente as nulíparas. Os intervalos de classe tem longitude de 2 horas e acham-se representados no eixo horizontal, pelo seu limite máximo. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentam distribuição normal. A comparação entre os grupos (teste de Mann-Whitney) revelou diferença significativa ( $U_{C\&C}=1459.5$ ;  $U_{LIT}=2674.5$ ;  $t=2.740$ ;  $p<0.01$ ).

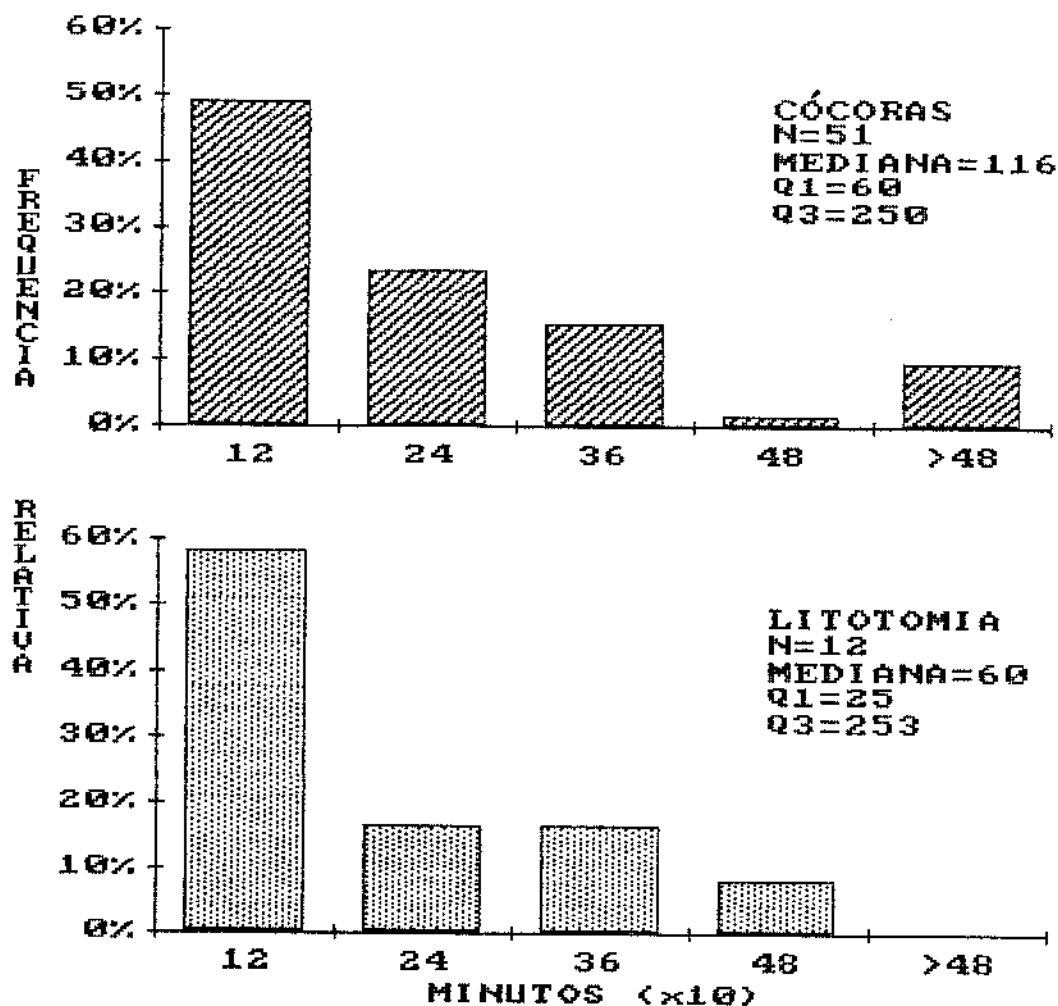


FIGURA 34 - Distribuição de frequência segundo A DURAÇÃO DO PERÍODO DA INTERNAÇÃO AO PARTO, considerando-se exclusivamente as múltiparas. Os intervalos de classe tem longitude de 2 horas e acham-se representados no eixo horizontal, pelo seu limite máximo. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, apenas o primeiro - Cócoras - não apresenta distribuição normal. A comparação entre os grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $"U"_{CÓC} = 335$ ;  $"U"_{LIT} = 277$ ;  $t = 0.549$ ).

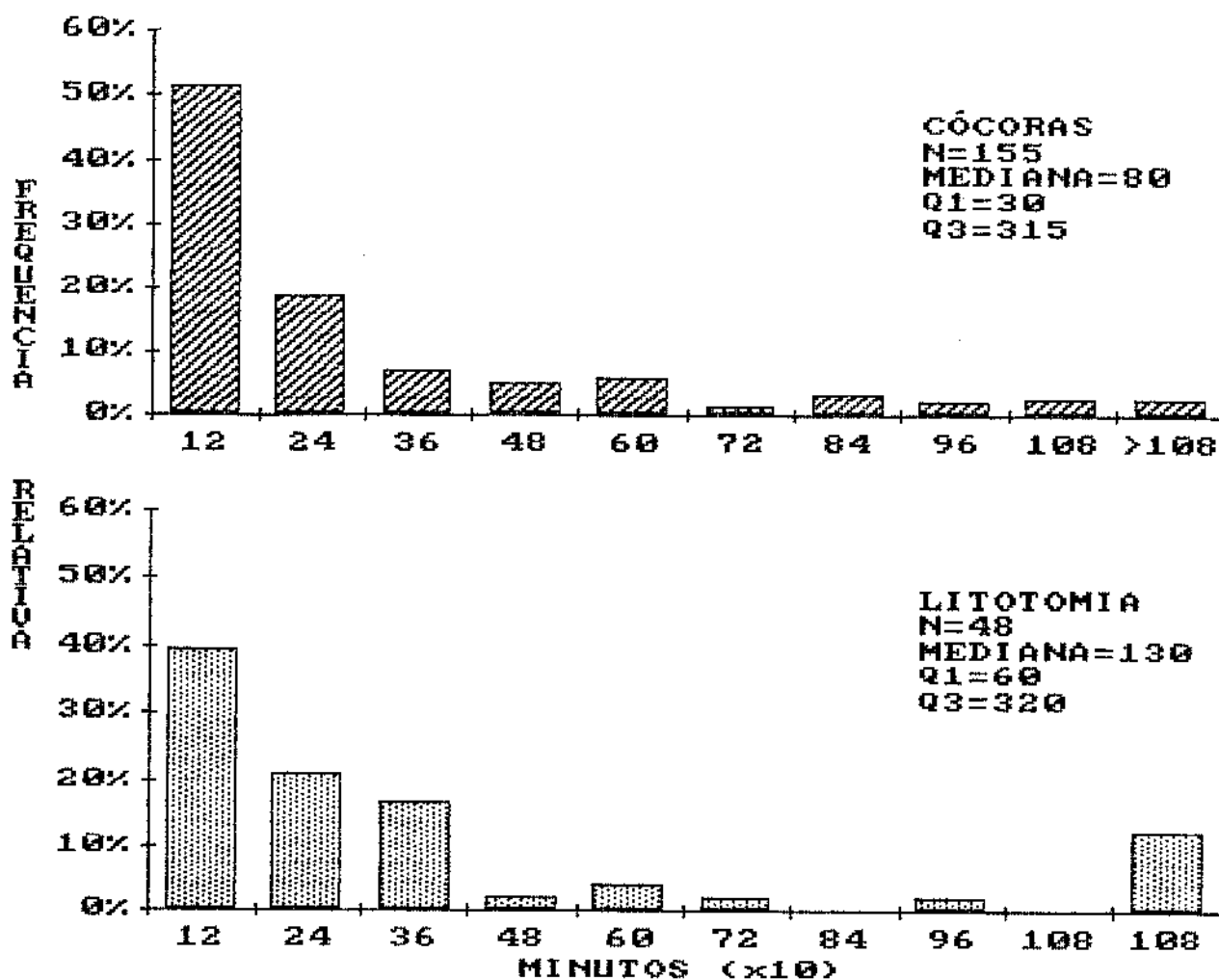


FIGURA 35 - Distribuição de frequência segundo A DURAÇÃO DO PERÍODO DE MEMBRANAS ROTAS. Os intervalos de classe têm longitude de 2 horas e são representados, pelo seu limite máximo, no eixo horizontal. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $"U"_{COC}=3227.5$ ;  $"U"_{LIT}=4212.5$ ;  $t=1.475$ ).

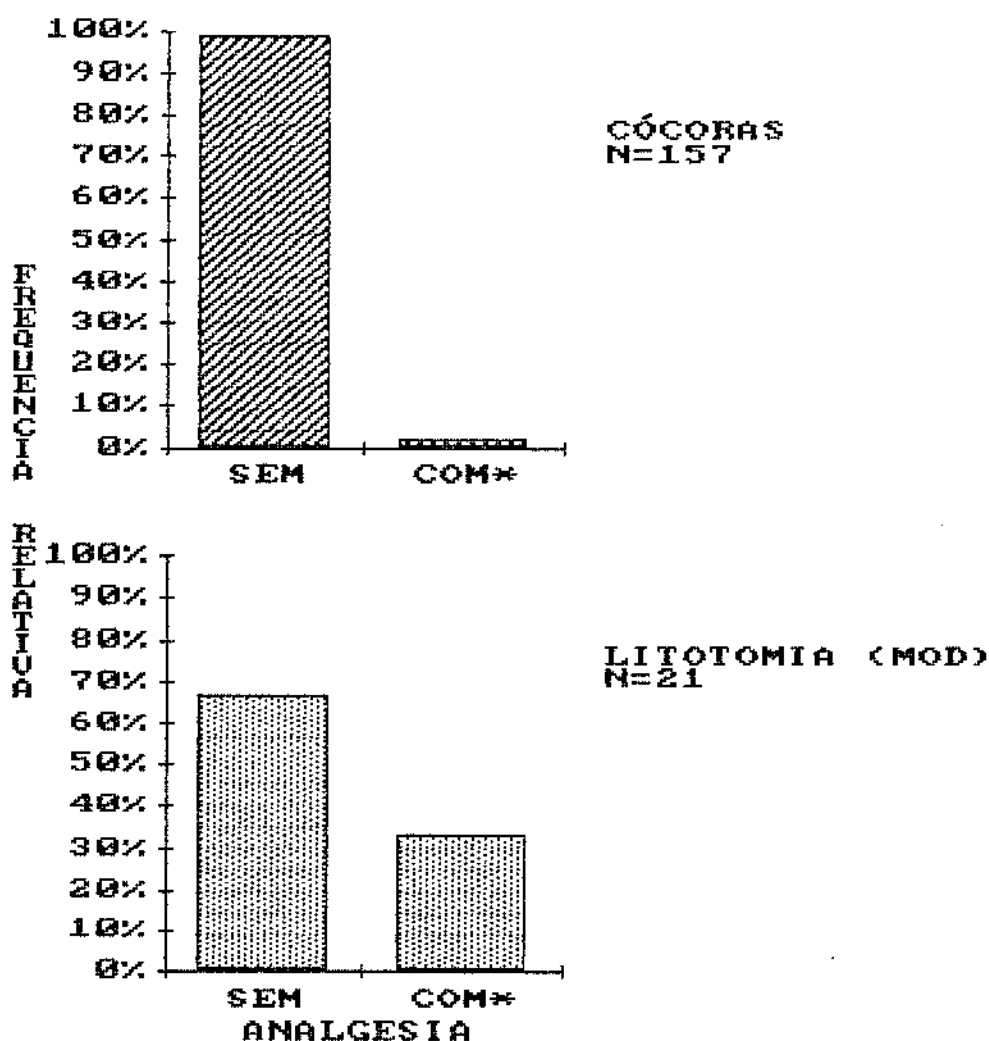


FIGURA 36 - Distribuição de frequência segundo o emprego de ANALGESIA NO PERÍODO EXPULSIVO. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia Modificado (os casos de fórcepe foram eliminados). A comparação entre eles (Teste do Qui-quadrado) revelou diferença significativa ( $\chi^2=28,82$ ; G.L.=1  $p<0,01$ ).

\* COM - Os casos são apresentados de forma discriminada segundo o tipo, na tabela 38.

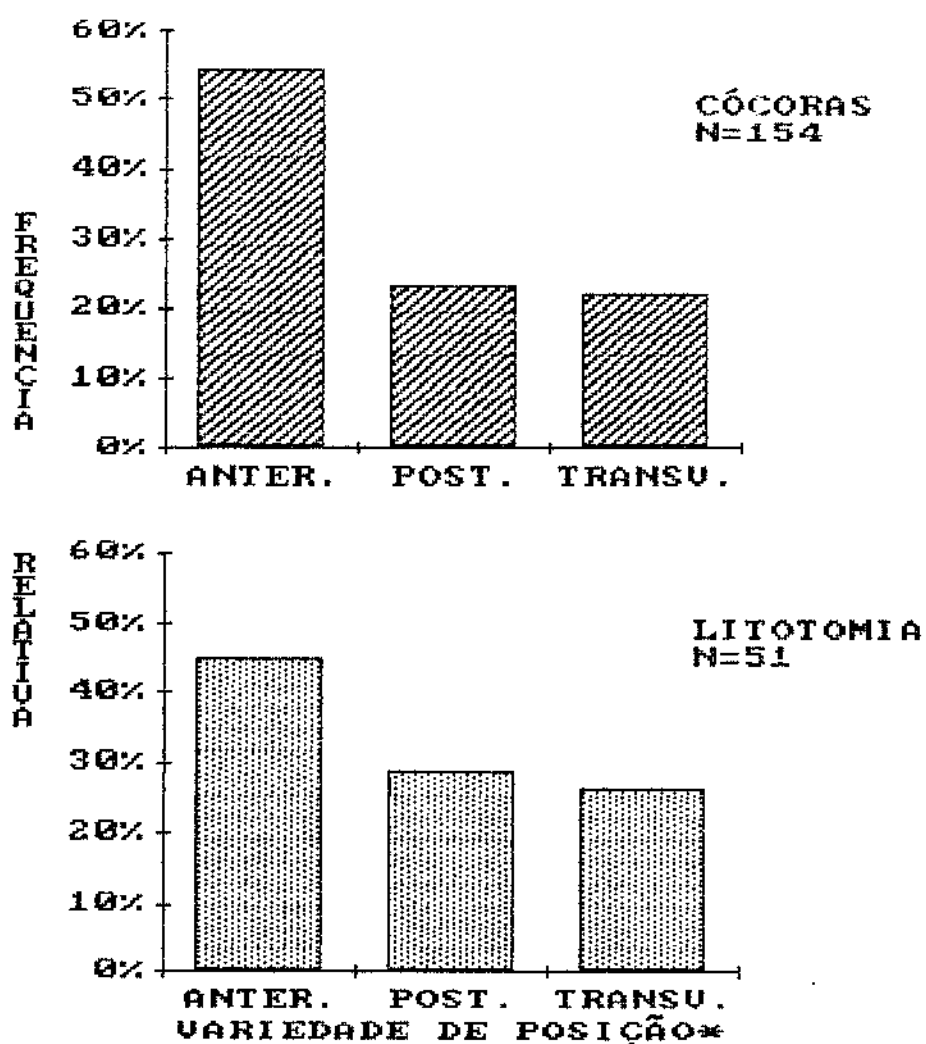


FIGURA 37 - Distribuição de frequência segundo a VARIEDADE DE POSIÇÃO (anterior, posterior e transversa). O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre eles (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.644$ ; G.L.=2).

\* VARIEDADE DE POSIÇÃO - Os casos são apresentados de forma discriminada na tabela 40.



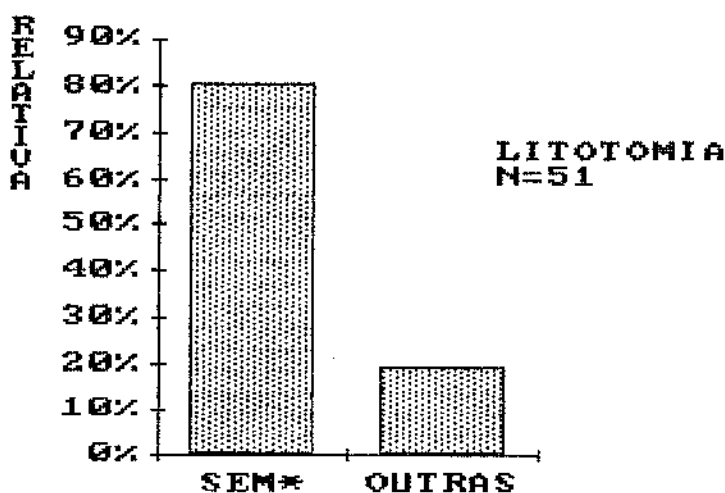
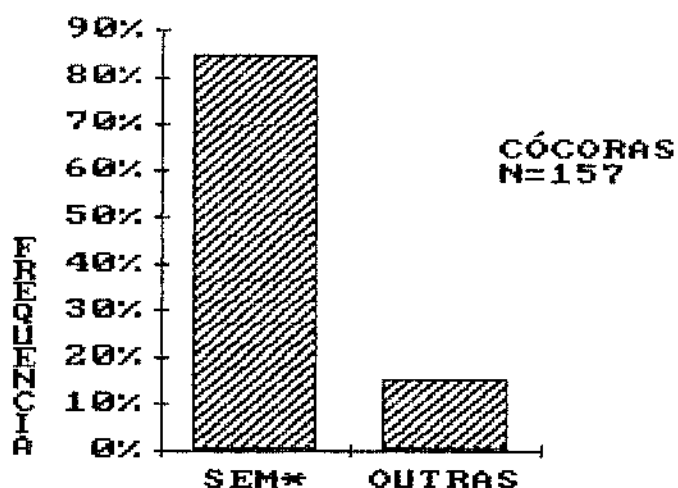


FIGURA 38 - Distribuição de frequência segundo a necessidade de OPERAÇÕES COMPLEMENTARES ao parto. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre eles (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.526$ ; G.L.=1).

\* SEM - Inclui os casos com episiorrafia.

OUTRAS - Os casos são apresentados de forma discriminada segundo a intervenção realizada, na tabela 41.

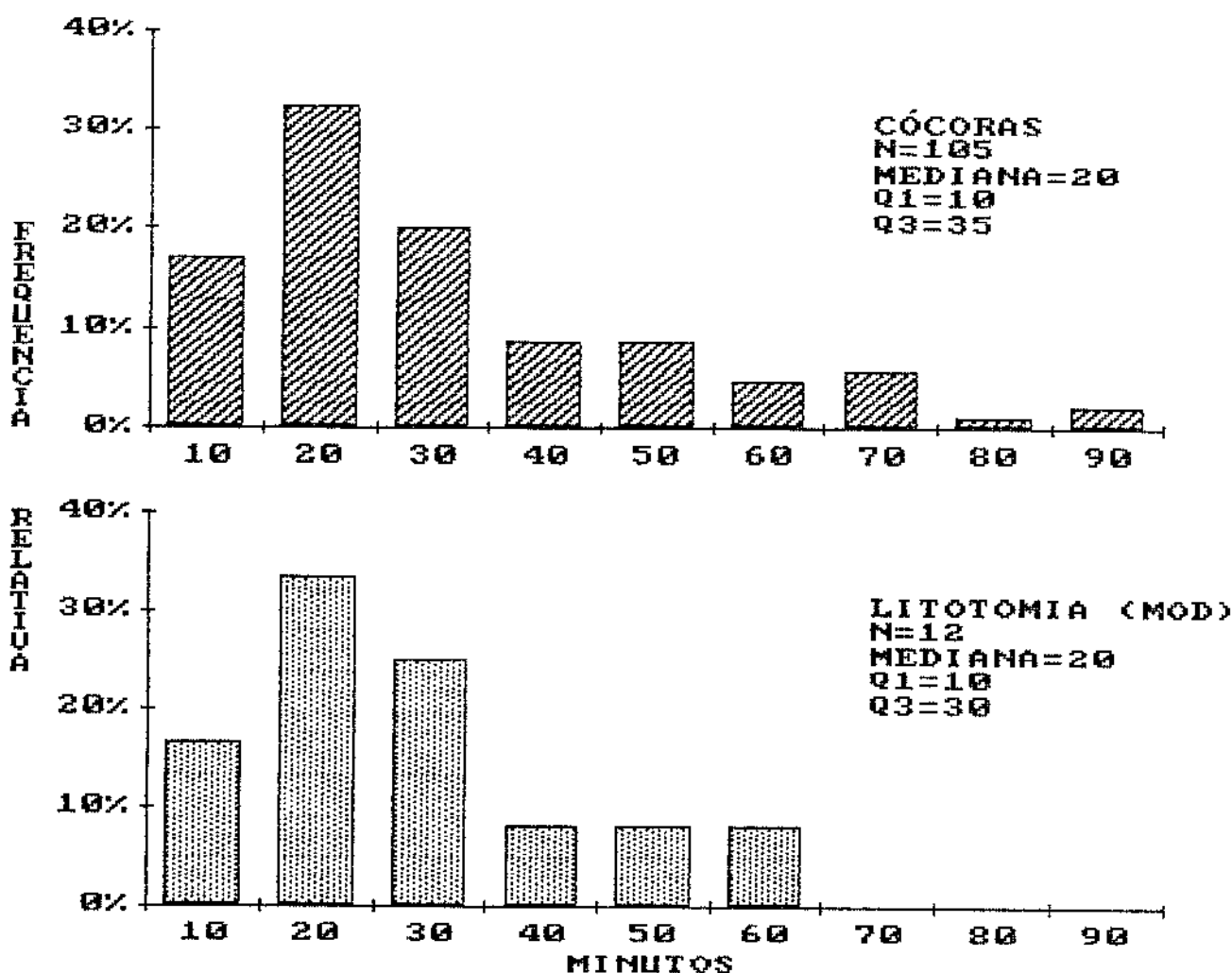


FIGURA 39 - Distribuição de frequência segundo a DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO considerando-se, exclusivamente, as nulíparas. Os intervalos de classe têm longitude de 10 minutos e são representados, pelo seu limite máximo, no eixo horizontal. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia Modificado (os casos de fórcepe foram eliminados). Pelo teste de aderência, ambos não apresentaram distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC} = 657$ ;  $U_{LIT} = 603$ ;  $t = 0.249$ ).

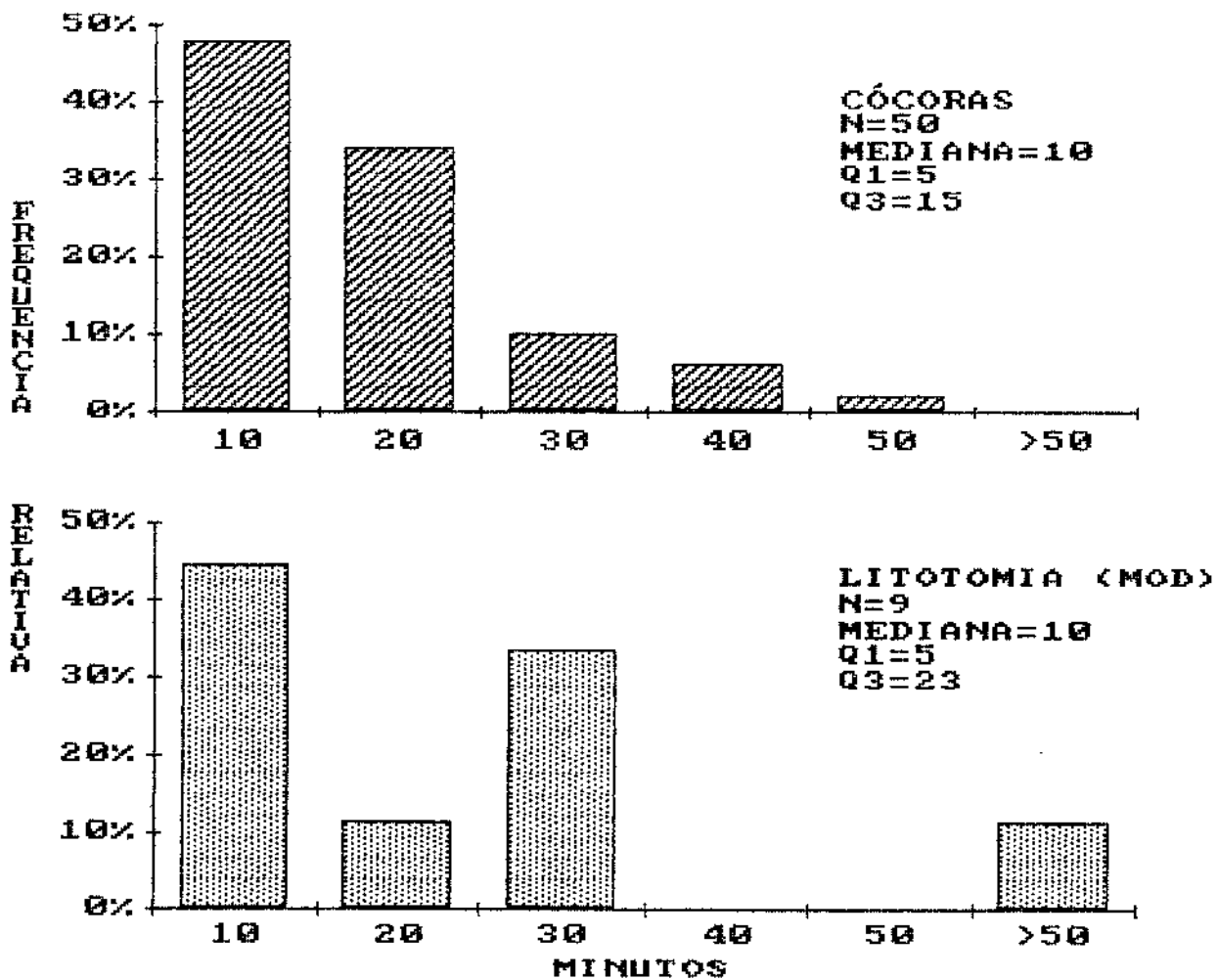


FIGURA 40 - Distribuição de frequência segundo a DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO considerando-se, apenas, as múltiparas. Os intervalos de classe têm longitude de 10 minutos e são representados, pelo seu limite máximo, no eixo horizontal. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia Modificado (os casos de fórcepe foram eliminados). Pelo teste de aderência, nenhum deles apresenta distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC}=189$ ;  $U_{LIT}=261$ ;  $t=0.817$ ).

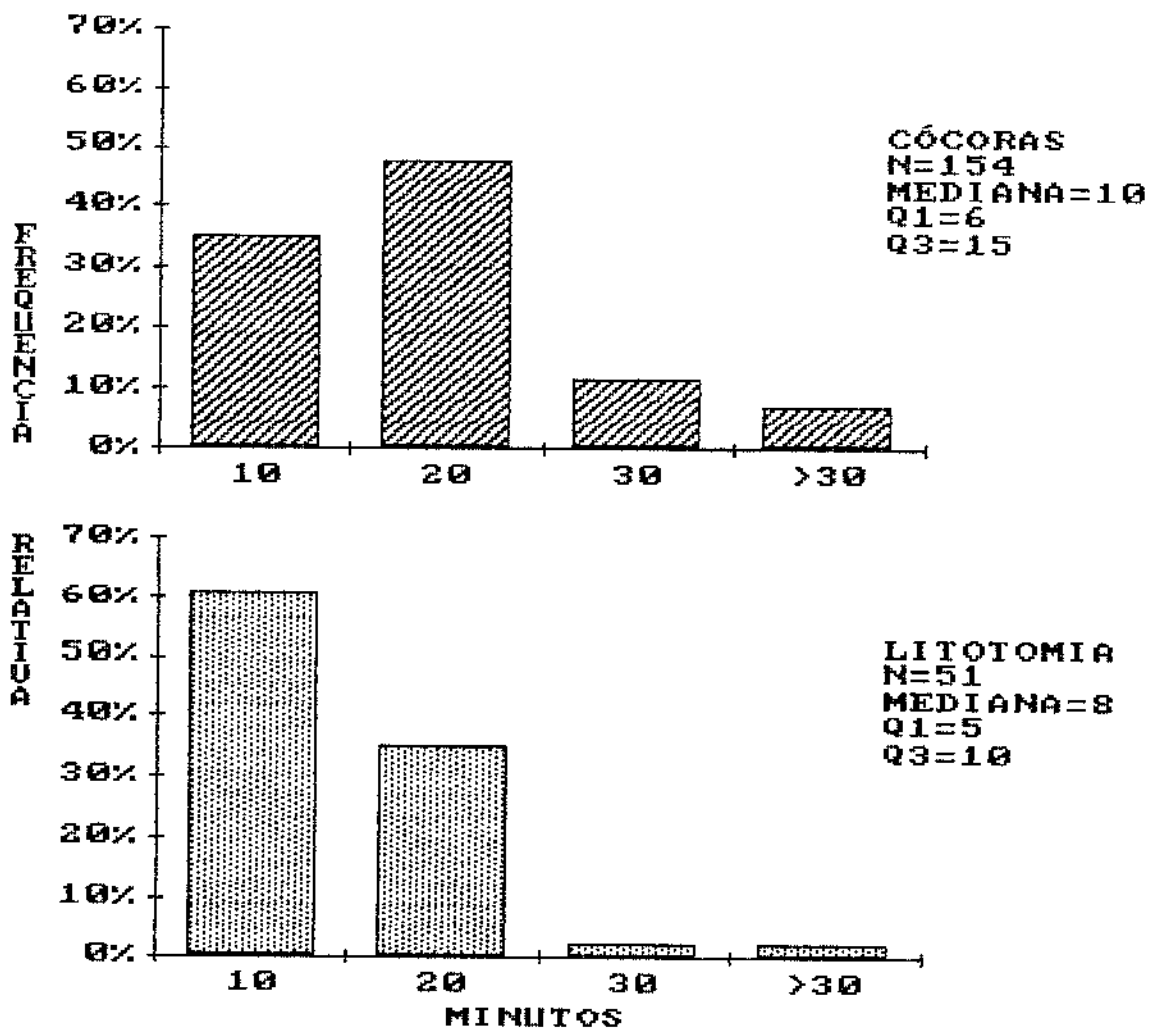


FIGURA 41 - Distribuição de frequência segundo a DURAÇÃO DA DEQUITAÇÃO. Os intervalos de classe têm longitude de 10 minutos e acham-se representados, pelo seu limite máximo, no eixo horizontal. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, nenhum deles apresenta distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Mann-Whitney) revelou diferença significativa ( $U_{COC}=5110$ ;  $U_{LIT}=2744$ ;  $t=3.508$ ;  $p<0.01$ ).

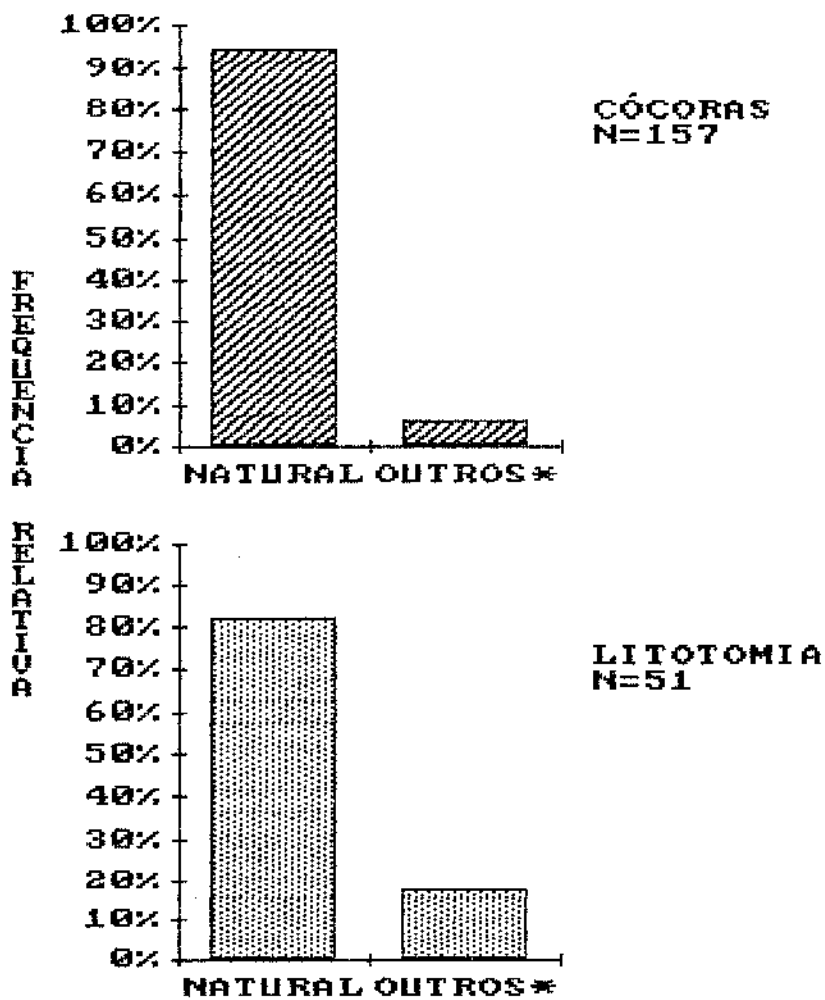


FIGURA 42 - Distribuição de frequência segundo o TIPO DE DEQUITACÃO. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre eles (Teste do Qui-quadrado) revelou diferença significativa ( $\chi^2=6.913$ ; G.L.=1;  $p<0.01$ ).

OUTROS - Os casos são apresentados de forma discriminada segundo a intervenção realizada, na tabela 45.

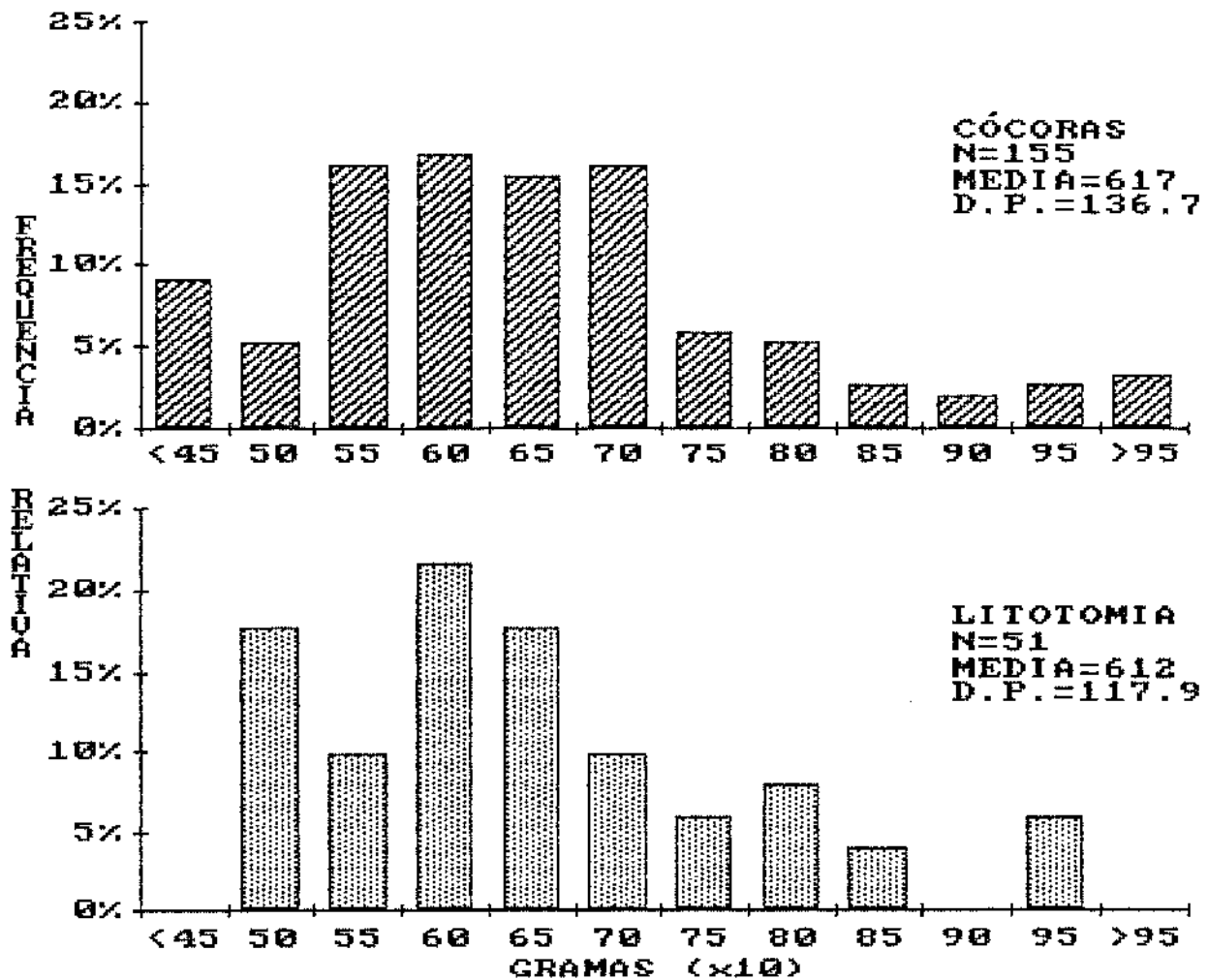


FIGURA 43 - Distribuição de frequência segundo o PÊSO DA PLACENTA. Os intervalos de classe, com longitude de 50 gramas, estão representados no eixo horizontal, pelo seu limite máximo. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócóras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos apresentam distribuição normal. A comparação entre os 2 grupos (teste de Student) não revelou diferença significativa ( $t=0.219$ ; G.L.=204).

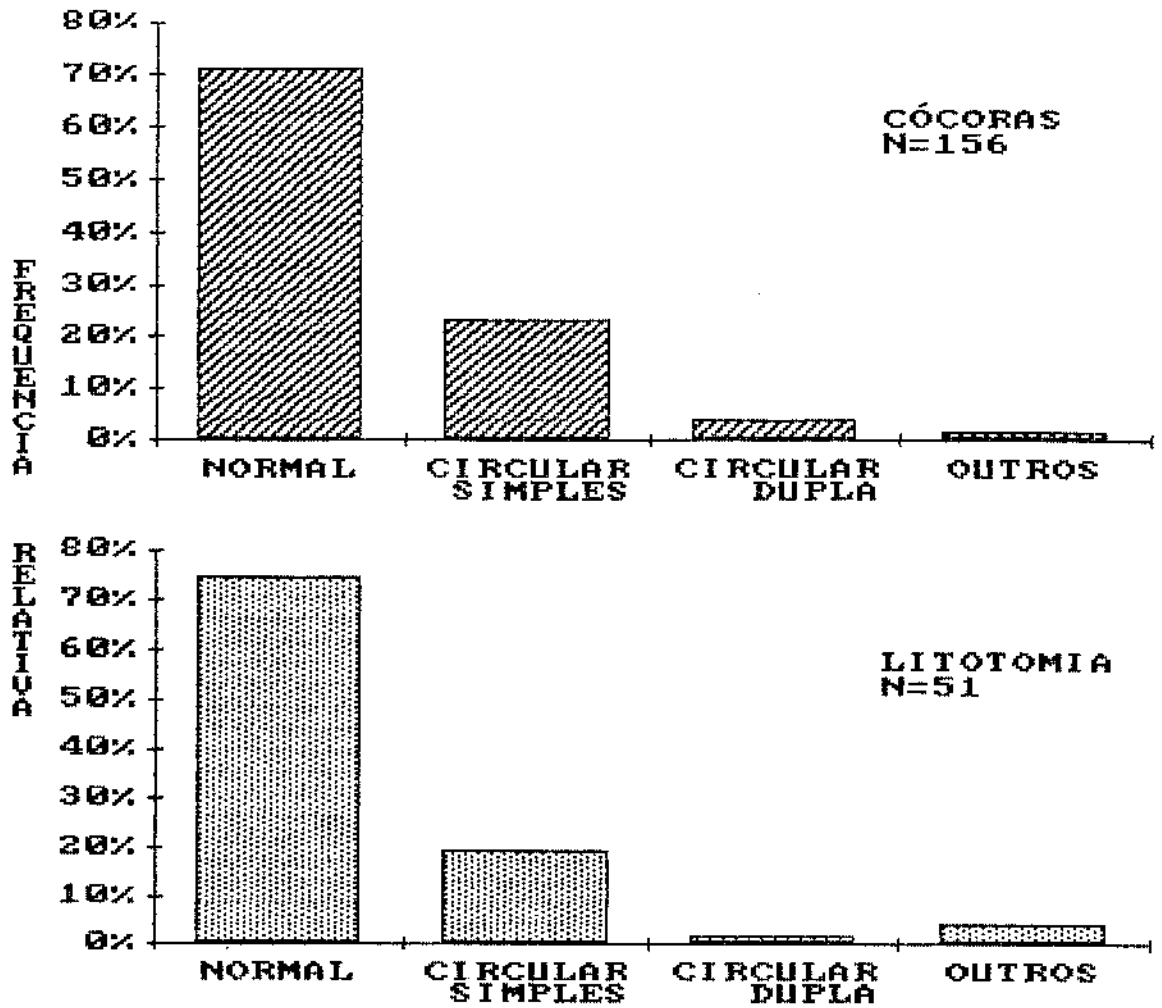


FIGURA 44 - Distribuição de frequência segundo as condições do CORDÃO UMBILICAL. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. A comparação entre eles (Teste do Qui-quadrado) não revelou diferença significativa ( $X^2=0.215$ ; G.L.=1).

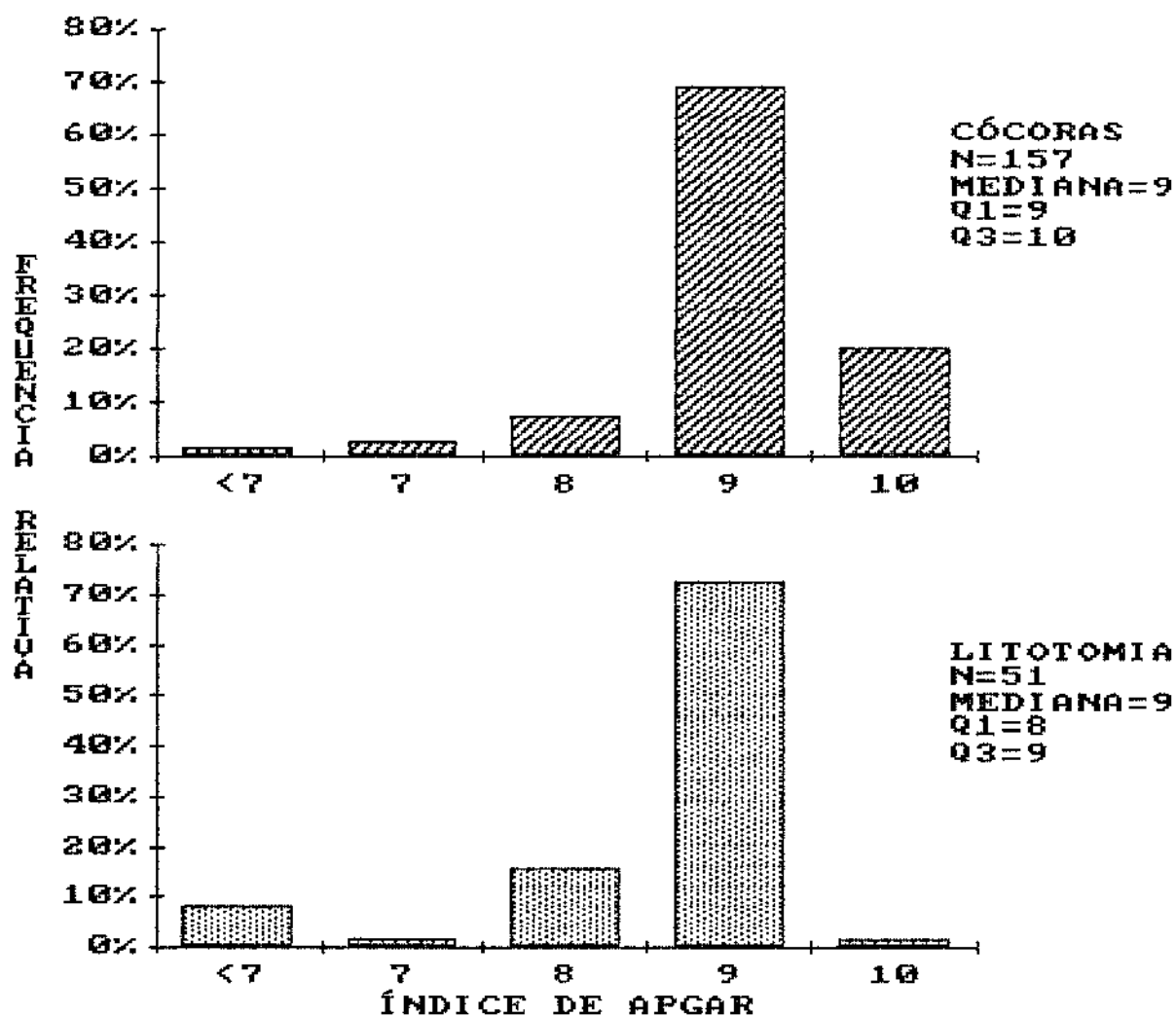


FIGURA 45 - Distribuição de frequência segundo os valores do índice de APGAR AO PRIMEIRO MINUTO de vida. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentam distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) revelou diferença significativa ("U"<sub>CÓC</sub>=5101.5; "U"<sub>LIT</sub>=2905.5; t=3.628; p(0.01).



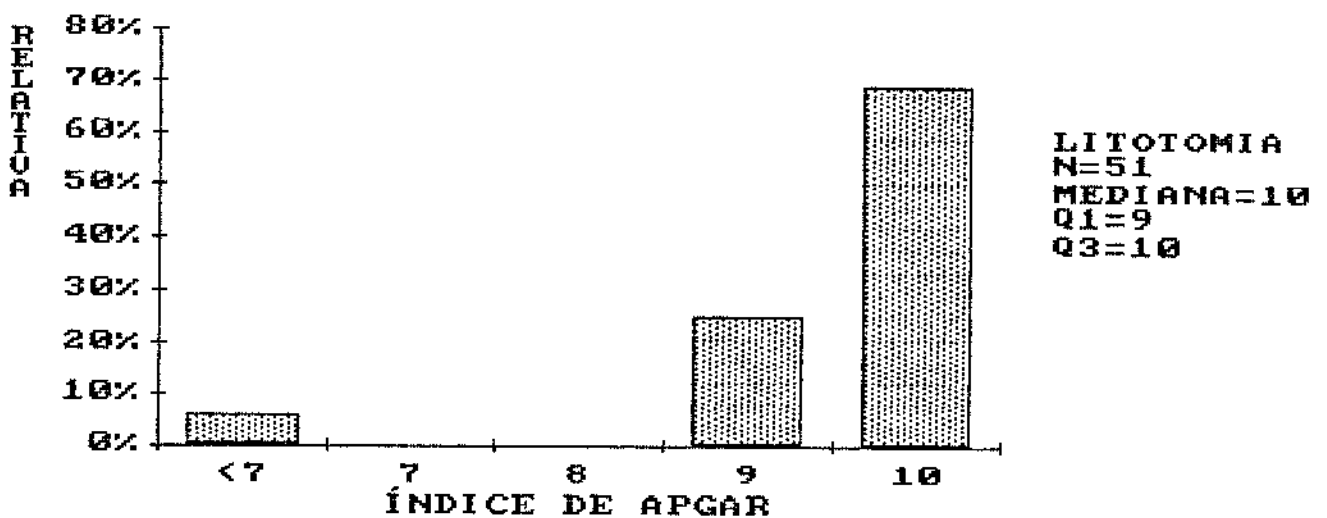
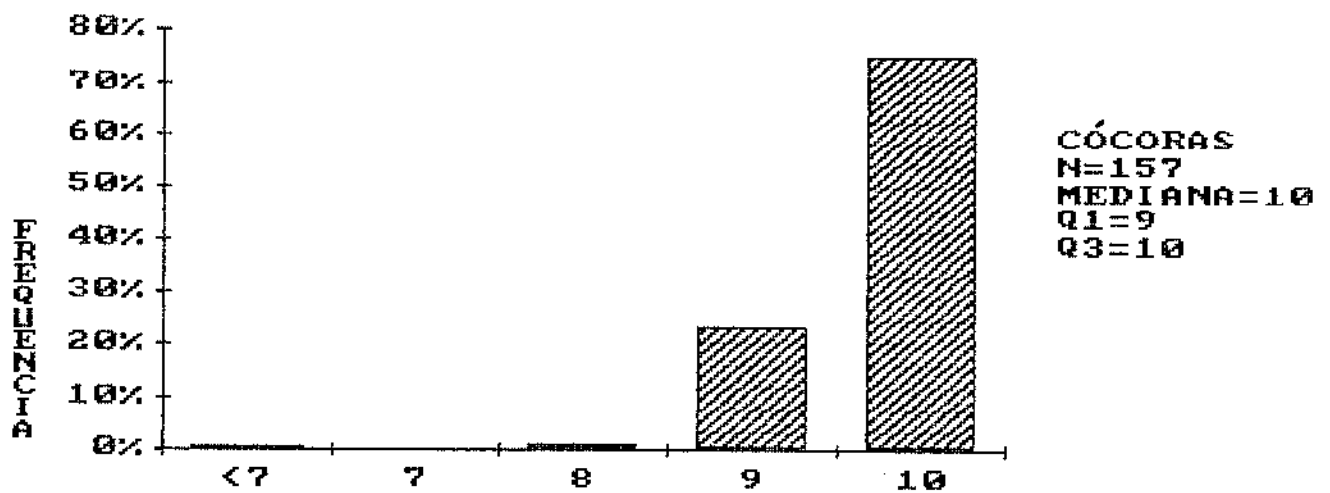


FIGURA 46 - Distribuição de frequência segundo os valores do índice de Apgar AO QUINTO MINUTO de vida. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentam distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $"U"_{C\&C}=4303.5$ ;  $"U"_{Lit}=3703.5$ ;  $t=1.047$ ).

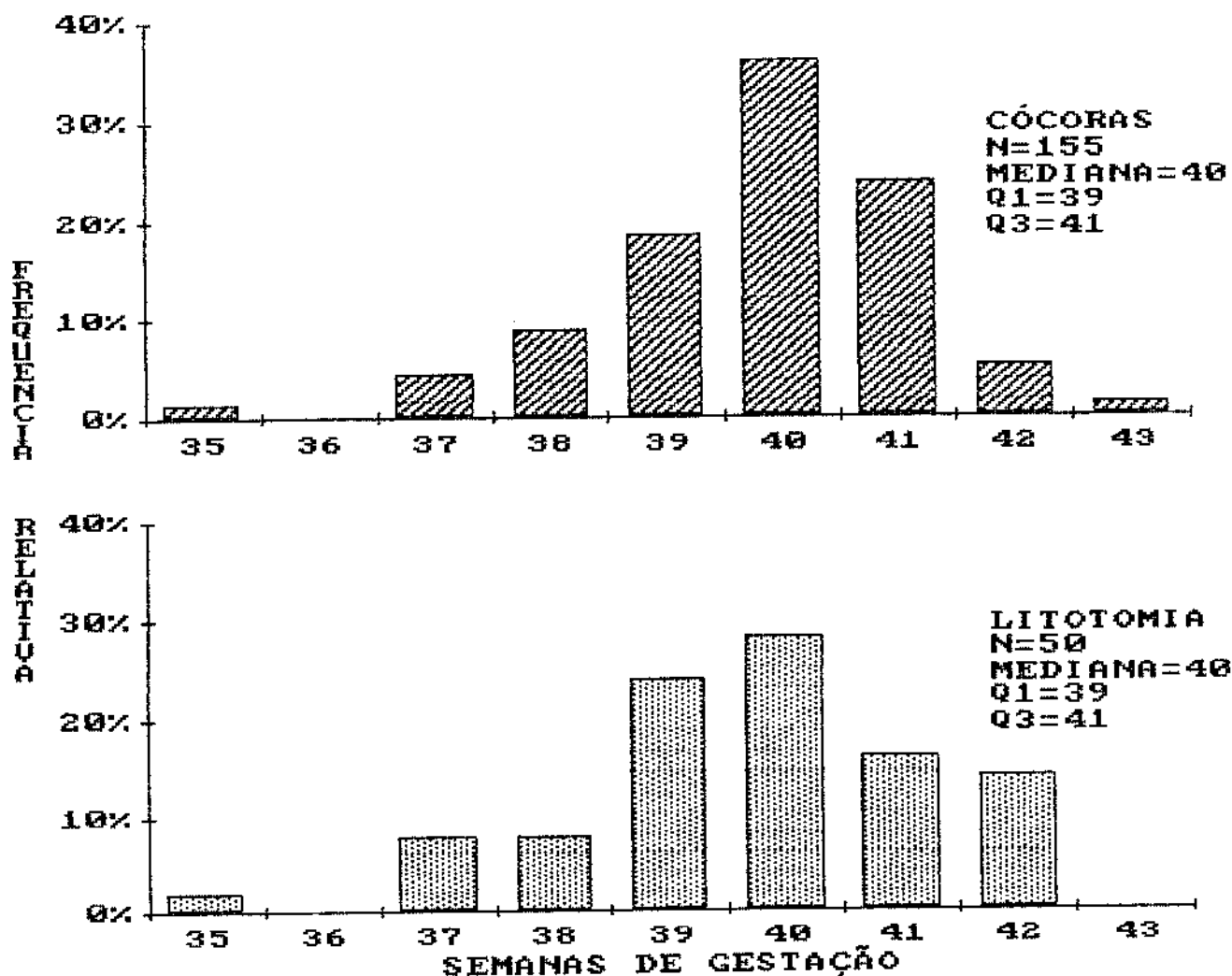


FIGURA 47 - Distribuição de frequência segundo a IDADE DOS RECÉM-NASCIDOS (Método de Capurro). O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentam distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC}=4038$ ;  $U_{LIT}=3712$ ;  $t=0.461$ ).

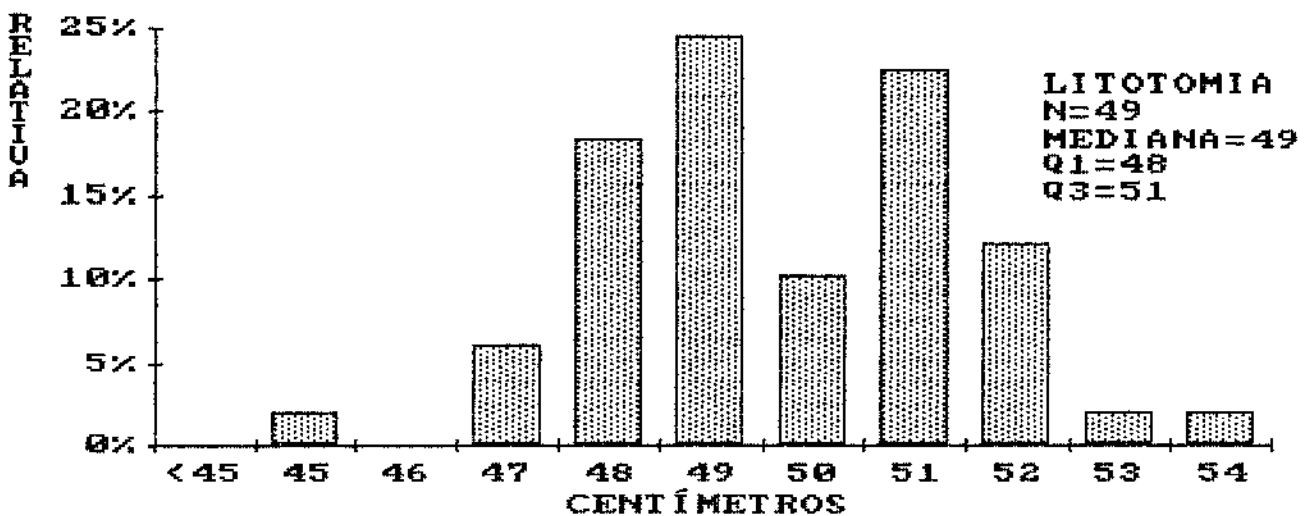
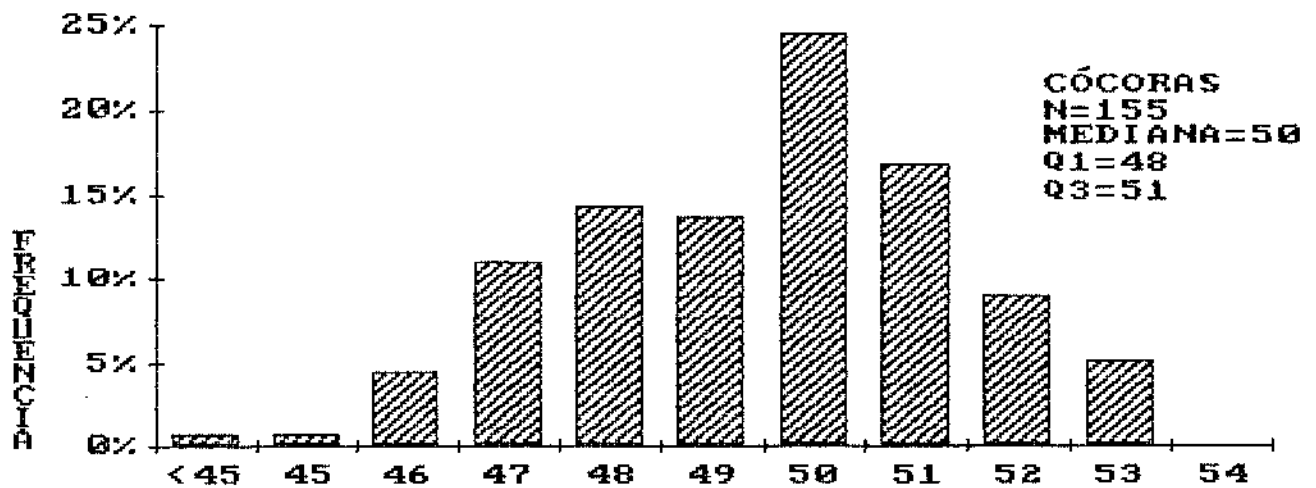


FIGURA 48 - Distribuição de frequência segundo a ALTURA DOS RECÉM-NASCIDOS. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentam distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) não revelou diferença significativa ( $U_{COC}=3600$ ;  $U_{LIT}=3995$ ;  $t=0.906$ ).

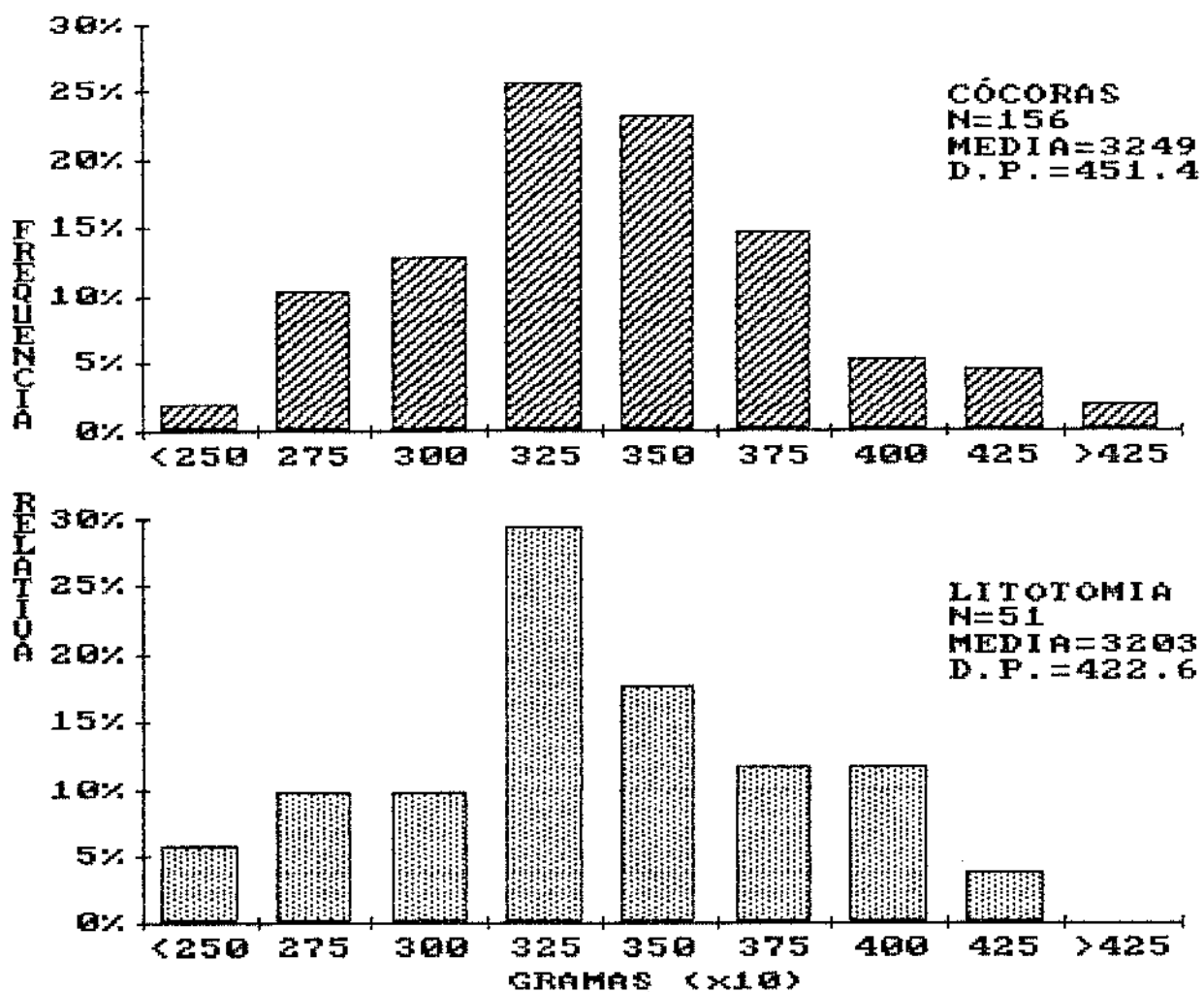


FIGURA 49 - Distribuição de frequência segundo o PESO DOS RECÉM-NASCIDOS. Os intervalos de classe tem longitude de 250 gramas e acham-se representados, pelo seu limite máximo, no eixo horizontal. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos apresentam distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Student) não revelou diferença significativa ( $t=0.638$ ; G.L.=205).

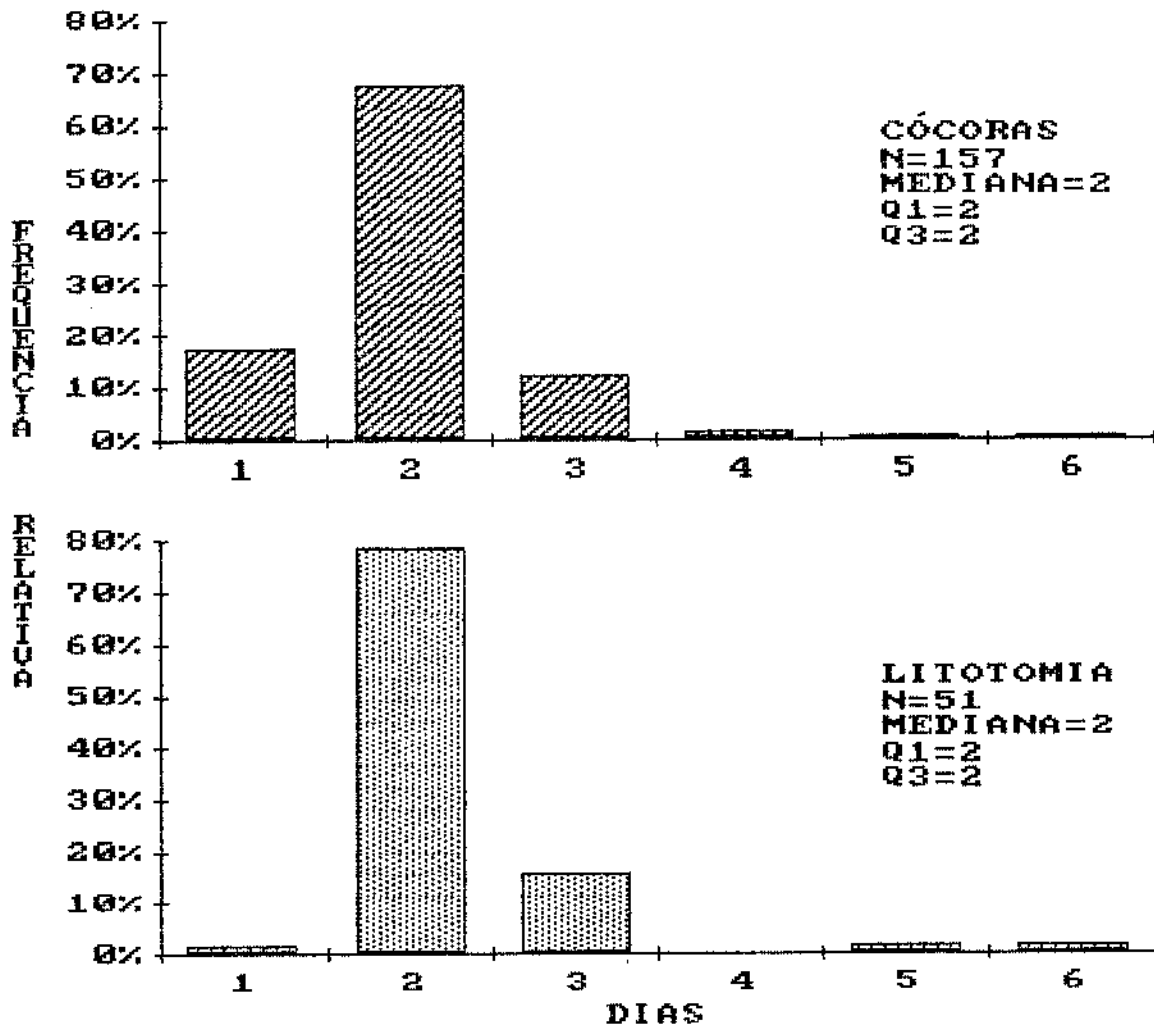


FIGURA 50 - Distribuição de frequência segundo o número de DIAS DE INTERNAÇÃO APÓS O PARTO, apresentado pelas mães. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentam distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) revelou diferença significativa ( $U_{COC} = 3313.5$ ;  $U_{LIT} = 4693.5$ ;  $t = 2.305$ ;  $p < 0.05$ ).

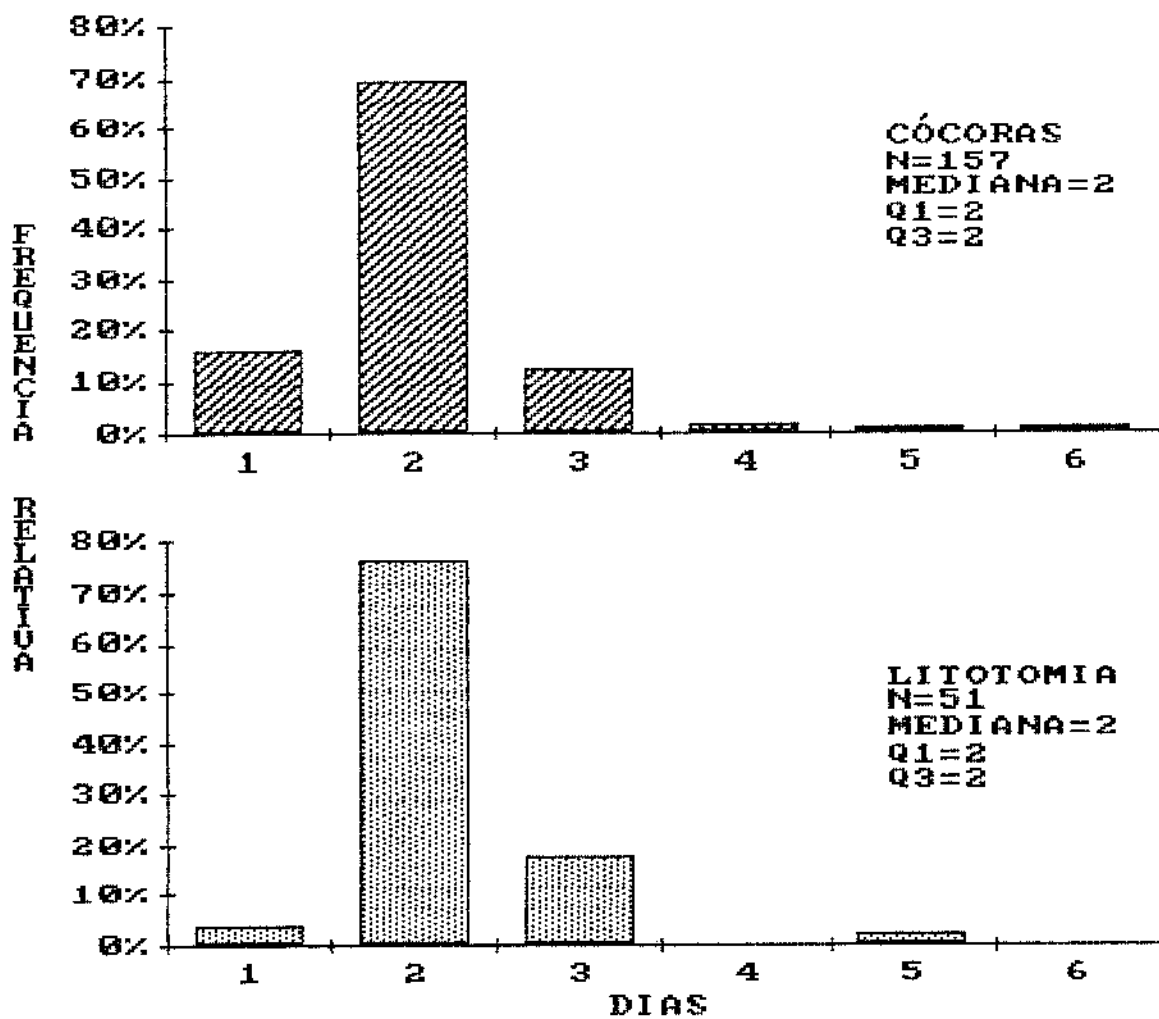


FIGURA 51 - Distribuição de frequência segundo o número de DIAS DE INTERNAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS, apresentado pelos recém-nascidos, imediatamente após o parto. O gráfico superior corresponde ao Grupo Cócoras e o inferior ao Grupo Litotomia. Pelo teste de aderência, ambos não apresentam distribuição normal. A comparação entre eles (teste de Mann-Whitney) revelou diferença significativa ( $U_{COC}=3447$ ;  $U_{LIT}=4560$ ;  $t=1.870$ ;  $p<0.05$ ).