

Posições alternativas em trabalho de parto

João Nogueira¹

RESUMO

As articulações sacroilíacas são as articulações da bacia mais móveis. A contranutação aumenta o diâmetro antero-posterior do estreito superior e diminui os diâmetros antero-posteriores na escavação pélvica e estreito inferior. A nutação diminui o diâmetro antero-posterior a nível do estreito superior e aumenta os diâmetros antero-posteriores ao nível da escavação pélvica e estreito inferior. É necessário, portanto, posicionar a parturiente de forma a adequar o movimento da articulação sacroilíaca com a descida da apresentação. Por outro lado, a concordância entre o eixo do estreito superior e o eixo do puxo uterino promove a evolução normal do trabalho de

parto. Atualmente existem evidências científicas que contrariam a prática de colocar sistematicamente as parturientes na posição de litotomia para parir. Não há dados científicos que justifiquem a necessidade de incentivar a parturiente a realizar esforços expulsivos antes de esta ter a sensação imperiosa de puxar ou antes de duas horas de descida passiva.

Palavras-chave: posições, parto, parturiente, trabalho de parto.

ABSTRACT

The sacroiliac joints are the more mobile of the hip joints. The counter-nutation increases the anteroposterior diameter of the narrow top and decreases the anteroposterior diameter in the pelvic excavation and narrow bottom. The nutation decreases the anteroposterior diameter at the narrow top and increases the anteroposterior diameter at the bottom narrow and pelvic excavation. It is therefore necessary to place the parturient in order to ad-

¹ Enfermeiro Especialista SMO. Urgência de Obstetrícia/ Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu. E-mail: joaordfn@gmail.com

just the movement of the sacroiliac joint with the descent of the presentation. Moreover, the correlation between the axis of the narrow top and the axis of the uterine pull promote the normal development of labor. Currently there are scientific evidence that contradicts the practice of systematically placing the parturients in the lithotomy position for birth. There is no scientific data to justify the need to encourage the parturient to perform expulsive efforts before it has the pressing feeling of pulling or before two hours of passive descent.

Keywords: positions, birth, parturient, labor.

1 – INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade que as mulheres em trabalho de parto preferiram utilizar posições verticais e movimentarem-se durante o trabalho de parto (GUPTA & NIKODEM, 2000; JOHNSON, JOHNSON, & GUPTA, 1991). Há cerca de trezentos anos um Obstetra Francês, Mauriceau, utilizou a posição ginecológica para as parturientes na segunda fase de trabalho de parto, conduta que foi adotada nos países ocidentais (RACINET, 2005). Paralelamente a imobilidade aumentou nas últimas décadas associada à obesidade, amniotomia, indução do trabalho de parto, monitorização da frequência cardíaca fetal, analgesia epidural e desconhecimento por parte das parturientes da importância da mobilidade para a evolução do trabalho de parto. De facto, a imobilidade pode contribuir para um aumento do risco de cesariana por dificultar a descida do feto através do canal de parto (ZWELLING, 2010).

Este artigo resulta de uma pesquisa bibliográfica de publicações científicas que versam o tema do posicionamento da parturiente no trabalho de parto com o objetivo de conhecer posições que promovam a evolução normal do trabalho de parto.

2 – POSICIONAMENTO EM TRABALHO DE PARTO

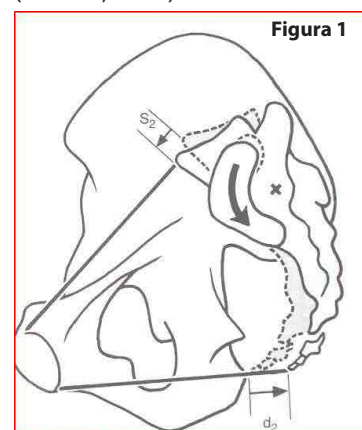
As preocupações com os efeitos da imobilidade da parturiente têm levado a comunidade científica a estudar esta problemática e, de acordo com Racinet (2005), durante três décadas, as mudanças de posição têm sido encorajadas existindo já resultados de estudos que recomendam a mobilidade durante o trabalho de parto e posições alternativas à ginecológica para o período expulsivo. Contudo, Lawrence [et al.] (2009) refere que nos países mais desenvolvidos na primeira fase de trabalho de parto as parturientes estão normalmente deitadas numa cama, uma vez que facilita a monitorização da frequência cardíaca fetal, a administração de medicação e a utilização da analgesia epidural para alívio da dor. O autor conclui, através da revisão de 21 estudos num total de 3706 mulheres, que caminhar e posições verticais reduz a duração da primeira fase de trabalho de parto.

Em Portugal assiste-se a uma mudança no sentido de, mantendo a segurança, tornar o parto menos medicalizado e portanto com menos riscos. Em 2009 foi criado o Movimento Nascer Melhor constituído por profissionais de saúde e outros membros da sociedade civil que elaborou os 10 Princípios de Viana dos quais se destacam dois: “2. Promover um ambiente carinhoso, em que é permitido à grávida expressar

a sua forma de ser e de vivenciar esse momento único e tão importante da sua vida, bem como ver respeitada a sua privacidade e conforto, são aspetos essenciais dos cuidados.” e “7. A evidência científica atual não apoia como intervenções de rotina nas parturientes de baixo risco: ... a restrição dos movimentos; a restrição da posição do parto; a episiotomia sistemática”.

2.1 – A Biomecânica da Bacia

Ao estudar o posicionamento da parturiente ao longo de todo o trabalho de parto é fundamental abordar a biomecânica da bacia, na medida em que existem variações nos diâmetros da bacia consoante a posição adotada pela parturiente. São relevantes para a evolução do trabalho de parto, ao nível da articulação sacroilíaca, os movimentos de nutação e contranutação do sacro em relação ao ílio. As articulações sacrílicas não possuem músculos que controlem diretamente os seus movimentos, embora os músculos da bacia forneçam estabilidade pélvica. Eles são influenciados pela ação de músculos que movem a coluna lombar e os quadris (MAGEE, 2005).



Durante o movimento de nutação (cf. Figura 1) o sacro gira em torno do eixo representado pela cruz, de tal modo que o promontório se desloca para baixo e para a frente (S2) e o vértice do sacro e a extremidade do cóccix deslocam-se para trás (d2). Simultaneamente as asas ilíacas aproximam-se e as tuberosidades isquiáticas afastam-se (KAPANDJI, 2000; MAGEE, 2005; SCHAAL, RIETHMULLER, 2007). A nutação tem como consequências obstétricas a diminuição do diâmetro ântero-posterior a nível do estreito superior e o aumento dos diâmetros antero-posteriores ao nível da escavação pélvica e estreito inferior (KAPANDJI, 2000; SCHAAL, RIETHMULLER, 2007).

Durante o movimento de contranutação (cf. figura 2) realiza-se o deslocamento inverso: o sacro gira em torno do eixo representado pela cruz, de tal modo que o promontório se desloca para cima e para trás (S1) e a extremidade inferior do sacro e o vértice inferior do cóccix deslocam-se para baixo e para a frente (d1). Simultaneamente as asas ilíacas afastam-se e as tuberosidades isquiáticas aproximam-se (KAPANDJI, 2000; MA-

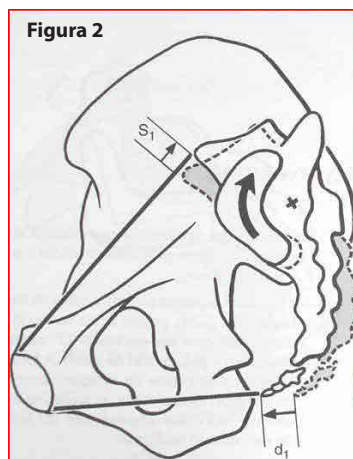
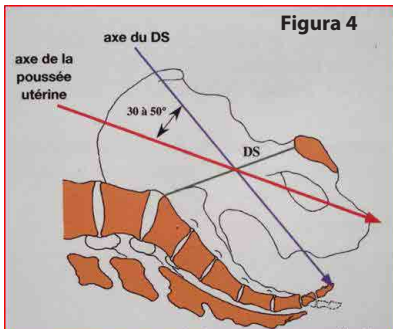


Figura 3



GEE, 2005; SCHAAL, RIETHMULLER, 2007). Na contranutação ocorre o aumento do diâmetro antero-posterior a nível do estreito superior e a diminuição dos diâmetros antero-posteriores na escavação pélvica e estreito inferior (KAPANDJI, 2000; SCHAAL, RIETHMULLER, 2007). Segundo KAPANDJI (2000) a amplitude média do deslocamento do promontório   de 5,6 mm e a amplitude de variação do diâmetro ântero-posterior do estreito inferior   de cerca de 15 mm. Na posição deitada (cf. Figura 3) a flexão das coxas leva ao movimento de nutação e a extensão provoca o movimento de contranutação do sacro em relação ao  lio. Quando a parturiente está em p , a contranutação ocorre quando assume uma posição "lord tica" ou de inclinação pélvica anterior, a inclinação pélvica posterior ou a retificação da lordose lombar leva ao movimento de nutação (MAGEE, 2005).

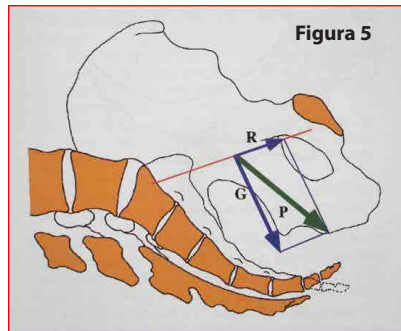
Figura 4



2.2 – Alinhamento dos eixos

A posição da parturiente também influencia o alinhamento entre o eixo do puxo uterino e o eixo do estreito superior (cf. figura 4). Se a parturiente aumentar a lordose lombar o ângulo entre os dois eixos referidos irá aumentar dificultando o encravamento e des- cida fetal (SCHAAL, RIETHMULLER, 2007). En- tão, para melhorar o alinhamento   necessário diminuir a lordose lombar de forma a alinhar o

Figura 5



eixo do puxo uterino com o eixo do estreito superior (ZWE- LLING, 2010; GASQUET, 2007; SCHAAL, RIETHMULLER, 2007). Pode observar-se na figura 5 que a força do puxo uterino (P) pode ser decomposta em duas forças perpendiculares R e G. A força G paralela ao plano ósseo retrop bico tenderá a fazer progredir a cabeça fetal através do estreito superior. Percebe- se então, que quanto maior for a concordância entre o eixo do puxo uterino e o eixo do estreito superior maior será esta força. Se a bacia estiver em inclinação pélvica anterior (hyper- lordose) a força G será muito diminuída e a força R aumen- tada, sendo então impossível o encravamento (SCHAAL, RIETHMULLER, 2007).



Figura 6



Figura 7



Figura 8



2.3 – Posições durante a primeira fase de trabalho de parto

Atendendo à revisão de literatura efetuada conclui-se que a imobilidade dificulta o encravamento e descida do feto pelo canal de parto. O balanceamento, a verticalidade e as mudanças de posição são benéficas para a progressão do trabalho de parto, para a diminuição da dor materna, para a qualidade das contracções uterinas e para a circulação materno-fetal (ZWELLING, 2010). Em seguida são apresentadas várias posições (cf. figuras 6,7,8,9,10) em que, atendendo aos conceitos já descritos neste artigo, se promove o encravamento e a descida fetal. Salienta-se que nos exemplos apresentados, o ângulo coxo-femural é inferior a 90° para que ocorra a rectificação da lordose lombar com consequente alinhamento do eixo do puxo uterino com o eixo do estreito superior. As posições apresentadas nas figuras 7, 8 e 10 permitem à parturiente o balanceamento. A utilização da bola promove a participação do acompanhante no trabalho de parto. Nas posições representadas nas figuras 7, 8 e 9 utiliza-se a verticalidade, cujos benefícios estão já bem demonstrados.

2.4 – Posições durante a segunda fase de trabalho de parto

De acordo com Gupta [et al.] (2004), numa revisão sistemática de 19 estudos que envolveram 5764 parturientes, o uso de qualquer posição vertical ou lateral comparada com a posição de litotomia está associada: à redução da duração da segunda fase de trabalho de parto, à redução no número de partos instrumentados, à redução do número de episiotomias, ao aumento nas lacerações perineais de 2º grau, ao au-



mento no risco de hemorragia superior a 500 ml, à diminuição da dor severa e à diminuição de padrões anormais de frequência cardíaca fetal. Também Michel [et al.] (2002) refere, mediante pelvimetria realizada por ressonância magnética a 35 mulheres não grávidas em várias posições, que o diâmetro inter-espinhoso e inter-tuberoso é maior na posição quadrúpede e de cócoras que na posição supina. Na figura 11 salienta-se o ângulo coxo-femural inferior a 90° e a rotação interna do fémur que também induz o movimento de natação (GASQUET, 2007).

No que se refere ao modo de puxar, não há evidência científica que justifique a necessidade de incentivar a parturiente a realizar esforços expulsivos antes de esta ter a sensação imperiosa de puxar ou antes de duas horas de descida passiva e a prática de puxos dirigidos com a glote fechada é prejudicial, pelo que a OMS recomenda a eliminação desta prática. Puxar espontaneamente, normalmente, desencadeia 3 a 5 puxos expiratórios curtos (4 a 6 segundos) com cada contracção e com a glote aberta (FAME, APEO, 2009).

3 – CONCLUSÃO

Atualmente assiste-se a uma mudança no modo como o trabalho de parto é encarado pelos profissionais de saúde e pelas parturientes/casais. Pretende-se que este seja seguro e simultaneamente vá de encontro às expectativas das mesmas, minimizando o impacto negativo que a medicalização do parto possa ter na mobilidade. Atendendo às vantagens de adotar posições que promovam a evolução normal do trabalho de parto é necessário que os profissionais de saúde se consciencializem da importância da sua atuação e da necessidade de realizarem formação para ajudar a nascer noutras posições que não a supina (decúbito dorsal).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España), APEO (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras) - *Iniciativa parto normal: documento de consenso*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2009.
- GASQUET, Bernardette de - Positions maternelles pour l'accouchement – In SCHAAL, Jean-Patrick - *Mécanique et Techniques Obstétricales*. 3ªed: Montpellier, 2007. p. 297-313.
- GUPTA JK [et al.] - *Position for women during second stage of labour*. Cochrane Database Syst Rev. 2004.

- GUPTA, J., & NIKODEM, F. - *Maternal posture in labour*. European Journal of Obstetric, Gynecologic, and Reproductive Biology, 92 (2), 2000. p. 273-277.
- JOHNSON, N., JOHNSON, V. A. & GUPTA, J. K. - *Maternal positions during labor*. Obstetrical and Gynecological Survey, 46(7), 1991. p. 428-434.
- KAPANDJI, A. I. - *Fisiologia articular: esquemas comentados de mecânica humana*. 5ª ed , vol 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- LAWRENCE, A. [et al.] - *Maternal positions and mobility during first stage labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), 2009.
- MAGEE, David J. - *Avaliação musculoesquelética*, 4ª ed. Barueri, SP: Manole, 2005 ISBN: 85-204- 2352-3
- MICHEL, Sven C. A. [et al.] - MR Obstetric Pelvimetry: *Effect of Birthing Position on Pelvic Bony Dimensions*. [Em linha], 2002. [Consult. 18 Nov. 2010] 15f. Disponível em: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/12239066>
- RACINET, C., - *Maternal posture during parturition*. Gynecol Obstet Fertil, 2005. 33(7-8): p. 533-8.
- SCHAAL, Jean-Patrick; RIETHMULLER, Didier – Engagement – In SCHAAAL, Jean-Patrick - *Mécanique et Techniques Obstétricales*. 3ªed: Montpellier, 2007 p. 245-258.
- ZWELLING, Elaine – *Overcoming the challenges: maternal movement*. MCN. The American Journal of Maternal Child Nurse Vol. 35, nº 2 (Março/Abril de 2010), p 73- 78.