

Posições maternas no trabalho de parto e parto

Maternal positions in labour and childbirth

Lucas Barbosa da Silva^{1,2}
 Manoela Porto Silva²
 Paula Cristina Martins Soares¹
 Quésia Tamara Mirante Ferreira¹

Palavras-chave

*Parto
 Trabalho de Parto
 Posição materna
 Litotomia dorsal*

Keywords

*Delivery
 Labor
 Maternal position
 Dorsal lithotomy*

Resumo Hieróglifos egípcios, pinturas rupestres e esculturas da Antiguidade demonstram que a mulher sempre buscou instintivamente uma postura verticalizada na hora de parir. Atribui-se o fenômeno da horizontalização do parto ao advento dos cirurgiões obstétricos e à marginalização das parteiras na assistência obstétrica no século XVII. Estudos randomizados revelam que as posturas verticais durante o parto apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos quando comparado à litotomia dorsal devendo, portanto, ser adotadas preferencialmente na assistência ao parto – nível de evidência A. A mulher pode adotar a postura em que se sentir mais confortável (ereta ou sentada, de cócoras, de quatro ou de mãos Joelho e em decúbito lateral esquerdo), e o profissional que a assiste deve conhecer as vantagens e desvantagens de cada uma delas. A posição litotômica tradicional deve ser reservada somente aos partos vaginais operatórios por restringir a perfusão útero-placentária (síndrome da hipotensão supina) podendo levar à acidemia fetal.

Abstract Egyptians petroglyphs and ancient pictures and sculptures demonstrate that women always took instinctively an upright posture in labour. The horizontalization phenomena of birth is attributed to the advent of obstetric surgeons and the midwives marginalization in obstetric practice in the 17th century. Randomised researches shows that upright positions have advantages as a gravitational point of view increasing the maternal pelvic dimensions when compared with dorsal lithotomy and should, therefore, be adopted preferentially in labor assistance- evidence level A. The women can adopt a more comfortable position (upright or semi-sitting, squatting, kneeling or left lateral decubitus) and the professional should know the advantages and disadvantages of each one. The traditional lithotomic position should be reserved to operative vaginal deliveries because it diminishes the utero-placental perfusion (Supine hypotension syndrome) and can cause fetal acidemia.

¹ Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte (MG)

² Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte (MG)

Introdução

Em todos os mamíferos quadrúpedes, o parto se realiza em apresentação pélvica. O surgimento do bipedalismo e da postura ereta na classe dos hominídeos promoveu uma transformação na pelve feminina há cerca de 5 milhões de anos. Uma das transformações mais marcantes foi o desenvolvimento do promontório sacral, que tornou o canal de parto mais longo e curvo e fez com que o processo do nascimento se tornasse mais difícil no homem em relação aos outros mamíferos. Essas mudanças na conformação pélvica levaram à encefalização do nascimento no gênero homo há cerca de 2 milhões de anos (Pecorari, 2002; Trevathan, 1999).

Em vista dessas mudanças, vemos em pinturas rupestres, hieróglifos egípcios e esculturas da Antiguidade que a mulher sempre buscou instintivamente uma postura verticalizada na hora de parir (Jarcho, 1934). Engelman, observando povos primitivos durante o processo da parturição em 1882, impressionou-se como elas se movimentavam durante o trabalho de parto evitando o decúbito dorsal: "... elas variavam suas posições em várias etapas do trabalho de parto de acordo com a posição da cabeça da criança na pélvis" (Engelmann, 1882).

O processo de horizontalização do parto se processou simultaneamente à medicalização do nascimento com o advento dos cirurgiões obstétricos. Foi sob a influência da escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau no século XVII, que o parto horizontal foi introduzido. Mauriceau, com grande influência na corte francesa de Luís XIV, ao assistir ao parto da rainha Louise De La Vallière, o fez na posição horizontal numa cama de parto (lit de misere) para que o rei também o assistisse. Dois anos após, Mauriceau recebeu a visita de Hugh Chamberlen, membro da aristocracia britânica e que possuía o segredo do fórcepe, e conheceu o valioso instrumento. A posição horizontal facilitava as intervenções médicas como o uso do fórcepe e o estudo físico do mecanismo de parto e foi de extrema importância no alijamento do saber empírico das parteiras e marginalização da sua prática no século XVIII. De Lee postulou no primeiro número do *Jornal Americano de Ginecologia e Obstetrícia*, em 1920, que "os partos em primíparas deveriam ser realizado por um especialista em Obstetrícia sob o sono crepuscular da anestesia geral com o auxílio de um fórcepe eletivo e episiotomia" (De Lee, 1920). Sob a influência desses preceitos, o parto em litotomia dorsal tornou-se de eleição na Obstetrícia Ocidental (Gupta & Nikodem, 2000).

Posição materna no trabalho de parto e parto

Em 1668, François Mauriceau publicava em *Traité des Maladies des Femmes Grosses et Accouchées* suas observações sobre os benefícios da deambulação durante o trabalho de parto: "... as mulheres sempre tiveram trabalhos de parto mais difíceis quando permaneceram demasiado tempo em suas camas durante o trabalho de parto, sobretudo muito pior quando se tratava dos primeiros filhos, do que quando lhes foi permitido andar e movimentar-se, suportando sua barriga sob seus braços, se necessário; pois desta maneira, o peso da criança, estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama; suas dores serem menos fortes e freqüentes, e seu trabalho de parto muito mais curto".

Caldeyro-Barcia et al., 1960, confirmaram cientificamente essas observações no clássico estudo sobre o efeito da postura materna na contratilidade uterina. Eles constataram que as mulheres na posição vertical apresentavam contrações uterinas mais rítmicas, intensas e eficientes do que em decúbito. Read et al., 1981, revelaram que o estímulo à deambulação parece exercer o mesmo efeito da condução intravenosa do trabalho de parto com ocitócicos. Entretanto, Bloom et al., 1998, não encontraram, em estudo randomizado com 1.067 mulheres, efeitos da deambulação sobre a duração da fase de dilatação do trabalho de parto, a necessidade de uso de ocitócicos e analgesia, a taxa de parto vaginal operatório e cesárea e os resultados neonatais.

Mendez-Bauer et al., 1975, constaram um incremento de 25-30 mmHg na pressão intra-amniótica devido somente ao efeito gravitacional da postura. Se analisarmos que as metrossístoles e os puxos involuntários do período expulsivo contribuem cada um com cerca de 40 a 50 mmHg na pressão intra-amniótica, a postura verticalizada representa uma economia de 30 a 40% no esforço materno na hora de parir. Michel et al., 2002, demonstraram, através da pelvimetria óssea obstétrica realizada pela Ressonância Nuclear Magnética, que nas posições verticais (cócoras, sentada e de mãos-joelho) ocorre um aumento significativo dos diâmetros interespinhoso, intertuberoso e cocci-subpúbico em relação ao decúbito, sugerindo uma facilitação do processo do nascimento.

Os estudos sobre o efeito da postura materna durante o trabalho de parto e parto em relação aos resultados perinatais apresentam na maioria falhas metodológicas. Quando analisam o período expulsivo, enfocam geralmente o uso de cadeiras de parto. O Quadro 1 enumera as mudanças na

primeira e segunda fases do trabalho de parto com a verticalização, segundo revisões baseadas em ensaios clínicos controlados e randomizados, da Biblioteca Cochrane e da Biblioteca Nacional Eletrônica Britânica.

Posições verticais

As posturas verticais durante o trabalho de parto e parto apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna maximizando os puxos expulsivos maternos e facilitando o desprendimento fetal, devendo portanto serem adotadas preferencialmente na assistência ao parto – nível de evidência A (Lewis et al., 2004; Gupta & Nikodem, 2000)

Posição sentada ou semi-sentada (45°) em bancos ou cadeiras de parto

A utilização de bancos ou cadeiras de parto propicia uma posição mais confortável para a parturiente (Figura 1). Um estudo japonês revelou que os puxos expulsivos são mais intensos e eficientes nessa posição quando comparada à posição litotômica (Chen et al., 1987). Entretanto, o uso de bancos e cadeiras de parto associa-se significativamente a edema vulvar e aumento no risco de sangramento uterino acima de 500 mL após a dequitação, sem aumentar a necessidade de transfusão (Gupta & Nikodem, 2000). Por isso é aconselhável evitar que a parturiente fique sentada por períodos prolongados na 2ª fase do trabalho de parto devido ao risco de edema vulvar por dificuldade de retorno venoso e se realize a dequitação placentária em decúbito dorsal – nível de evidência A.

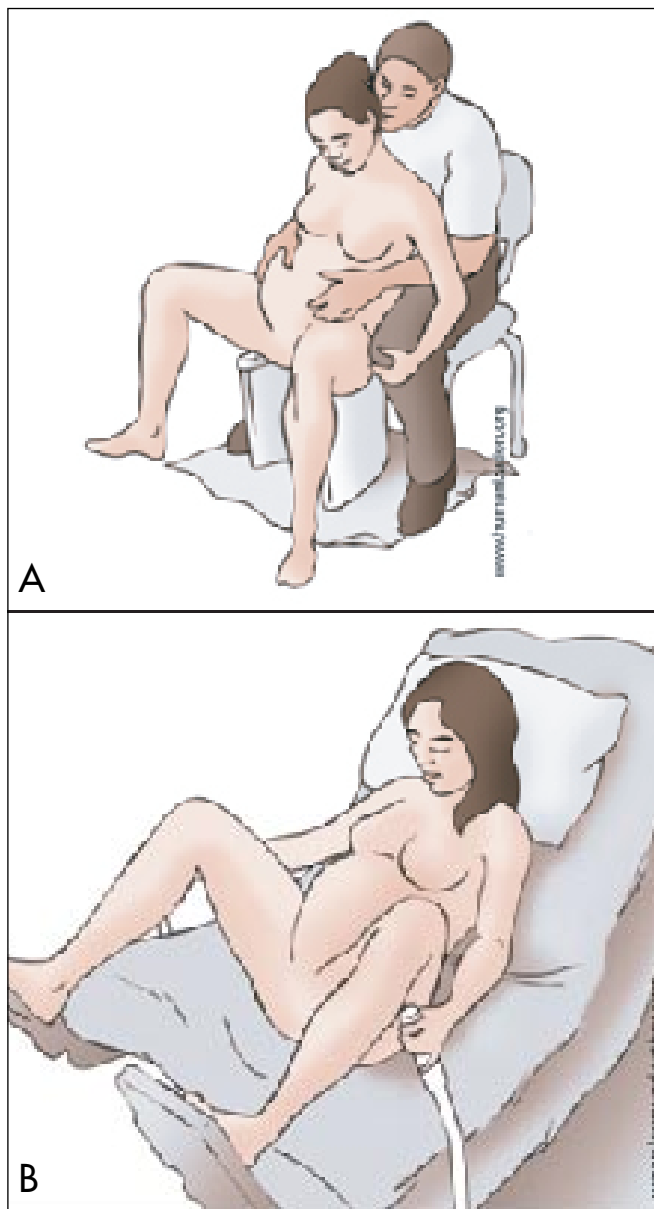


Figura 1 - Posição sentada em bancos (A) ou semi-sentada em cadeiras de parto (B). (Figura extraída do site: <http://www.humanization.org>)

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens da verticalização da 1ª e 2ª fase do trabalho de parto.

1ª Fase (dilatação)	2ª Fase (expulsão)
<ul style="list-style-type: none"> • Menor duração • Dores menos intensas (menor necessidade de peridural e narcóticos) • Menor taxa de padrões anormais do bcf à CTG • Não altera a taxa de cesárea e resultados neonatais • Dificulta a monitorização fetal durante a 1ª fase 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor duração (media = 5,4 min) • Dores menos intensas (OR = 0,59) • Redução dos partos operatórios (OR = 82) • Redução de episiotomia (OR = 0,73) • Menor taxa de padrões anormais do bcf à CTG (OR = 0,31) • Puxos mais eficientes, maior pH médio da artéria umbilical • Aumento discreto laceração 2º grau (OR = 1,30) • Aumento no risco de sangramento > 500mL (OR = 1,76), sem aumento necessidade de transfusão (cadeiras de parto)

OR = "odds ratio"; bcf = batimentos cardíacos; CTG = cardiocardiografia.



Figura 2 - Posição indígena ou de cócoras.
(Figura extraída do site: <http://www.humanization.org>)

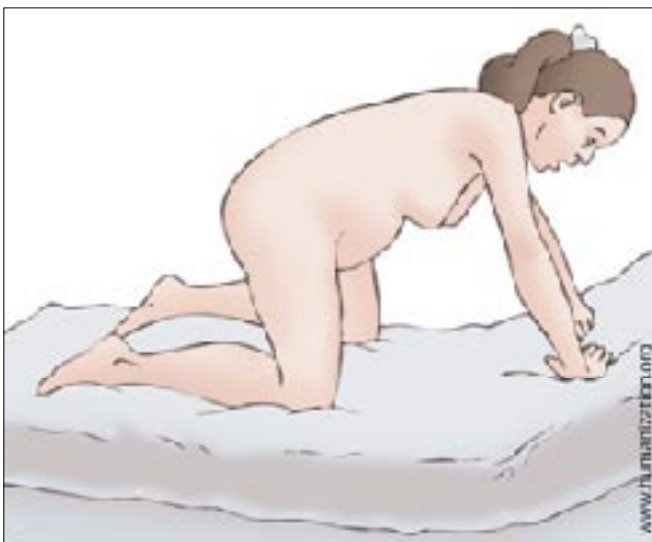


Figura 3 - Posição inglesa, mãos-jelho, de quatro ou de Gaskin.
(Figura extraída do site: <http://www.humanization.org>)

Posição indígena ou de cócoras

O parto de cócoras foi introduzido na cultura ocidental após a observação do processo de parturição em índias (Loomis & Taylor, 1985) (Figura 2). Essa postura aumenta em 28% a área do plano de saída da pelve ou em 1,0 a 1,5 cm os diâmetros do estreito inferior da bacia (Russel, 1982). A flexão das coxas sobre o abdome também contribui para uma retificação da curvatura lombo-sacra e rotação superior da sínfise púbica, tendo o mesmo efeito da Manobra de McRoberts sobre a distócia de ombro, porém, sem os efeitos hemodinâmicos adversos da posição supina (Gonik et al., 1983).

Os exercícios de levantar e abaixar de cócoras é um recurso fisioterápico eficaz para fortalecimento da musculatura perineal e dos membros inferiores durante o pré-natal. Apesar desses benefícios, é uma postura desconfortável para as mulheres ocidentais, gerando câimbras e dores musculares e dificulta a realização de manobras extrativas ou episiotomia pelo atendente, quando necessário.

Posição inglesa, de quatro, de mãos-jelho ou de Gaskin

A assistência ao parto na postura de quatro é uma prática popular entre as "midwives" inglesas (Figura 3). Puddicombe introduziu em 1958 os exercícios na posição mãos-jelhos no pré-natal com o intuito de facilitar a rotação fetal espontânea nas apresentações cefálicas occipito-sacra e occipito-transversa persistentes (Puddicombe, 1958). Apesar de ser adotada frequentemente, uma revisão da Biblioteca Cochrane (Hofmeyr & Kulier, 2002) e recente estudo multicêntrico randomizado australiano não encontraram evidências que dêem suporte a essa prática (Kariminia et al., 2004).

Os efeitos na duração do 2º estágio e no bem estar fetal não foram estudados, entretanto, essa posição tem revelado facilitar o desprendimento biacromial na distócia de ombro (manobra de Gaskin) e pode diminuir as lacerações perineais por facilitar a proteção perineal (accoucher) durante a deflexão cefálica (Bruner et al., 1998).

Posições horizontais

Posição francesa ou lateral esquerda ou de Sims

A assistência ao parto em decúbito lateral esquerdo (DLE) representa a posição ideal quando se deseja evitar a hipotensão supina e oferecer uma melhor oxigenação fetal no período expulsivo (Figura 4). Por isso, é postura de escolha

na presença de desacelerações variáveis ou tardias durante o desprendimento cefálico, não impedindo a aplicação de fórceps ou vácuo-extrator para abreviar o nascimento.

Além disso, deve ser adotada também em gestantes cardiopatas graves ou portadoras de ICC, portadoras de restrição na articulação sacroilíaca por defeitos ou traumas ósseos, portadoras de varizes acentuadas de membros inferiores e nas situações em que a monitorização fetal eletrônica contínua está indicada (Society of Obstetrics and Gynecologist of Canada, 1998). Irwin, 1978, publicou recomendações práticas após assistir a 102 partos realizados nessa posição. Apesar de ser a postura mais confortável para a parturiente, não apresenta os benefícios gravitacionais das posições verticais.

Posição supina ou litotomia dorsal

Estudos nas últimas décadas que comparam as diversas posturas adotadas durante o trabalho de parto e parto tem revelado que todas as outras posições (de pé, de cócoras, sentada ou DLE) são superiores à litotomia dorsal em relação à progressão do trabalho de parto e às vantagens fisiológicas para mãe e feto (Gupta & Nikodem, 2000; Lewis et al., 2004). A posição supina está associada a padrões anormais dos batimentos cardíofetais à cardiotocografia (Abitbol, 1985) e queda no pH da artéria umbilical e na saturação de oxigênio à oximetria de pulso (Carbonne et al., 1996). Por isso, essa posição deve ser desencorajada e reservada somente para os partos vaginais operatórios.



Figura 4 - Posição francesa, decúbito lateral esquerdo ou de Sims. (Figura extraída do site: <http://www.humanization.org>)

Apesar das recomendações da literatura, as taxas de parto em decúbito dorsal permanecem altas na grande maioria das maternidades brasileiras. A falta de orientação pré-natal, o treinamento médico nos Serviços de Residência Médica e os aspectos culturais da população brasileira talvez contribuam para isso. O grande desafio da Obstetrícia contemporânea é combinar os benefícios fisiológicos, anatômicos e emocionais da movimentação durante o trabalho de parto e de posturas mais fisiológicas adotadas no nascimento com uma adequada monitorização do bem estar fetal.

Leituras suplementares

1. Abitbol MM. Supine position in labor and associated fetal heart rate changes. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 65: 481-6.
2. Bloom *et al.* Lack of Effect of Walking on Labor and Delivery. *N Engl J Med* 1998; 339: 76-9.
3. Bruner JP, Drummond SB, Meenan AL, Gaskin IM. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med* 1998, 43: 439-43.
4. Caldeyro-Barcia. Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labour. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 80: 284-90.
5. Carbonne B, Benachi A, Lévêque ML, *et al.* Maternal Position during labor: effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 797-800.
6. Chen S, Aisaka K, Mori H, Kigawa T. Effects of sitting position on uterine activity during labour. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 67-73.
7. De Lee JB. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920; 1: 34-44.
8. Engelmann GJ. *Labor among primitive peoples*, JH Chambers: St. Louis; 1882.
9. Gonik B, Stringer CA, Held B. An alternative maneuver for management of shoulder dystocia. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 882-84.
10. Gupta JK, Nikodem C. Maternal posture in labour. *Eur J Obstet Gynecol & Reprod Biol* 2000; 92: 273-77.
11. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Ver* 2000.

- [Internet Available]. Disponível em: <http://www.sogc.org>. Acesso em: 2 de agosto de 2006.
12. Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands/knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD0010163.
 13. Irwin H. Practical considerations for the routine application of left lateral Sims position for vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 131: 119.
 14. Jarcho J. Postures and practices during labor among primitive peoples, New York: Paul Hoeber; 1934.
 15. Kariminia A, Chamberlain ME, Keogh J, Shea A. Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. *BMJ* 2004; 328: 490-5.
 16. Lewis L, Webster J, Carter A et al. Maternal positions and mobility during first stage of labour (Protocol for a Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester: Wiley; 2004.
 17. Loomis RJ, Taylor BI. Squatting in childbirth- a new look at an old tradition. *JOGNN* 1985; 406-11.
 18. Mauriceau F. *Traité des Maladies des Femmes Grosses et Accouchées. Avec la bonne et véritable méthode de les bien aider en leurs accouchemens naturels*. Paris; 1668.
 19. Mendez-Bauer. Effects of standing position on spontaneous uterine contractions and other aspects of labour. *J Perinat Med* 1975; 3: 89-100.
 20. Michel. MR obstetric pelvimetry: effect of birthing position on pelvic bony dimensions. *Am J Roentgenol* 2002; 179: 1063-7.
 21. National Electronic Library for Health Positions in labour and delivery. 2003. [Internet Available]. Disponível em: <http://www.midirs.org>. Acesso em: 2 de agosto de 2006.
 22. Pecorari D. Motherhood, metabolic changes and evolution. *Minerva Ginecol* 2002; 54: 239.
 23. Puddicombe JF. Maternal posture for correction of posterior fetal position. *International College of Surgeons* 1958; 23: 73-7.
 24. Read JA, Miller FC, Paul RH. Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: A preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 669-72.
 25. Society of Obstetrics and Gynecologists of Canada. *Clinical Practice Guidelines. Healthy Beginnings: Guidelines for care during pregnancy and childbirth*. n° 71, Dec 1998. [Internet Available]. Disponível em: <http://www.sogc.org>. Acesso: em 2 de agosto de 2006.
 26. Trevathan WR. Evolutionary Obstetrics. In: ____ Trevathan WR, Smith OE and McKenna J. *Evolutionary Medicine*. 1st ed., Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 183-8.

**Rio Grande
do Norte
15 a 17 de agosto**

20ª Jornada de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Norte

Local: SOGORN

Realização: SOGORN

Tel.: 55(84)3221-5523 **Fax:** 55(84)3222-7415

sogorn@eol.com.br