

TO 325

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - 11ª FASE

ANÁLISE CRÍTICA DA POSIÇÃO MATERNA DURANTE O PARTO
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ALUNOS:

IVETE I. MASUKAWA
ROGÉRIO R. RITA

ORIENTADORA:

Profa. Dra. LILIA ROSA MARQUES

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO/1986

ÍNDICE

RESUMO	04
ABSTRACT	05
INTRODUÇÃO	06
MATERIAIS E MÉTODOS	09
1. HISTÓRICO	10
1.1. Posição Materna durante o parto através da História	10
1.2. A Cadeira de Parto	12
1.3. O Banimento das Cadeiras Obstétricas e a Introdução da Posição Materna Horizontal	13
1.4. Renascimento da Cadeira Obstétrica	16
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
2.1. Período de Dilatação	19
2.2. Período Expulsivo	32
2.2.1. Parto em Decúbito Dorsal	32
2.2.2. Parto na Posição Lateral	39
2.2.3. Parto na Posição Sentada e semi-sentada	40
2.2.4. Parto na Posição de Cócoras	47
2.3. Discussão	59
3. INQUÉRITO AOS MÉDICOS	70
3.1. Professores de Tocoginecologia	70
3.2. Neonatologista Convidado	77
3.3. Obstetras Convidados	77
CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXO I	90

Agradecimentos Especiais

À LILIA ROSA MARQUES

por sua calorosa orientação.

À CLÁUDIO e MOYSÉS PACIORNIK

por suas colaborações.

RESUMO

O parto é um fenômeno biológico e natural, sendo influenciado por uma série de fatores. A posição materna durante o parto é muito importante, podendo-se assim ajudar ou obstacularizar a fisiologia do parto.

Através de uma revisão na literatura, este trabalho observou as modificações das posições através da história. Foram também analisadas as diversas posições, ressaltando-se suas vantagens e desvantagens, assim como um resumo dos principais trabalhos científicos sobre o tema. Distribuiu-se questionários aos professores do departamento de Tocoginecologia da UFSC e alguns médicos convidados para pesquisar a experiência prática destes com outras posições além da convencional.

Pretende-se com este trabalho divulgar os avanços científicos das diversas posições maternas durante o parto e desta forma contribuir na implantação de maternidades com uma nova visão de assistência médica ao parto.

ABSTRACT

Childbirth is a natural and biological event, and influenced by various elements. Maternal posture during labor and delivery is very important, because it may help or hinder the natural physiology.

Through a survey in the last ten years literature, this paper first studied the modifications of maternal posture throughout history. Then the authors analyzed several postures and emphasized their advantages and disadvantages, with a summary from the main scientific papers on the theme. The teachers from the USFC's Obstetrics and Gynecology Department and some special guested doctors were interviewed to investigate their practical experience with other positions besides the conventional.

The main goal of this paper is to spread the scientific advances of different maternal posture, and do bring a contribution to find a new way of giving medical assistance during childbirth.

INTRODUÇÃO

O parto é um fenômeno fisiológico influenciado por uma série de fatores. Um destes fatores é a posição materna. Conforme a posição que a parturiente assuma pode-se acelerar ou retardar o parto, ser mais ou menos confortável, ajudar ou atrapalhar a natureza.

Questionar a posição materna no parto é tocar a ponta de um enorme "iceberg" que se formou nos últimos 300 anos: a assistência médica ao parto. O cerne deste "iceberg" não é a questão postural física mas a postura interior que o médico adota frente ao parto, sendo este um ato fisiológico e apenas potencialmente patológico.

O processo de medicalização da vida moderna fez do parto normal um ato cirúrgico. AYUB (5) acredita que a adoção da posição em decúbito dorsal advém deste conceito do parto como procedimento cirúrgico. A posição da mulher é disposta de modo a mimetizar uma cirurgia. Ela jaz sobre as costas, os braços são contidos para evitar que as mãos se imiscuem na área estéril. As pernas são mecanicamente afastadas e imobilizadas para que o médico (ou melhor, o cirurgião vestido com gorro, máscara, avental, propé e luvas esterilizadas) tenha franco acesso ao períneo.

Ao invés do obstetra ser um "observador atento", definição enunciada por FERNANDO DE MAGALHÃES (32), vigilante aos partos que tornam-se patológicos, este tenta superar a própria natureza, medicando e intervindo muitas vezes sem necessidade no parto que evolui normalmente.

A obstetrícia foi um dos principais alvos no processo de crítica a medicalização excessiva, a condenação à iatrogenia, às rotinas despersonalizantes e ao intervencionismo inútil que a prática médica sofreu na última década.

O parto passou a ser visto como um ato violento e desumano. As alternativas surgidas para esta situação proporam desde a mudança do meio ambiente do parto (redução da luz e frio, até o parto dentro da água (41), assim como a reintrodução de antigas posições maternas, e através destas mudar-se a postura médica diante do parto.

Diversas posições maternas foram surgindo através da história determinadas por padrões sócio-econômicos, culturais, religiosos e o comportamento espontâneo da parturiente em busca da posição mais antálgica (28). Muitos trabalhos tem sido realizados nos últimos anos pesquisando qual a posição mais adequada para a parturiente, e suas vantagens e desvantagens. Cabe observar que a posição em decúbito dorsal universalizada por Mauriceau no século XVII não foi fruto de uma análise criteriosa de seus benefícios e malefícios.

Delimitando o nosso objeto de estudo, dividimos as posições em dois grandes grupos: o vertical e o horizontal.

A posição vertical é definida como sendo aquela em que uma linha conectando o centro da 3ª e 5ª vértebras lombares (V.L.)

de mulher é mais próxima do plano vertical do que do plano horizontal. Isto é, de tal forma que a 3ª V.L. estará mais alta que a 5ª V.L. e não vice-versa (4).

A posição vertical subdivide-se em: em pé, sentada, de cócoras e de joelhos, sendo estudado apenas as três primeiras.

A posição horizontal é aquela na qual uma linha conectando o centro da 3ª e 5ª V.L. da mulher é mais horizontal que vertical. Subdivide-se em: litotômica (posição em decúbito dorsal com perneiras), litotômica exagerada, Trendelemburg, Walcher (com as pernas pendentes para fora da cama) e Sims ou lateral (4). Destas estudaremos as mais frequentes: litotômica e de Sims.

Divulgando os avanços científicos sobre a posição materna durante o parto, pensamos em dar uma pequena contribuição para o surgimento de uma nova postura de assistência médica durante o parto.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho constou iminentemente de revisão bibliográfica pesquisada através do Index Medicus, no período compreendido entre janeiro de 1975 e julho de 1986. Também foi utilizado o International Nursery Index no período de janeiro de 1975 a dezembro de 1985.

Foram distribuídos inquéritos (anexo I) sobre o tema aos professores do Departamento de Tocoginecologia da UFSC e médicos especialmente convidados, questionando-os sobre as diversas modalidades de posição maternas durante o parto, segundo seus conhecimentos teóricos e vivências práticas. O conteúdo dos questionários consta do trabalho, valorizando-se especialmente as condições ou dificuldades para a implantação de uma nova posição materna na maternidade do Hospital Universitário da UFSC.

Os médicos convidados foram escolhidos devido a sua comprovada experiência com parto vertical (um obstetra) e dois neonatologistas do Departamento de Pediatria da UFSC, em busca de repercussões perinatais decorrentes da posição materna durante o parto.

1. HISTÓRICO

1.1. Posição Materna durante o Parto através da História

Descrições das práticas obstétricas de diversas épocas culturais nos mostram que a posição vertical no parto era a mais usada. Isto é demonstrado em pinturas nas cavernas da nova idade da pedra (Saara central, entre o século X e VI A.C.), ou em descrições de partes que foram encontradas em escavações em Catal Hüyük (Turquia, entre o século VI e V A.C.). Pinturas, esculturas e outros desenhos da Mesopotâmia, Egito, de culturas orientais - China, Japão, Índia -, da antiga Grécia e Roma, assim como das antigas culturas das Américas nos mostram as mais frequentes posições maternas usadas durante o parto. Estas eram: de pé, de joelhos, de cócoras ou sentado (28).

O mesmo se observa na Bíblia, textos de autores greco-romanos e lindas pinturas de artistas da idade média. Em toda história da arte e medicina, a posição vertical é citada como a posição natural de parir para a mulher. Embora a Obstetrícia moderna considere a posição horizontal como a posição normal, esta era praticamente desconhecida em todas as culturas antigas (28).

Somam-se a isto, antigos e novos documentos sobre o acontecimento do parto realizados por pesquisadores, arqueólogos,

médicos, etnólogos e missionários. O primeiro pesquisador que procurou investigar histórica e etnologicamente a posição da parturiente foi o inglês E. Rigby. Segundo este autor (28) a mulher ficava de pé, ajoelhada, acocorada ou sentada, alterando sua posição durante o parto de acordo com a direção da cabeça do feto na pélvis, e buscando assim a posição mais antálgica. Instinto e experiência ensinaram as mulheres que, através da mudança de posição, o parto poderia ser acelerado.

Este comportamento é comum até hoje em diversos povos primitivos e tradições culturais. FORD (4) mostrou com sua pesquisa em 39 sociedades primitivas de todos os continentes que 15 usavam a posição sentada, 11 de joelhos, 3 de cócoras e 10 usavam outras posições ou alternavam-se entre aquelas.

NAROL, NAROL & HOWARD (57) elaboraram um estudo maior com uma amostra de 76 sociedades não-européias. Estes encontraram 62 usando a posição vertical e 14 usando a posição horizontal. Das 62 sociedades que usavam a posição vertical, 21 usavam de joelhos, 19 sentadas, 15 de cócoras e 5 de pé. Estes estudos comprovam que a maioria das sociedades não-européias, e ainda não influenciadas pela obstetrícia moderna, usavam a posição materna vertical para o parto.

Até 300 anos atrás as posições mais comuns na Europa eram a semi-sentada na cama, ou sentada na cadeira ou colo do marido (28).

1.2. A Cadeira de Parto

A cadeira de parto é talvez o mais antigo aparelho postural obstétrico. Sociedades antigas usaram simples cadeiras de parto por séculos. O primeiro aparecimento documentado no mundo ocidental foi no Egito. Este foi mencionada em vários papiros médicos e encontrada restos em pedra na casa de parto em Luxor, próximo ao ano 1.450 A.C. (28). Os assírios (1100-606 A.C.) também usavam a cadeira obstétrica. Existe referência na Bíblia (primeiro capítulo do Livro do Êxodo) sobre a cadeira que era usada pelas parteiras judias entre 700 A.C. e 140 D.C. (28).

Na Grécia clássica, Hipócrates, que era filho de uma parteira, recomendava o uso da cadeira especialmente para facilitar partos ou secundamentos difíceis. Na antiga Roma esta era recomendada por Soranus de Éfeso (98-177 D.C.) que fez descrição da cadeira obstétrica mostrando seu valor para a prática médica (28).

Na europa existem evidências que mostram seu uso até o final do século XIX (28, 57).

EUCHARIUS ROESSLIN (28), que escreveu o primeiro livro de Obstetrícia no vernacular em 1513, mostra como a cadeira era usada naquela época, sendo este modelo usado até o século XVII. A cadeira com 4 pés, tinha o assento cortado em forma semi-circular. Junto ao assento existiam dois puxadores. O encosto era imóvel com 40cm de altura. A parturiente sentava-se ereta e era suportada por uma ajudante. A parteira fazia seu trabalho sentada em um pequeno banco, aos pés da parturiente. Por pudor se estendia uma toalha entre esta e o banco da parteiro (vide figura 01).

A cadeira obstétrica foi constantemente aperfeiçoada, e no final do século XVII já existiam modelos com puxadores e encostos móveis, tornando-se mais cômodas. Hendrik von Deventer, médico holandês que viveu entre 1651-1724, desenvolveu a cadeira que, além do encosto e puxadores móveis, possuía pela primeira vez pequenos bancos para apoiar os pés ⁽²⁸⁾ (Figura 02).

Nesta época o parto era domiciliar. A maioria das famílias tinha sua própria cadeira, e que pertencia ao dote da filha. Conforme a condição social estas podiam ser simples cadeiras de madeira, até luxuosos tronos ornados com pinturas. Caso a mulher não tivesse a cadeira, esta era trazida pela parteira. Outras vezes, a comunidade tinha uma cadeira obstétrica que era emprestada para o parto. Por exemplo, algumas comunidades de Portugal tinha sua cadeira sob a tutela do vigário da paróquia ⁽⁵⁷⁾.

1.3. O Banimento das Cadeiras Obstétricas e a Introdução da Posição Materna Horizontal

Vários autores ^(4, 28, 53) mostram que o banimento da cadeira deveu-se a influência da escola obstétrica francesa, sob liderança de Mauriceau (1637-1709). HOUSHOLDER ⁽²²⁾ afirma que, em 1609, um discípulo de Ambroise Paré (cirurgião militar francês, contribuidor da obstetrícia descrevendo a versão podálica), escreveu o livro "L'heureux Accouchement des Femmes". Neste livro é descrito pela primeira vez a posição materna na cama com a cabeça inclinada. Esta descrição antecede 50 anos o trabalho de Mauriceau. Embora não tenha sido o primeiro a descrevê-la, este não mediu esforços em divulgá-la. Como obstetra da nobreza francesa, usou de sua influência para popularizar a posição horizon-

tal durante o parto, mas indicando a deambulação no período de dilatação, como expressou no livro "Des maladies des femmes grosses, et accouchées. Avec la bonne et véritable méthode de les bien aider en leurs accouchements naturels" (30).

Simultaneamente a mudança da posição materna durante o parto aconteceu outra profunda transformação na obstetrícia: a transferência da assistência ao parto das mulheres para os homens (28). Antigamente e ainda hoje em muitas culturas, ser parteira era uma atividade feminina. Com o surgimento das escolas de Medicina, a Obstetrícia tornou-se uma especialidade médica, e progredia dentro da renovação científica que animava a medicina da época. Nas novas maternidades os estudantes de medicina tinham acesso ao parto, mas o ensino médico era inacessível às mulheres. Em 1650 alguns cirurgiões tiveram permissão para penetrar na sala de parto do Hotel Dieu, na França. Os obstetras alemães lograram autorização semelhante somente cem anos mais tarde. Nos Estados Unidos, só em 1850 fez-se a primeira demonstração clínica de um parto perante estudantes de medicina (48).

Com menor formação, as parteiras não puderam acompanhar o desenvolvimento da obstetrícia. Sua qualidade técnica começou a ser questionada e, com o passar do tempo, sua prática abandonada e com esta o seu instrumento de trabalho: a cadeira obstétrica (22).

Com o desaparecimento da cadeira ("chaise obstetricale"), inicia-se o desenvolvimento da cama obstétrica. Existiam várias formas de preparar a cama para o parto, como por exemplo, o "lit de mesère" da escola francesa (corpo discretamente elevado com almofadas na posição dorsal) (28).

O desenvolvimento científico da medicina no século XIX, por exemplo o uso de anestesia, serviu para reforçar o uso da posição horizontal no parto (22). A parturiente passa a ser atendida no hospital, o parto visto como processo potencialmente patológico, e como qualquer outra paciente, a cama é seu lugar (51). Com o desenvolvimento das mesas obstétricas entre 1920 e 1930, a posição litotômica passa a ser a posição predominante.

Na Inglaterra surge a posição lateral em 1751. Esta era advogada por John Burton (28) baseando-se mais em justificativas puritanistas do que obstétricas. O dorso da parturiente deveria estar voltado para o parteiro, e com isto seu sentimento de vergonha estaria respeitado (28). Isto era fundamental considerando-se que a partir daquela data eram homens que faziam o parto (22). A literatura a denominou de "posição inglesa" e, mais tarde, "posição de Sims" em homenagem ao cirurgião americano James M. Sims (1813-1883), que descobriu esta ser excelente posição para o tratamento de fístulas vésico-vaginais.

No entanto, o banimento da cadeira obstétrica e a introdução da figura masculina no parto não aconteceu sem calorosas discussões e acirrada polêmica. Aqui são colocados alguns argumentos usados para que tenhamos condições de fazer um julgamento mais adequado, à luz dos novos conhecimentos obstétricos (28):

a) considerava-se o parto um processo natural e a posição da parturiente de grande importância. Tentava-se assim evitar que a mulher sofresse qualquer estresse ou medo, poupando-a de qualquer intervenção da técnica. Entendia-se por "esforço não-natural" aguentar e tracionar o puxador da cadeira, assim como apoiar e empurrar as pernas.

b) segundo os conhecimentos de assepsia e febre puerperal da metade do século XIX, considerava-se a dificuldade de limpeza da cadeira de madeira como forma de contaminação.

c) estava-se convencido que a posição vertical trazia uma série de perigos. Como exemplo, a acentuada pressão e aumento dos puxos antes do colo estar completamente dilatado, tornando mais difícil suportar as dores.

Para o período expulsivo esta apressaria a passagem da cabeça, aumentando o risco de roturas, assim como impossibilitando uma proteção adequada do períneo. Ao mesmo tempo achava-se que, com o parto mais rápido, aumentaria-se o risco de tracionar o cordão com consequências graves: inversão uterina, rotura do cordão umbilical, secundamento incompleto.

d) o parto na cama permitiria uma melhor posição para o obstetra. Este também não teria a inconveniência de transportar a parturiente da cadeira para a cama no pós-parto.

e) segundo a fisiologia e mecânica do parto do século XIX, acreditava-se que a força de gravidade não teria nenhuma ação sobre o parto.

1.4. Renascimento da Cadeira Obstétrica

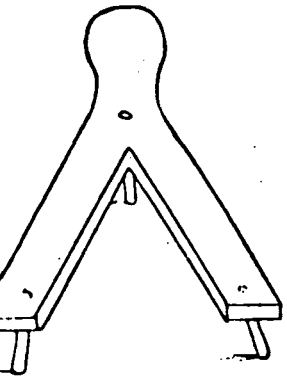
Em torno do final do século XIX, Engelmann e Ahfeld (28) posicionaram-se pelo retorno a posição vertical e pela reutilização da cadeira obstétrica. Só entre 1950 e 1960 a discussão sobre o tema foi retomada com a descrição da Síndrome de Hipotensão Supina (51). Alguns obstetras de renome deram contribuição decisiva para o novo desenvolvimento e divulgação de uma moder-

na cadeira obstétrica. Com isto reinicia-se um terceiro ciclo de sua história. Como exemplo citamos ROBERTO CALDEYRO BARCIA (18, 9, 10, 11) do Uruguai, com seus trabalhos sobre o parto sentado, MOYSES e CLÁUDIO PACIORNIK (42, 43, 44, 45) por seu pioneirismo com o parto de cócoras.

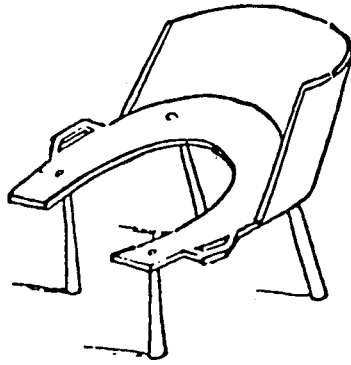


FIGURA 01 - Parto sentado no colo do marido. Forma utilizada na Europa antes da propagação da cadeira de parto. Segundo KÜTTNER (28).

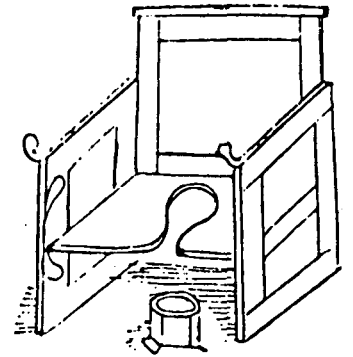
A CADEIRA DE PARTO ATRAVÉS DA HISTÓRIA (Figura 02)
(Seus construtores e ano provável de fabricação)



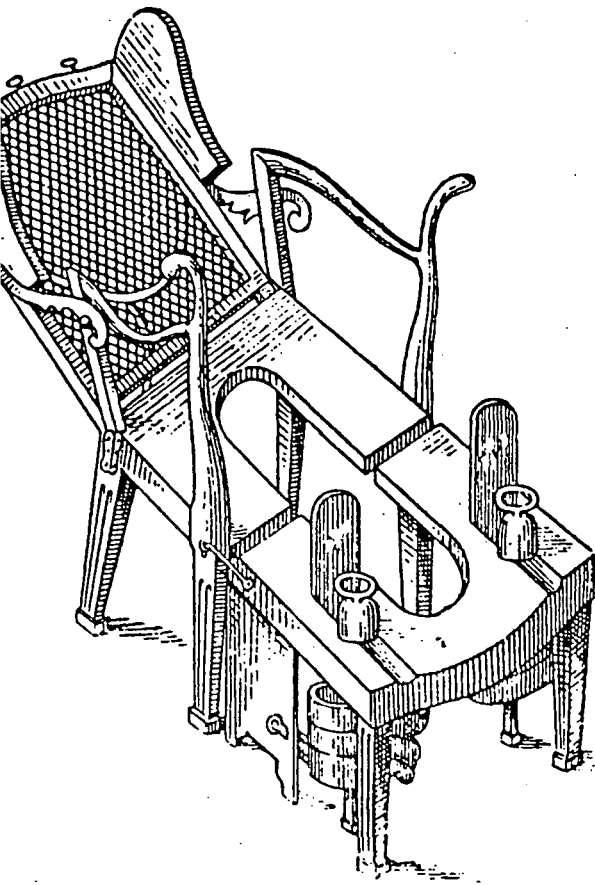
SAVONAROLA-1547



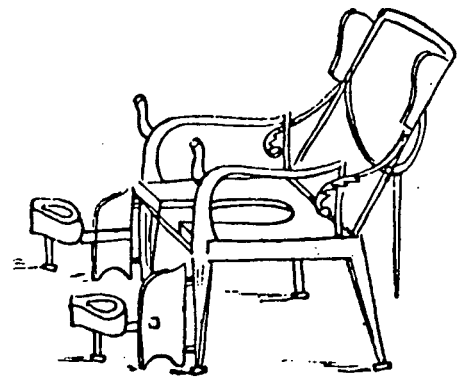
EUCHARIUS RHODIUS-1544



DEVENTER-1701

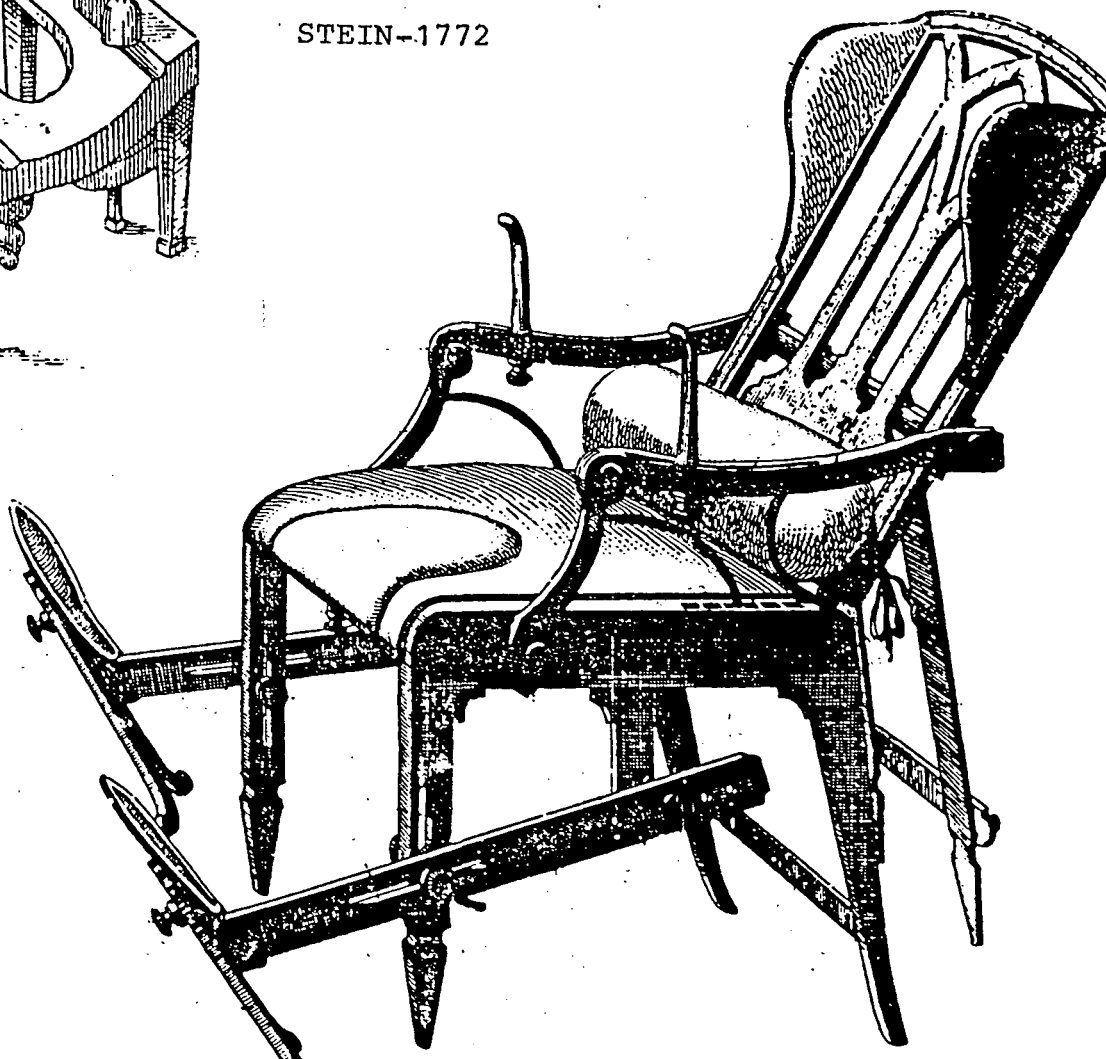


STEIN-1772



STUN-1805

CHMIDTMÜLLER-1795



2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Período de Dilatação

Interessante observar que no século XVII o famoso obstetra francês François Mauriceau, divulgador da posição horizontal na cama para o período expulsivo, já recomendava a posição vertical (ficar em pé, caminhar e sentar) para o período de dilatação (30, 52). Ele acreditava que com isto ocorreria uma diminuição do tempo do parto porque o peso do feto ajudaria a dilatação da cérvix uterina, assim como as contrações seriam mais fortes.

Somente em 1960 CALDEYRO-BARCIA e col.⁽⁸⁾ realizaram o primeiro estudo sobre a influência da posição materna durante o parto. Os autores mediram a pressão do líquido amniótico em 42 partos espontâneos e 42 partos induzidos com infusão de ocitocina, comparando a posição em decúbito dorsal com a posição em decúbito lateral.

Foi encontrado contrações uterinas de maior intensidade ($7,6 \pm 2,1$ mmHg) e menor frequência (0,7 contrações em 10 minutos) na posição lateral do que na posição dorsal. Os efeitos da mudança de posição sobre a contratilidade uterina apareceram imediatamente após esta mudança e duraram enquanto era mantida a posição. A diferença média da intensidade das contrações em ambas as posições foi maior no parto espontâneo (11-12 mmHg), do que

no parto induzido com infusão intravenosa de ocitocina (6-7 mmHg). Isto mostrou que o efeito sobre a contratilidade uterina da ocitocina tende a mascarar o efeito da mudança postural.

Os autores concluem que a mudança de posição tem uma aplicação clínica imediata: o tratamento de taquissistolia e hipertonia uterina, que reduz substancialmente quando a parturiente adota a posição em decúbito lateral (Figura 03).

MENDEZ-BAUER e col. (36) fizeram em 1975 um trabalho comparando a contratilidade uterina, dor produzida pelas contrações e conforto das parturientes entre a posição em decúbito dorsal e posição de pé. Observaram 20 nulíparas normais que permaneciam em uma das duas posições por trinta minutos e alternava sucessivamente as duas posições. A pressão intrauterina e a frequência cardíaca foram constantemente monitorizadas. A dilatação cervical foi avaliada a cada trinta minutos, e as parturientes não receberam qualquer medicação. Os autores encontraram os seguintes resultados na posição de pé comparando-a com o decúbito dorsal:

a) a intensidade das contrações era maior em 15 das 20 parturientes, não mudou em 4 e era menor em 1.

b) a frequência uterina diminuiu em um terço (7) das parturientes.

c) a atividade uterina aumentou na metade das parturientes em pé.

d) menor dor durante as contrações (15 parturientes).

e) maior conforto na posição de pé (19 parturientes).

f) menor duração do parto, tendo como média 3h e 55min.

LIU (29) já fez um trabalho prospectivo comparando a posição em decúbito dorsal com a posição semi sentada (30° do plano horizontal) num grupo selecionado de 60 primíparas (divididos aleatoriamente 30 em cada posição), obtendo resultados semelhantes (Tabela 06, discutida no próximo capítulo). A autora encontrou uma diferença de 85,73 minutos entre os períodos de dilatação conduzidas na posição semi sentada e em decúbito dorsal.

FLYNN e col. (17) realizaram um estudo prospectivo com um grupo homogêneo de 68 parturientes (metade primíparas), dividindo-as aleatoriamente em dois grupos: um grupo deambulava e outro permanecia deitado na cama durante o período de dilatação (decúbito lateral). Ambos os grupos tiveram monitorização eletrônica, sendo usado radio-telemetria para o grupo deambulante. Para instalação dos eletrodos na cabeça fetal, foram rompidas as bolsas amnióticas com 2cm de dilatação.

Os autores encontraram duração do parto, necessidade de analgesia e incidência de anormalidades dos batimentos cardíaco-fetais menores no grupo deambulante. Índices de Apgar no primeiro e quinto minutos foram significativamente melhores no grupo deambulante. Maior número dos parturientes deitados necessitaram de ocitocina (Tabela 01).

Resultados semelhantes foram obtidos no estudo colaborativo entre várias maternidades da América Latina organizado pelo C.L.A.P., (Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano - O.P.S./O.M.S.) (7, 13, 14)

	Grupo ambulante N=34 (17 primíparas)	Grupo deitado N=34 (17 primíparas)	Significado es- tatístico da di- ferença (χ^2)
Duração do período de dilatação (hs)	4,1	6,7	P < 0,001
Tempo de deambulação (hs)	2,2 (0,8-8,3)	-	-
Número que necessitou condução do parto	6	12	
Ocitocina intravenosa	1	6	
Prostaglandinas intravenosa	3	6	
Prostaglandinas oral	2	0	
Frequência das contrações (30 min.)	8,53 (5-12)	10,13 (7-15)	P < 0,05
Amplitude das contrações (mmHg)	55,53 (40-70)	46,54 (25-70)	P < 0,005
Forma do parto			
Normal	31	22	P < 0,01
Pêlvico assistido	1	1	
Fôrcipe (por retardo no período expulsivo)	2	10	
Cesárea (período expulsivo - sofrimento fetal)	0	1	
Analgesia			
Meperidina com ou sem prometazida	14	26	
Anestesia peridural	0	5	
Meperidina, mais peridural	0	3	
Sem analgesia	20	0	P < 0,001
Dose (mg)			
Meperidina	103 (50-150)	153 (100-300)	P < 0,001
Aceleração do b.c.f. (com as contrações)	10	1	P < 0,01
Decelerações (com as contrações)			
Precoce	2	7	
Variável	2	6	P < 0,005
Tardia	0	4	
Índice de Apgar			
1º minuto	8,8 (7-10)	7,5 (1-10)	P < 0,001
5º minuto	9,9 (9-10)	9,4 (7-10)	P < 0,05

Tabela 01 - Resultados significativos comparando-se a deambulação com a posi-

ção deitada no período de dilatação, segundo Flynn e col. (17).

Neste estudo observou-se 462 parturientes analisando os efeitos da posição materna durante o período de dilatação, subdividindo-os em 4 grupos (não existia diferença estatística entre os grupos):

a) grupo de 224 casos na qual a parturiente esteve durante todo o período de dilatação na posição horizontal.

b) grupo de 145 casos no qual a parturiente permanecia sentada ou deambulando durante todo o período de dilatação.

c) grupo de 173 casos na qual a parturiente permanecia sentada ou andando durante mais de 90% do período de dilatação, e os restantes 10% ficava sentada ou deitada.

d) grupo de 71 casos no qual a parturiente permanecia parada ou andando durante mais de 90% do período, e nos restantes 10% ficava sentada ou deitada.

Os autores obtiveram os seguintes resultados (Figuras 05, 06, 07, 08):

Primeiro, redução do tempo do período de dilatação (redução de pelo menos 30 minutos comparando as medianas). Analisando em separado as primigestas, obteve-se uma diferença ainda maior.

Segundo, a posição vertical praticamente não influenciou na rotura espontânea das membranas ovulares durante o período de dilatação. As membranas permaneceram íntegras até 10cm de dilatação cervical em 78% das mulheres que adotaram a posição vertical e em 76% que ficaram na posição horizontal.

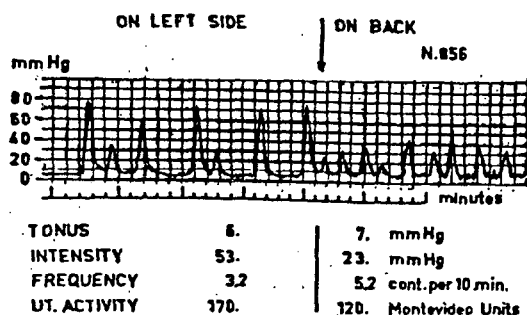


Figura 03- Trabalho de parto espontâneo em gestação a termo. A mudança da posição lateral para o decúbito dorsal tem efeito marcante sobre as contrações uterinas. Segundo Caldeyro-Barcia e col. (8)

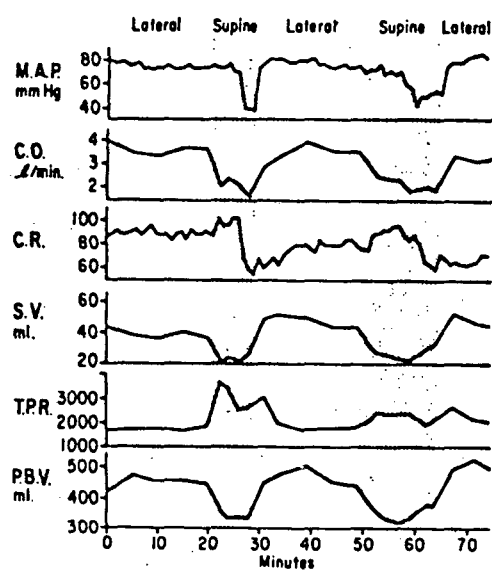
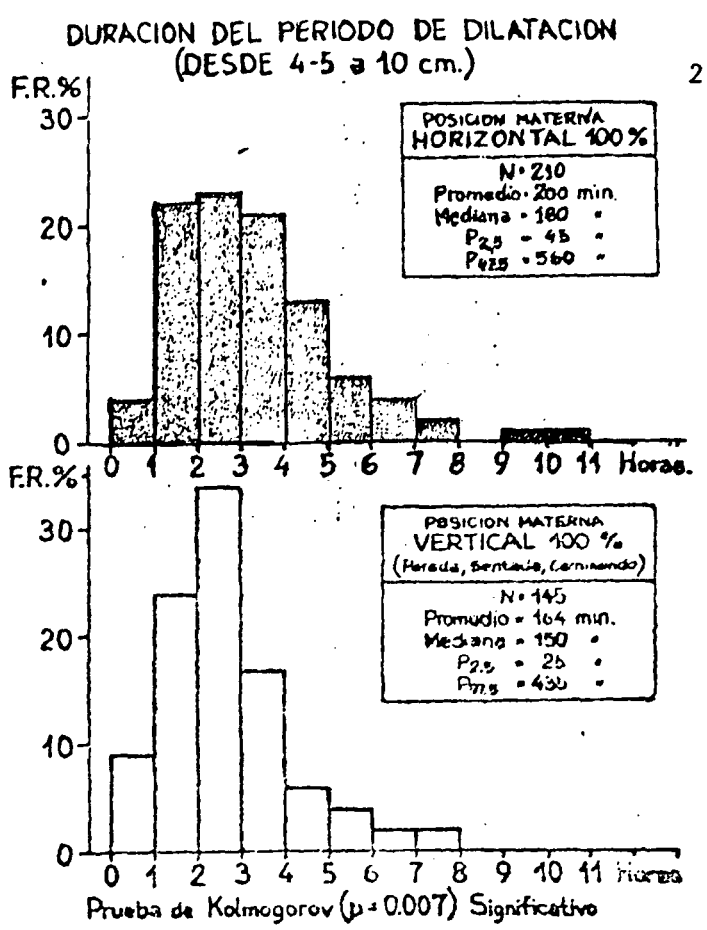


Figura 04 - A influência da posição supina na hemodinâmica de parturiente com Síndrome de Hipotensão Supina. A compressão do útero gravídico diminui o retorno venoso (S.V.), a frequência cardíaca (C.R.), consequentemente o volume sistólico (C.O.) e o volume sanguíneo pulmonar (P.B.V.). A frequência cardíaca (C.R.) e a resistência periférica total (T.P.R.) aumentam mantendo a pressão sanguínea por 5 minutos, e então a paciente desenvolve redução da pressão arterial média (M.A.P.). (Modificado de Scott, D.B., Br. J. Anaesth. 40:120-8, 1968. Segundo Bonica (6)).

Figura 05 - A posição materna vertical diminui significativamente a duração do período de dilatação. Segundo Estudo Colaborativo do C.L.A.P. (13)



DURACION DEL PERIODO DE DILATACION (Desde 4-5 a 10 cm.)

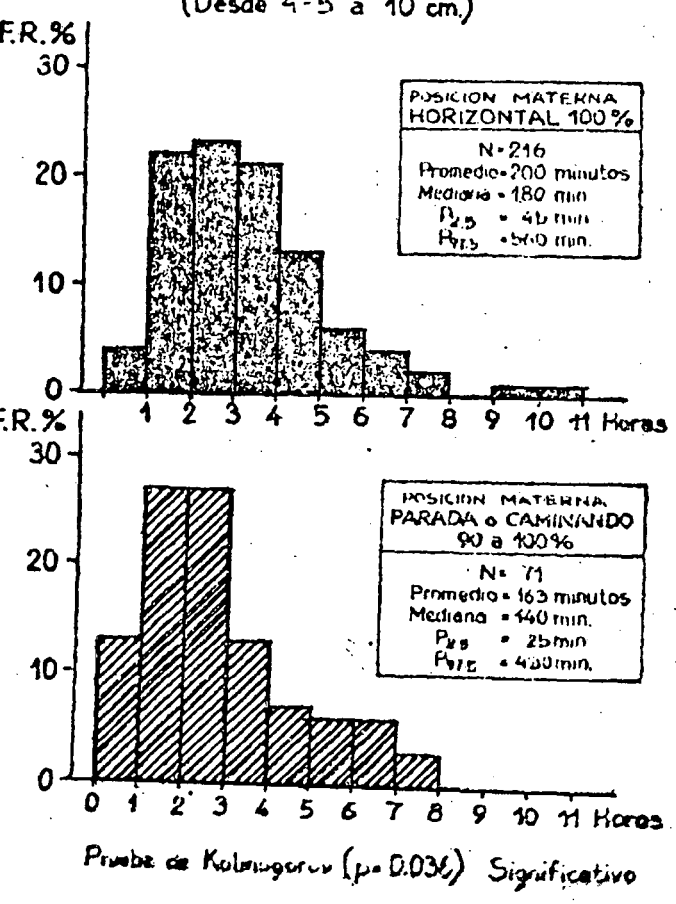


Figura 06 - A média da duração do período de dilatação diminui cerca de 40 minutos quando a parturiente estiver entre 90% a 100% do tempo na posição vertical. Segundo Estudo Colaborativo do C.L.A.P. (13)

COMPARAÇÃO COM O DECÚBITO DORSAL

	TÔNUS	INTENSIDADE	FREQUÊNCIA	ATIVIDADE UTERINA	COORDENAÇÃO
Lateral	↓	↑	↓	↑	↑
Sentada	↑	↑	↓	↑	↑
De pé	↑	↑	=	↑	=

FIGURA 07 - Influência da posição materna sobre a contratilidade uterina do trabalho de parto.

Comparação do decúbito dorsal com as posições em decúbito lateral, sentada e de pé. Segundo DIAZ et alii em trabalho colaborativo entre CLAP/OPS/OMS (13).

COMPARAÇÃO COM O DECÚBITO DORSAL

	DOR (CONTRAÇÃO)			COMODIDADE
	ENTRE	DURANTE		
	LONBO SACRA	SUPRA PÚBICA	LONBO SACRA	
Lateral	=	↑	↑	↑
Sentada	↓	↑	↓	↑
De pé	↓	=	↓	↑

FIGURA 08 - Influência da posição materna sobre a dor e a comodida de segundo DIAZ et alii em trabalho colaborativo entre CLAP/OPS/OMS (13).

Terceiro, redução do número de partos com fórcepe, a diferença permaneceu quando apenas os nulíparas foram consideradas (Tabela 02).

	Acavalgamento de ossos cranianos	Aplicação em conjunto	de Fórcepe Nulíparas
Posição	66%	0,7%	2,5%
Vertical	(nº=115/224)	(nº=1/145)	(nº=1/40)
Posição	69%	6,25%	15,7%
Horizontal	(nº=155/224)	(nº=14/224)	(nº=8/51)
Diferença Estatística (X ²)	não significante	P < 0,05	P = 0,036

Tabela 02- Incidência de acavalgamento dos ossos cranianos e de aplicação de fórcepe, comparando-os conforme a posição no período de dilatação, segundo DIAZ e col. (14).

Os achados destes trabalhos são contestados por outros autores. MAC MANUS & CALDER (34, 35) analisaram 40 mulheres sob parto induzido, sendo divididos em 2 grupos: 20 deitadas (10 primíparas) e 20 em pé (10 primíparas). Os grupos eram homogêneos e foram induzidos com rotura de membranas quando o exame cervical era realizado a primeira vez. Usou-se prostaglandina (P.G.E.2) e se uma hora após, ou no 6º tablete não houvesse franco trabalho de parto (ou 6 horas após amniotomia) era instalado infusão com ocitocina. Os autores não encontraram diferenças significativas quanto a duração do parto, necessidade de analgesia e índice de Apgar (Tabela 03). Relataram que as múltíparas suportaram melhor a posição em pé, ficando 52% do tempo total do trabalho de parto, em contrapartida com 34% das primíparas.

Estes autores criticaram na discussão deste estudo as conclusões do trabalho de MENDEZ BAUER (36), afirmando que não

foi a mudança de posição que encurtou o parto, mas a estimulação cervical exagerada (toques a cada 30 minutos). DUNN ⁽¹⁶⁾ por outro lado, fez sérias críticas à MC MANUS & CALDER, como o desconhecimento do trabalho de CALDEYRO-BARCIA e col. ⁽⁸⁾ que mostrou o mascaramento do efeito da mudança de posição materna quando usa do ocitocina. DUNN ⁽¹⁶⁾ relatou um outro trabalho de MENDEZ-BAUER na qual é demonstrada que a força de gravidade equivale a 25mmHg sobre a cêrvix, conseguindo-se este acréscimo pela simples troca da posição deitada para a posição em pé.

	Primíparas		Multíparas	
	Deitada	Vertical	Deitada	Vertical
Estimulação uterina				
- nº médio de tabletes de P.G.E.2 (\pm desvio padrão)	4,2(\pm 1,7)	4,8(\pm 1,5)	3,8(\pm 1,4)	4,2(\pm 1,5)
- nº que necessitou infusão ocitocina	3	2	1	0
Forma do parto				
Espontâneo vertex	5	5	9	10
Fôrcipe	4	4	1	0
Cesárea	1	1	0	0
Média de duração do parto (indução) (horas \pm desvio padrão)	10,5(\pm 4,4)	10,5(\pm 3,7)	5,6(\pm 2,1)	5,3(\pm 1,4)

Tabela 03- Resultados significativos comparando partos induzidos na posição deitada e vertical, segundo MC MANUS & CALDER ⁽³⁴⁾.

WILLIAMS e col. ⁽⁶²⁾ chegaram as mesmas conclusões de MC MANUS & CALDER ⁽³⁴⁾ fazendo um estudo prospectivo com 48 parturientes deambulando (25 primíparas) e 55 parturientes deitadas (30 primíparas). Não houve diferença significativa no modo de parto, índice de Apgar, e a maioria (87,5%) do grupo deambulante preferiu voltar para a cama no início da fase ativa do parto, quando requereram analgesia. A única diferença observada foi que

o grupo deambulante requereu dose menor de meperidina, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (o autor não descreve a dose utilizada).

STEWART & CALDER (60) procuram determinar a influência da posição no parto pedindo para 275 parturientes escolherem entre ficarem na cama ou deambularem no período de dilatação. Deste grupo 72 eram primíparas (10 foram induzidos) e 203 multíparas (129 induzidos), sendo 6 excluídas do trabalho por necessitarem de cesariana. Todas sofreram amiotomia para possibilitar o monitoramento eletrônico direto (Tabela 04). Os autores encontraram diferenças pouco expressivas entre os dois grupos quanto a duração do parto e o uso de analgesia. Apenas a metade dos pacientes deambulantes permaneceram na posição vertical além da metade do período de dilatação. Isto sugeriu que as parturientes aceitam mais a deambulação no início deste período. Somente as primíparas que deambularam todo o período de dilatação foi encontrado benefícios significantes.

	Deitadas	Deambulando	
		Parcialmente	Totalmente
Partos espontâneos das primíparas	(nº=39)	(nº=10)	(nº=9)
Duração média do período de dilatação (h) (desvio-padrão)	6,1 (2,3)	6,6 (2,1)	3,5 (5,2)
Analgesia			
Nenhuma	1	0	5
Peridural	19	6	1
Meperidina	19	4	3
Dose média de meperidina (mg)	137 (26)	112 (47)	100 (0)
Partos espontâneos das multíparas	(nº=37)	(nº=7)	(nº=28)
Duração média do período de dilatação(h)	4,0 (2,1)	4,7 (1,7)	4,4 (3,1)
Analsegia			
Nenhuma	15	0	14
Peridural	6	4	0
Meperidina	16	3	14
Dose média de meperidina (mg)	121 (48)	116 (28)	71 (25)

Tabela 04 - Dados significativos do trabalho de STEWART & CALDER (60).

Recentemente trabalhos tem sido feitos para observar a influência da posição materna em partos com evolução anormal. READ e col. (49) fizeram o primeiro estudo preliminar comparando a eficácia do uso de ocitocina (6 parturientes) ou da deambulação (8 parturientes) quando estas requereram estimulação para o trabalho de parto, por parada na evolução deste. A média de aumento das unidades de atividade uterina (V.A.V.) no grupo deambulante foi imediata, atingindo níveis que só foram alcançados pelo grupo da ocitocina na segunda hora do experimento. O aumento das unidades de montevideo foi ligeiramente maior durante a primeira hora no grupo deambulante, mas foi ultrapassada pelo outro grupo na segunda hora (Figura 09). Os autores concluem com estas observações iniciais que, em termos da progressão do parto e efeitos iniciais sobre a atividade uterina, deambulação é tão eficaz quanto ocitocina para estimular o trabalho de parto.

Maiores observações foram feitas por HEMMINKI e col. (21) analisando 57 parturientes com parada na evolução do trabalho de parto. Deste grupo 27 parturientes usaram ocitócitos e 30 deambularam. Sessenta por cento deste grupo pariram sem precisarem de ocitocina. Houve menor duração do período expulsivo no grupo deambulante, menor uso de analgésicos e de partos instrumentados. Em contrapartida houve maior número de cesarianas neste grupo (Tabela 05). Os autores concluem que deve-se pensar na deambulação antes de introduzir o uso de ocitócitos, lembrando que estes não são inócuos para o feto.

Grupos	Deambulante	Ocitócitos	Diferença Estatística
Média de duração do parto (h) (desvio-padrão)	14,4 (7,0)	15,3 (5,3)	0,60
Período expulsivo (min.)	9,1 (4,6)	15,0 (9,8)	0,0063
Analgésicos no período de dilatação (%)	50	74	0,061
Operações cesarianas	10	0	0,093
Partos instrumentados (%)	3	11	0,25
Monitorização normal do b.c.f. (%)	69	44	0,070

Tabela 05 - Dados significativos resultantes da comparação da deambulação com uso de ocitócitos em partos protraídos, segundo HEMMINKI (21).

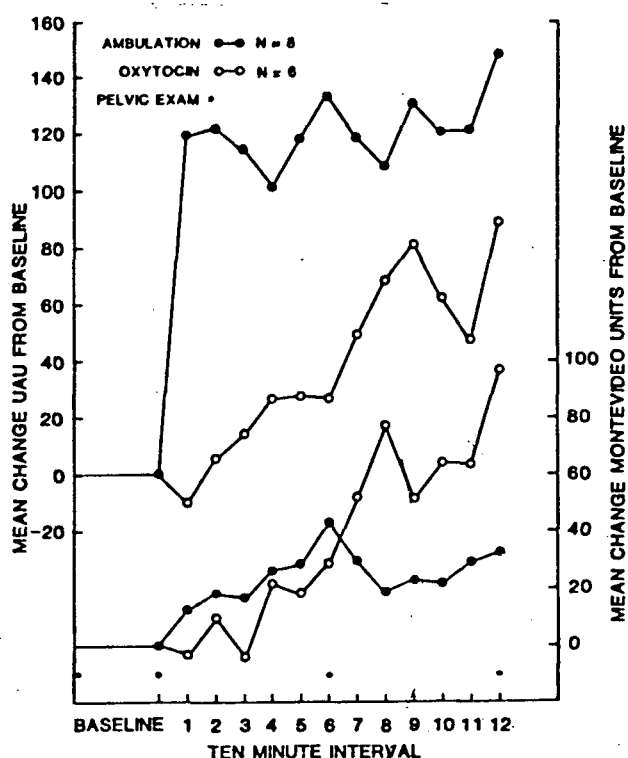


Figura 09 - Efeitos da deambulação x ocitocina para aumentar o trabalho de parto. Média das mudanças da atividade uterina durante o período de estudo "versus" valor médio desde a linha de base em paciente em uso de ocitócitos ou em deambulação. Read et al (47).

2.2. Período Expulsivo

2.2.1. Posição em Decúbito Dorsal

REZENDE (49) mostra em seu livro como diferentes posições modificam a amplitude da bacia (Figura 12). Também descreve que durante a gravidez existe maior mobilidade das articulações da cintura pélvica, devido a influência hormonal.

RUSSEL (55) comprova este fato investigando radiologicamente 96 gestantes em 2 posições: em decúbito dorsal, sentado com o corpo inclinado sobre as pernas. Mudando da primeira para a segunda posição, o diâmetro biespinhoso aumentou em média 7,6mm. Ele fez idêntica investigação em 47 mulheres na 6ª semana pós-parto, encontrando aumento médio deste diâmetro de 0,9mm.

O mesmo autor (56), comparando radiologicamente a posição em decúbito dorsal com a posição de cócoras, observou aumento médio de 1cm no diâmetro transverso e 2cm no diâmetro antero-posterior da pélvis. Concluiu que a mudança de posição resulta num aumento médio de 28% da área do canal de parto por aproveitamento da mobilidade das articulações pélvicas.

PACIORNIK (42) acredita que, além do não aproveitamento da mobilidade pélvica, na mulher em decúbito dorsal, o colchão

da mesa obstétrica impulsiona as partes moles das nádegas e o cõccix em direção ao pûbis, estreitando o canal vaginal. O canal angustiado, exige maior esforço para ser vencido.

Vários autores (42, 23, 40) chamam atenção para o fato que a musculatura utilizada para a expulsão do "cilindro fetal" é essencialmente a mesma utilizada para a expulsão do "cilindro fecal". HOWARD (23) questiona por que os médicos, que reconhecem que as melhores posições para evacuar são sentado ou de cócoras, insistem em colocar as mulheres deitadas para parir. O canal de parto na mulher em decúbito dorsal transforma-se numa curva ascendente, o que obriga a mulher empurrar o cilindro fetal em um plano inclinado para cima. PACIORNIK (42) faz uma comparação grosseira, mas real, de empurrar na subida um carro com o motor desligado. A rotação torna-se igualmente mais difícil. Há mais trabalho em rolar o cilindro fetal deitado e apoiado sobre uma grande superfície corporal do que sobre uma pequena fração da cabeça, sobre a qual ele se apoia quando em vertical.

DUNN (15) cita uma pesquisa feita na Inglaterra da visão das mulheres sobre a assistência moderna ao parto, em que muitas expressaram a seguinte opinião: foi preciso muito esforço para manter as pernas erguidas, enquanto deitadas na mesa obstétrica, e parecia que "estavam empurrando algo subindo um morro".

Compadecidos de tal dificuldade, muitos médicos e parteiras utilizam-se da compressão manual do fundo do útero para ajudar a parturiente, conhecido como Manobra de Kristeller. NEME e col. (39) pesquisaram o exame do fundo de olho de recém-nascidos submetidos à diversas práticas assistenciais durante o parto. Os autores obtiveram resultados significativos quando compararam o fõrcipe de alívio (60 primíparas) e a Manobra de Kristeller (12

primíparas), contra-indicando o uso de tal prática por sua repercussão negativa sobre o sistema vascular fetal (Quadro 01).

FUNDOSCOPIA GRAUS	FÓRCIPE "ALÍVIO"		MANOBRA DRISTELLER			
	Nº	CASOS	%	Nº	CASOS	%
NORMAL	41		68,3	0		0
I	17		28,3	2		16,7
II	2		3,4	9		15,0
III	0		0	1		8,3

Quadro 01 - Resultados obtidos com a fundoscopia de recém-nascidos nas 24 horas após o parto, em que foi usado Fórcepe de Alívio e Manobra de Kristeller, segundo Neme e col. (39).

Vários autores (4, 18) citam os experimentos que MENERGERT & MURPHY fizeram para medir a prensa abdominal produzida por contrações musculares voluntárias (puxos) em mulheres não grávidas. A pressão foi medida com um balão de ar colocado na vagina e conectado a um manômetro de mercúrio. A efetividade das 7 posições experimentadas, com o nível basal situado em 100, foi a seguinte: decúbito lateral (100%), decúbito dorsal (107,6%), ajoelhado (113,5%), semi-sentada (115,3%), de cócoras (121,2%), de pé (122,9%) e sentada (130,5%). Eles concluíram que a pressão que uma mulher pode produzir depende da postura que esta adote. Também que a mulher pode produzir de 20 a 30% a mais de pressão intra abdominal quando muda da posição horizontal para a vertical. Isto foi explicado por dois componentes adicionados nesta posição:

- a) o peso das vísceras;
- b) facilidade aumentada da ação muscular.

Pode-se argumentar que o fato deste estudo ter sido realizado com mulheres não grávidas compromete o valor da aplicação de tais conclusões às gestantes no período expulsivo. No entanto, BONICA (52) obteve resultados semelhantes medindo a pressão intra-uterina durante os puxos no período expulsivo, nas diversas posições:

Posição Materna	Pressão Intra-uterina
Lateral	120mmHg
Decúbito Dorsal	125mmHg
Semi-sentada	135mmHg
Sentada	150mmHg

Outra crítica encontrada à posição em decúbito dorsal é o fato de causar a Síndrome de Compressão da Veia Cava Inferior. Esta foi descrita pela primeira vez por HARE (18), em 1929. Observou-se a notável predisposição ao colapso circulatório que sofriam as gestantes no último trimestre quando adotavam esta posição. A compressão da veia cava inferior e das veias pélvicas reduz o retorno venoso ao coração e conseqüentemente a pós-carga. A obstrução venosa é geralmente equilibrada por 2 mecanismos compensatórios:

1) aumento do tônus simpático com vaso-constricção generalizada, aumentando a resistência periférica e a frequência cardíaca.

2) circulação colateral pelo plexo venoso vertebral interno e plexos ovarianos. Em cerca de 90% das gestantes estes mecanismos compensatórios são suficientes para manter a pressão arterial dentro de parâmetros quase normais. Entretanto, nas restantes 10% (6) (alguns autores indicam a incidência de 3% (46) outros de 11% (19)), esta compressão é tão grande que ocorre uma

queda abrupta da pressão arterial, se instalando a Síndrome de Hipotensão Supina (ou de Compressão da Veia Cava Inferior).

Esta queda da pressão arterial se acompanha de palidez, sudorese, náuseas, às vezes bradicardia, vômitos, ansiedade e intranquilidade que obrigam a gestante a trocar sua posição para o decúbito lateral. Em raros casos o colapso circulatório pode continuar com um estado de choque e tornar-se irreversível, caso não se corrija a postura materna (19) (Figura 04)

Já se comprovou que oclusão total da veia cava inferior pode produzir hemorragias retro-placentárias e também desprendimento prematuro da placenta conseqüentes a hipertensão venosa existente a nível de sua inserção. A síndrome compressiva e sua descompressão brusca da veia cava inferior podem ser um fator predisponente na produção de embolia do líquido amniótico. Desta forma, recomenda-se a descompressão sem rapidez, sobretudo nos casos de cesárea (19).

Outro fato observado é a compressão da aorta na posição dorsal. Isto foi observado pela primeira vez por Poseiro em 1955 e foi descrito como "Efeito Poseiro" por HENDRICKS em 1958 (18). A cada contração uterina se produz uma notável queda da pressão sistólica e menor da diastólica, registrados na artéria femural. Um fator importante é que as condições tensionais da gestante influem nos resultados. Desta maneira, quando a paciente é hipertensa, a alta pressão arterial resiste a compressão uterina. Quando é hipotensa o "Efeito Poseiro" se manifesta mais facilmente (1).

A importância deste fenômeno consiste nas possíveis repercussões da hipotensão regional sobre a irrigação uterina e seus efeitos sobre a circulação utero-placentária, podendo che-

gar a hipóxia fetal.

HUMPHREY e Col. (24) fizeram uma investigação controlada separando aleatoriamente 40 gestantes normais em 2 grupos: metade teve parto na posição dorsal e metade na posição inclinada lateralmente 15°. Os autores encontraram 2 casos de asfixia fetal importante em 20 gestantes da posição dorsal e nenhum na posição inclinada. Em outro trabalho (25) os autores compararam o equilíbrio ácido-básico destes mesmos dois grupos de parturientes, onde foi colhido sangue capilar fetal no início do período expulsivo (antes de ter sido colocada na posição do parto), durante o parto e após o exame de Apgar, no segundo minuto pós-parto. Com estes dados os autores mostraram que quanto mais tempo demorava o período expulsivo, maior era o decréscimo do pH, quando o parto era conduzido na posição dorsal (Fig.10,11). Concluíram que a mudança esperada do pH para um parto que dure mais de 30 minutos é de -0,26 unidades pH, desaconselhando assim a colocação prolongada das pacientes nesta posição. Como nenhuma alteração foi encontrada no pH das pacientes inclinadas a 15°, os autores apontam como fator causador desta queda de pH a compressão da aorta abdominal.

ABITBOL, em um de seus muitos trabalhos sobre compressão da aorta (1), demonstra laboratorialmente que se todo peso do útero (6Kg) estivesse disponível para comprimir a aorta, esta comprimiria-se totalmente em 100% dos casos. Medindo a pressão arterial no pulso poplíteo, constatou-se que a oclusão total no decúbito dorsal ocorreu em apenas 18 (5%) das 359 pacientes examinadas durante a contração uterina e em 5 (1,2%) das 415 examinadas durante o relaxamento uterino. A oclusão parcial ocorreu em 192 (24%) das 774 casos, sendo mais frequente durante a contração uterina (40%) do que no relaxamento (11%),

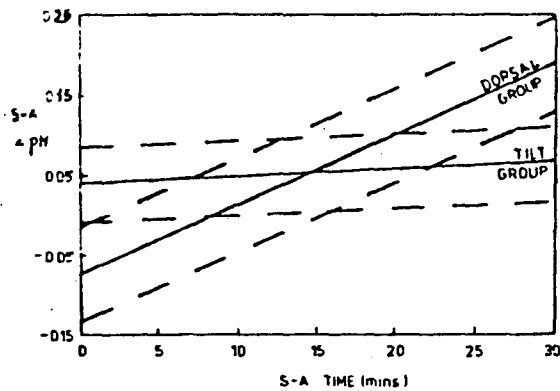


FIGURA 10 - Diferença entre o pH do escalpe capilar (antes de ter sido colocado na posição do parto) e o pH da artéria umbilical (pós-parto imediato), na posição em decúbito dorsal (Dorsal Group) e na posição lateralizada (Tilt Group), em relação ao tempo de coleta das amostras (S-A times). Segundo HUMPHREY e col. (25).

Dorsal group regression line: $r = 0.68$; $p < 0.01$
 Tilt group regression line: $r = 0.11$; $p = n.s.$
 Slope comparison: $p < 0.05$

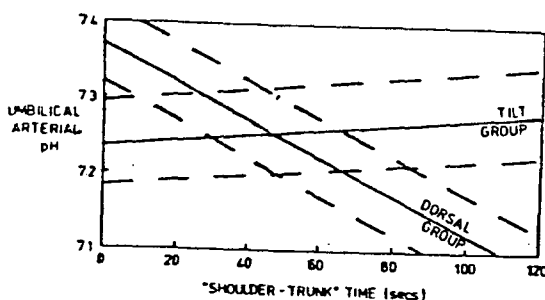


FIGURA 11 - Mudança no pH da artéria umbilical em relação ao tempo necessário para liberação dos ombros e tórax. Segundo HUMPHREY e col. (25).

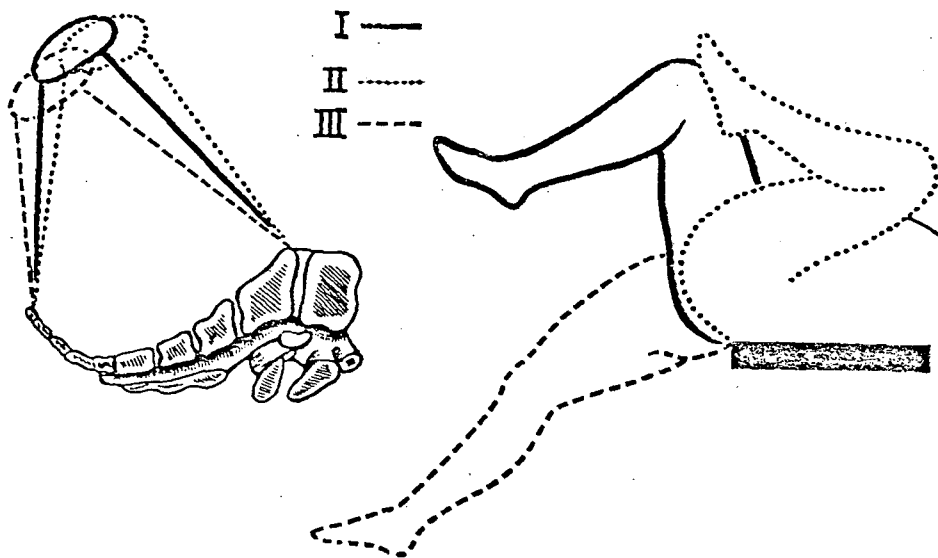


FIGURA 12 - Modificações da amplitude da bacia determinadas pela mudança de posição. Segundo REZENDE (50).

Em outro trabalho (2) o mesmo autor investigou a relação entre desacelerações tardias dos batimentos cardio-fetais (DIP II) e a posição da paciente durante o parto. Este encontrou 126 pacientes com DIP II de um grupo de 902 parturientes (14%). Deste grupo 24 (19%) das pacientes apresentavam DIP II apenas na posição supina. Concluiu o autor que o paciente na posição em decúbito dorsal deve ser sempre medida a pressão arterial femoral ou poplíteo, como preventivo.

2.2.2. Posição em Decúbito Lateral (Posição de Sims)

A literatura é escassa em trabalhos sobre o parto em decúbito lateral. Excessão é feita ao trabalho de IRWIN (26) que analisou 102 parturientes atendidas no Deaconess Hospital, em Spokane, Washington, de abril de 1976 até junho de 1977,

O autor considerou esta posição melhor em 79 parturientes, não tendo vantagens em 11, e inadequada para 12 parturientes. Contudo, não especifica os critérios para tal conclusão. As parturientes múltiparas opinaram que esta posição foi melhor ao decúbito dorsal, quando compararam esta experiência de parto com as vivências anteriores naquela posição.

Além das vantagens citadas adiante, o autor menciona que 11 pacientes apresentavam queda da pressão arterial, síncope e/ou náuseas na posição dorsal, desaparecendo estes sintomas na posição lateral. Citou duas pacientes com insuficiência mitral que, com o uso de anestesia peridural e de fórcepe, mantiveram seus sinais vitais estáveis e não descompensaram após o parto.

Destas, uma ficara cianótica na posição dorsal.

Outra paciente com prótese metálica na articulação cõxo-femural, que não suportava erguer e suportar suas pernas nem para um simples exame pélvico, facilmente aceitou a posição lateral e não sofreu agravação de sua concomitante hérnia de disco lombosacra. Quatro pacientes que haviam apresentado dor coccígea intensa após o parto em decúbito dorsal anteriormente, não apresentaram-na após o uso da posição lateral. Outras pacientes beneficiadas com esta posição foram as portadoras de varizes, pela eliminação do traumatismo causado pelas perneiras.

Segundo o autor, a aplicação de fórcepe é mais fácil nesta posição para os casos não complicados. As manobras de extração fetal no parto pélvico são também facilitadas nesta posição, mas a aplicação do fórcepe de Piper foi feita com hesitação pela pouca experiência com o parto pélvico com cabeça derradeira nesta posição.

Todas as pacientes eram conduzidas para a posição dorsal para a realização da episiorrafia.

Surpreende-se com o elevado número de partos com fórcepe neste trabalho (54,9%), mas o autor argumenta que isto foi devido ao elevado número de anestesia epidural (81,3% dos partos) e não a limitação das contrações abdominais espontâneas por esta posição.

2.2.3. Posição Semi-sentada e Sentada

ANG (3) e col. realizaram um interessante trabalho medindo a PaO_2 , a $PaCO_2$ e a pressão arterial de 10 gestantes após

permanecerem 20 minutos na posição dorsal e na posição sentada. Como grupo-controle usaram 10 mulheres não-grávidas. Os autores encontraram um aumento médio de 13mmHg da PO_2 capilar (medido no lóbulo da orelha) quando as parturientes trocavam da posição em decúbito dorsal para a posição sentada. Isto acompanhava-se de uma redução média de 2,4mmHg da $PaCO_2$. Quando as mulheres não grávidas trocavam de posição, estas não apresentaram alteração significativa da $PaCO_2$ e da PaO_2 . Neste trabalho não foi encontrada mudança significativa da pressão arterial com a troca de posições. Os autores justificam estes resultados pela redução do volume de reserva expiratória, e redução da ventilação das zonas inferiores dos pulmões por compressão diafragmática pelo útero gravídico na posição em decúbito dorsal.

NEWTON & NEWTON (40) realizaram em 1960 os primeiros estudos com a posição semi-sentada. Considerou-se semi-sentada a posição que varia entre 15° e 55° do plano horizontal, sendo que as parturientes relataram melhor conforto com a inclinação entre 30° e 45° . Os autores analisaram o parto de duzentos e dezessete parturientes nesta posição (47 primíparas) e cento e trinta e duas parturientes (43 primíparas) no decúbito dorsal.

As primíparas do grupo semi-sentado, quando comparadas com o grupo em decúbito dorsal, apresentaram os seguintes diferentes:

- maior prensa abdominal a cada contração, durante o período expulsivo (58% versus 28%).

- maior número solicitou analgesia leve (bloqueio pudendo, administração própria de Trilene) do que anestesia regional e geral (64% versus 41%).

- maior número estavam plenamente conscientes no nascimento (66% versus 44%).

- maior número estavam satisfeitas ao primeiro olhar do recém-nascido (43% versus 19%).

- maior grupo teve o período expulsivo maior de 30 minutos (85% versus 58%).

As múltíparas do grupo semi-sentado, quando comparadas com o grupo em decúbito dorsal, apresentaram as seguintes diferenças significativas:

- maior prensa abdominal a cada contração durante o período expulsivo (64% versus 36%).

- maior cooperação em atender as solicitações de quem as atendia (96% versus 86%).

- maior número solicitou analgesia leve do que anestesia regional e geral (95% versus 78%).

- maior número estava plenamente consciente no momento do nascimento (98% versus 85%).

- maior número teve o período expulsivo menor de 10 minutos (87% versus 73%).

Este estudo concluiu que a parturiente na posição semi-sentada apresenta-se mais ativa e consciente no parto. O autor justifica o período expulsivo mais longo nas primíparas porque, no hospital onde foi realizado o estudo, não se colocava na posição semi-sentada os partos rápidos. Este achado é discordante do trabalho de LIU (29).

Esta autora (29) selecionou um grupo de 60 primíparas, dividindo-as em 2 grupos: 30 tiveram o parto em decúbito dorsal e

e 30 na posição semi-sentada - a 30º da horizontal (Tabela 06).

ITEM	Nº DE PACIENTES	MÉDIA DAS MEDIDAS DAS CONTRAÇÕES			MÉDIA DE DURAÇÃO DO PARTO (MINUTOS)	
		DURAÇÃO (secs.)	INTENSIDADE (mmHg)	FREQUÊNCIA por 20 mim	DILATAÇÃO	EXPULSÃO
Pos. semi-sentada	30	72,38	56,62	7,77	167,67	34,00
Pos. dorsal	30	65,86	42,61	7,37	253,40	74,67
Diferença entre os Grupos	-	6,52	14,01	0,40	85,73	40,67

Tabela 06 - Efeitos da posição semi-sentada e em decúbito dorsal no parto, segundo LIU (29).

Este trabalho demonstrou que o primeiro e segundo períodos do parto são mais curtos na posição semi-sentada. Outros autores (60) criticaram-no por ter sido realizado com um grupo muito selecionado de pacientes: primíparas, entre 20 e 25 anos, que se recebessem qualquer medicamento que alterasse a contratilidade uterina seriam excluídas do estudo, isto incluía analgésicos e anestésicos (com excessão da anestesia loco-regional para episiotomia). Fetos menores que 2,500Kg e maiores de 4,000Kg, assim como gestantes que fizeram preparação psicoprofilática eram excluídas do estudo.

STEWART e col. (60) estudaram 189 gestantes, de paridade mista, que estavam em trabalho de parto espontâneo ou induzido. Noventa e nove parturientes (40 primíparas) foram aleatoriamente escolhidos para parirem na cadeira de parto (entre 15º e 20º do plano vertical), e 90 parturientes (36 primíparas) em decúbito dorsal (podendo estas irem até 20º do plano horizontal). Resultados significativos na Tabela 07, a seguir.

	PRIMÍPARAS		MULTÍPARAS	
	CADEIRA (40)	MESA (36)	CADEIRA (59)	MESA (54)
Partos induzidos	77 (42%)	10 (27%)	28 (47%)	33 (61%)
Média de duração do período de dilatação (hs) (\pm desvio-padrão)	7,4 (\pm 2,9)	8,8 (\pm 3,5)	4,7 (\pm 2,7)	4,9 (\pm 3,2)
Analgesia				
Nenhuma	2	2	26	22
Epidural	23	18	6	7
Dolantina	15	16	27	25
Média de duração do período expulsivo (min.) (\pm desvio-padrão)	81 (\pm 65)	94 (\pm 79)	18 (\pm 19)	26 (\pm 24)
Forma do Parto				
Vaginal	28	24	55	53
Fórcépe	9	11	1	1
Cesária	1	1	0	0
Média de perda sanguínea (ml) (excluindo cesárea)	305 (\pm 246)	268 (\pm 213)	288 (\pm 267)	166 (\pm 152)
Nº com perda maior que 500ml	4	2	8	2
Dano Perineal				
Nenhum	11	2	7	13
Rotura primeiro grau	9	2	26	23
Rotura segundo grau	5	5	9	7
Episiotomias	12	26	7	13

TABELA 07 -

Dados significativos do trabalho de STEWARD e col. (60).

A única desvantagem apontada foi maior perda sanguínea materna no parto com a cadeira, fato também documentado no trabalho de SHANNAHAN & COTRELL (59).

Os autores consideraram a influência de três fatores para explicar este fenômeno:

1) muitos múltíparas tiveram o parto muito rápido na cadeira e isto pode estar associado com maior hemorragia uterina causada pela atonia uterina.

2) as episiotomias e roturas perineais parecem sangrar mais na cadeira por causa de uma maior congestão venosa no local.

3) a cadeira é coberta com um menor número de campos esterilizados, sendo todo sangue e líquido facilmente drenado para o vasilhame coletor. Ao contrário da mesa obstétrica que a quantidade pode ser subestimada por espalhar-se nos lençóis e nos campos esterilizados, não sendo coletado adequadamente. Alegaram que dos 3 fatores, este é o menos importante.

ROMNEY (54) acredita que isto pode ser resolvido se, com o coroamento da cabeça fetal, a cadeira for inclinada para 40° do plano vertical. Tendo-se assim melhor controle e evitando-se lacerações desnecessárias. Com esta inclinação também diminuiu-se sensivelmente a congestão perineal, e conseqüentemente a perda sanguínea.

Esta autora analisou 200 partos, sendo 100 (53 primíparas) sentados na cadeira obstétrica, e 100 (52 primíparas) na mesa (Tabela 08).

	Cadeira	Mesa Obstétrica
Partos normais	96	76
Fôrcipe	4	21
Analgesia Dolantina	36	40
Epidural	20	29
Entonoy	20	7
Sem Analgesia	24	24
Episiotomias	44	53
Prolongamento de episiotomias e lacerações		
1º grau	14	14
2º grau	9	6
3º grau	2	-
Períneo intacto	10	12

TABELA 08 - DADOS SIGNIFICATIVOS DO TRABALHO DE ROMNEY (54).

A autora destacou a marcada redução do número de partos à fôrcipe, quando eram realizados na cadeira, concordando com

STEWART (60). No trabalho de STEWART somente 9 necessitaram de fórcepe das 23 primíparas que usaram anestesia epidural na cadeira. No entanto 11 necessitaram-no entre 18 primíparas que usaram anestesia epidural na mesa obstétrica.

As parturientes responderam um inquérito após o parto no trabalho de ROMNEY (54), de onde foram destacados os seguintes pontos:

	CADEIRA	MESA OBSTÉTRICA
Você sentiu lombalgia durante o parto?		
SIM	48	59
NÃO	50	40
NÃO SABE	2	1
Você experimentou alívio quando colocada na cadeira/mesa? (Obs.: só as que responderam afirmativo as perguntas acima)		
SIM	44	18
NÃO	2	36
NÃO SABE	1	5
Qual foi o grau de alívio experimentado?		
COMPLETO	38	3
BOM	4	2
POUCO	2	13

As conclusões do trabalho de ROMNEY (54) coincidem com as observações feitas por HAUKELAND (20) sobre as vantagens da cadeira obstétrica:

- contato mais próximo da parturiente com a parteira contribui para aumentar o sentimento de segurança da futura mãe.

- as mulheres que sentem intensas dores lombares, agravadas pelo decúbito dorsal, beneficiam-se muito quando mudadas para a cadeira.

- as parteiras e médicos ficam em uma melhor posição de trabalho, beneficiando-se aqueles propensos a terem dores lumba-

res.

- a parturiente tem uma participação mais ativa e consciente no parto, mantendo-se mais relaxada, e favorecendo uma melhor interação com o recém-nascido. Reduz a utilização de fórceps.

2.2.4. Posição de Côcoras

Em 1974 os médicos Cláudio e Moysés Paciornik participaram de um programa de prevenção de câncer genital em várias reservas indígenas no sul do Brasil. Estes constataram que o assoalho pélvico das mulheres indígenas apresentaram melhores condições, comparando-os com o das mulheres civilizadas. Informações mais acuradas foram conseguidas após analisarem incontinência esfinteriana urinária e anal por esforço nos dois grupos étnicos. Enquanto a perda urinária por esforço acomete 20 a 30% das mulheres civilizadas que tiveram filhos, apenas 3 a 4% das índias queixam-se dessa desagradável complicação. O mesmo sucede com a incontinência anal, incidindo entre 1 e 2% das civilizadas, e nenhum caso entre as 800 silvícolas examinadas até aquela data⁽⁴⁴⁾.

A primeira idéia dos autores fora de que a causa desta disparidade seria tão somente, a diferença do modo de ter filhos. Enquanto as índias os têm agachados, de côcoras, as civilizadas os fazem nascer deitadas nas camas ou mesas apropriadas, em condições avaliadas como adversas pelos autores. Entretanto, ao examinarem a população indígena da outra margem do Rio Paraná, no Paraguai, tiveram que reconsiderar estas deduções. Verificaram que deveria haver um "algo mais" na explicação do bom estado genital das silvícolas. Foi observado que, de alguns anos atrás,

protegidas pelo "Instituto de Sanidad del Paraguay", a maior parte da população da fronteira estava sendo assistida por parteiras, e os partos realizados em mesas obstétricas. O aspecto, porém, não se apresentava tão bom quanto o das índias do lado brasileiro, embora muito melhor que o das civilizadas dos dois países (44).

A hipótese levantada para explicar tal fenômeno reside no fato das índias não usarem cadeiras, adotando a posição de cócoras para seu repouso habitual (44). Todo músculo que trabalha se hipertrofia, torna-se mais potente, enquanto o repouso prolongado determina sua atrofia, enfraquecimento. Usando cadeira, a força do suporte muscular do assoalho pélvico é substituído pelo assento que apoia as nádegas, permitindo suas estruturas permanecerem relaxadas.

Condição diametralmente oposta acontece na posição acorçada, a musculatura perineal é obrigada a um trabalho permanente, para o apoio visceral e contenção vesical e retal. Outro fator que colabora na mecânica da musculatura perivaginal das índias é o costume de transportar seus filhos nas costas. Estes são suspensos em faixas de casca de imbirá, que apoia-se na região frontal da mãe, obrigando-a à extensão forçada da cabeça. Consequência constante dessa extensão da cabeça é o fechamento e tensão automática dos esfíncteres perineais, aumentando sua tonicidade.

A hipótese do relaxamento genital causar reto e cistocele, incontinença esfinteriana de esforço, assim como disfunção sexual já havia sido estudado por Kegel (27) e outros autores (45) na década de 1940 e 50. Kegel, depois de examinar mais de 3.000 mulheres, concluiu que:

- um terço das mulheres sofrem de alguma forma de relaxamento genital.

- o processo de estiramento muscular vaginal durante o parto e a menopausa precipitam e agravam o relaxamento genital, mas não são sua causa primária.

- o relaxamento genital é encontrado também em nulíparas, tendo como causa a atrofia muscular pélvica.

A partir de 1976, PACIORNIK e col. (44) iniciaram a mensuração da força muscular do assoalho pélvico com o vaginômetro de Kegel, comparando as índias com as civilizadas. As civilizadas, na posição dorsal, com a ordem de "contrair a vagina" apertando-o com toda a força atingiam as cifras de 20 a 50mmHg. As índias, sob as mesmas condições, a média de 80 a 100mmHg. Excluiu-se que isto fosse uma característica racial por que as índias aculturadas apresentavam as mesmas cifras que as mulheres civilizadas.

Na impossibilidade de serem abolidas as comodidades da vida moderna, os autores elaboraram a Ginástica Índia Brasileira (45) que ao invés de reforçar a musculatura perineal isoladamente como proposto por Kegel (27), reforçam a musculatura de uma forma generalizada (Figuras 13, 14, 15)

A partir desta data também iniciaram a experimentação com o parto na posição de cócoras entre as civilizadas. Hoje já foram realizados mais de 14.000 partos de cócoras na Casa de Saúde de Paciornik em Curitiba numa cadeira obstétrica especialmente desenvolvida para tal.

NEIROS (38) observou um grupo de 20 gestantes de baixo risco, escolhidas aleatoriamente e que foram acompanhadas no pré,

trans e no pós-parto na Casa de Saúde Paciornik, descrevendo também sua metodologia de atendimento ao parto.

Dos partos observados, 75% foram assistidos por parteiras e o tempo do parto, tendo-se como ponto de partida a chegada das parturientes à sala de pré-parto, oscilou entre 3 e 10 horas. Em 75% dos casos houve rotura espontânea da bolsa, sendo o tempo máximo de bolsa rota, 11 horas. Dois casos de hemorragia importante ocorreram, e houve 8 casos de roturas perineais (40%), sendo 3 classificados como de 2º grau (não é filosofia do serviço realizar episiotomia de rotina). Observou-se que as pacientes são estimuladas pelas parteiras ou médicos a deambular, mesmo estando com bolsa rota, e acocorar-se durante as contrações. Da forma geral, responderam bem aos estímulos, muitas informando que as dores aliviavam durante o acocoramento. Ao início dos "puxos" as parturientes eram colocadas na cadeira e assumiam a posição de cócoras durante as contrações, o que acontecia sem problemas, apesar de algumas insistirem que não o conseguiriam. Algumas múltiparas assumiram espontaneamente a posição: poucas necessitavam de incentivo para realizarem uma força contínua, porque a maioria agia independente, com determinação (Figuras 21, 22, 23).

Após o delivramento do concepto, a atitude materna foi sempre emocionada, muitas vezes acompanhada de choro. A parturiente observava e examinava o recém-nascido (R.N.), tocava seu tronco e cabeça, explorava seus membros; muitas, sem o estímulo de quem as assistia, traziam o R.N. até o colo e/ou peito. O seio foi oferecido e, em 90% dos casos foi bem aceito pelo nêne. (Observação: na cadeira de Paciornik o recém-nascido nasce em um berço aquecido, a sala também é aquecida e a luz reduzida ao mínimo necessário).

As dequitações aconteceram espontaneamente e só após foi seccionado o cordão umbilical. Após a rafia do períneo e conforme as condições maternas, numa média de 2 horas pós-parto, a puérpera levantou-se e seguiu caminhando para o quarto com o R.N. nos braços (obs. neste interim já foram realizados os cuidados com o R.N.: limpeza, curativo umbilical, exame físico sumário, etc.).

É interessante notar que 75% da população estudada não se preparou para o parto de cócoras e respondeu bem aos estímulos de deambulação e acocoramento. A autora (38) conclui que o treino da posição parece não ser o fator mais importante para ter-se bons resultados no parto nesta posição.

SABATINO e col. (58) observaram 31 partos (19 primíparas) na posição de cócoras com radiotelemetria e analisaram as repercussões perinatais do parto: pO₂, pCO₂, B.E., índice de Apgar e tempo de duração do parto.

O grupo foi selecionado, excluindo-se do trabalho gestantes com patologias prévias, distocias ou as que requereram analgesia. Iniciava-se a avaliação do início do período de dilatação quando as contrações uterinas com dores evidentes tinham a periodicidade de 2 a 3 em 10 minutos; simultaneamente a constatação de 2cm de dilatação do colo uterino nas nulíparas e com mais de 3cm o colo das múltíparas. A partir de 7cm colocou-se cateteres intra-uterinos e eletrodos cefálicos para obtenção dos registros contínuos de contratilidade e dos batimentos cardíofetais (b.c.f.). Realizou-se rotura artificial das membranas nos casos que estavam íntegros. Utilizou-se uma cadeira similar a utilizada pela equipe de Paciornik e a metodologia do atendimento médico foi conservada: analgesia loco-regional para epi-

siotomia, episicotomia médio-lateral, proteção do períneo, etc. (Figura 16).

Os autores concluíram que a duração média do período de dilatação de 606 minutos para as nulíparas, e de 390 minutos para as múltíparas, estão dentro dos valores inferiores dado por outros autores que estudaram este problema com a mesma metodologia. A média de 28 minutos para as nulíparas e de 11 minutos para as múltíparas no período expulsivo está abaixo da média do tempo relatado por outros autores ⁽⁵³⁾ em outras posições (Fig. 17, 18).

O valor médio de pH do sangue arterial e venoso umbilical e do equilíbrio ácido-básico do R.N. são semelhantes aos obtidos por CALDEYRO - BARCIA e col. ⁽¹¹⁾ em um número aproximadamente igual de partos sentados (Tabela 10, 11)

O único aspecto negativo encontrado foi uma queda transitória maior do b.c.f. (DIP I) observado nos fetos das mulheres em partos de cócoras (Figuras 19, 20). Isto se explicou pela maior pressão intra-uterina durante as contrações, devido a grande pressão exercida pelos músculos abdominais, favorecido pela posição de cócoras.

Esta maior pressão sobre o polo cefálico do feto estimula os centros vagais superiores, fato favorecido por se encontrarem rotas as membranas ovulares, como descrito por CALDEYRO-BARCIA e col. ⁽⁹⁾.

Os autores concluem que este achado, aparentemente negativo, atenuou-se quando analisado em conjunto com os outros aspectos positivos encontrados (pCO_2 , pO_2 , pH ...) e com o índice de Apgar do 1º minuto: só um caso de Apgar igual a 7, os restantes foram maiores do que 7.

Paciornik e col. ⁽⁴⁴⁾ compararam eletroencefalogramas (E.E.G.) de indígenas e civilizados de parto em posição dorsal (Tabela).

FORMA DO PARTO	TOTAL DE EXAMES	DISRITMIA CEREBRAL
Posição dorsal	24	3
Posição de cócoras	200	4
TOTAL	224	7

Tabela 09- Resultados do E.E.G. comparando-os com a posição do parto, segundo Paciornik e col. ⁽⁴⁴⁾.

Segundo os autores, a média encontrada de disritmias cerebrais entre as várias raças é de 5 a 10%. Isto é de 2 a 4 vezes maior que a incidência de 2% encontrada neste trabalho. A epilepsia estudada em populações americanas e inglesas tem incidência de 1:200 (0,5%) a 1:250 (0,4%), três vezes mais que a incidência de 1:650 entre os índios estudados nas várias reservas.

Embora estes resultados não sejam conclusivos, por se compararem grupos muito heterogêneos, o autor ⁽⁴¹⁾ aponta como um forte indicativo de que a posição de cócoras não trás repercussões neurológicas a longo prazo. Ao contrário, a posição de cócoras pode estar relacionada com uma menor incidência de patologias neurológicas. Estudo prospectivo por uma equipe de neuropediatria está sendo realizado para comprovar esta afirmação ⁽⁴⁴⁾.



Figura 13 - Efeitos adversos do uso de cadeiras. Segundo Paciornik. (44)

Figura 14 - Ginástica Indio Brasileira para reforçar as condições físicas da mulher civilizada. Segundo Paciornik (44)

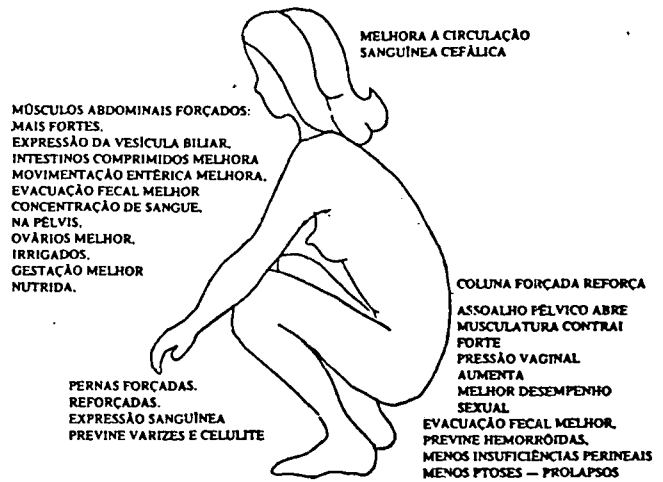
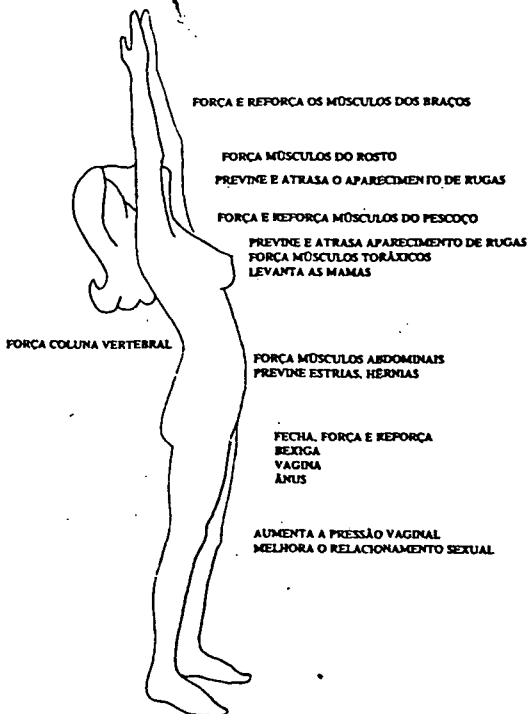


Figura 15 - Ginástica Indio Brasileira para melhorar as condições físicas da mulher civilizada. Consiste em agachar-se e levantar-se, exagerando a extensão da coluna vertebral, elevando os braços e jogando a cabeça para trás. Ao abaixar-se faz-se expiração forçada e ao levantar-se inspira-se profundamente. Segundo Paciornik (44)

Figura 16- Esquema simplificado da cadeira e da colocação da parturiente durante o período expulsivo, no momento do puxo, na posição de cócoras. Segundo Sabatino e col. (58)

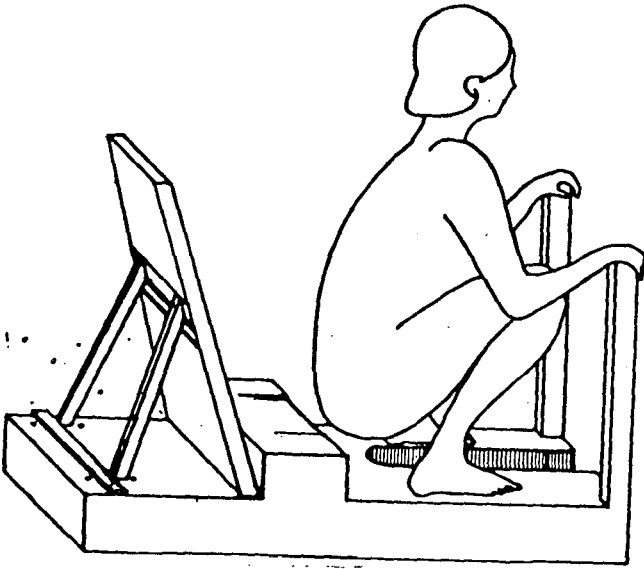


Figura 17 - Duração média e desvio padrão do período de dilatação em 19 primíparas e 12 multíparas que tiveram seu parto na posição de cócoras. Segundo Sabatino e col. (58)

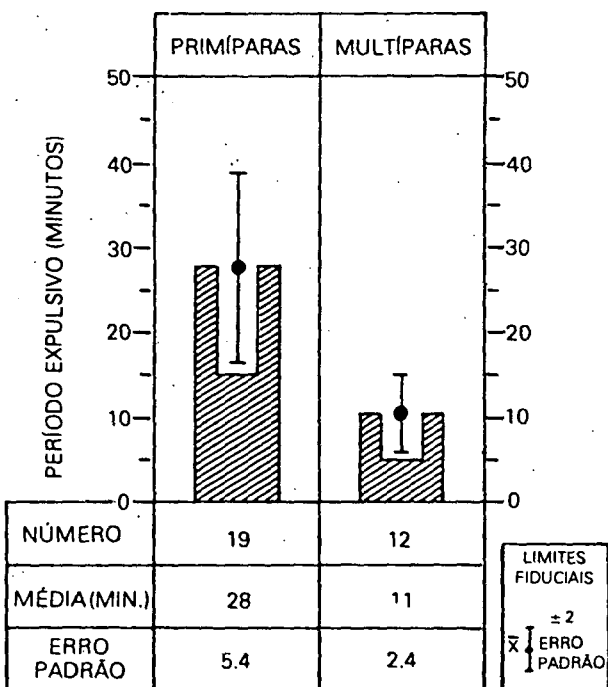
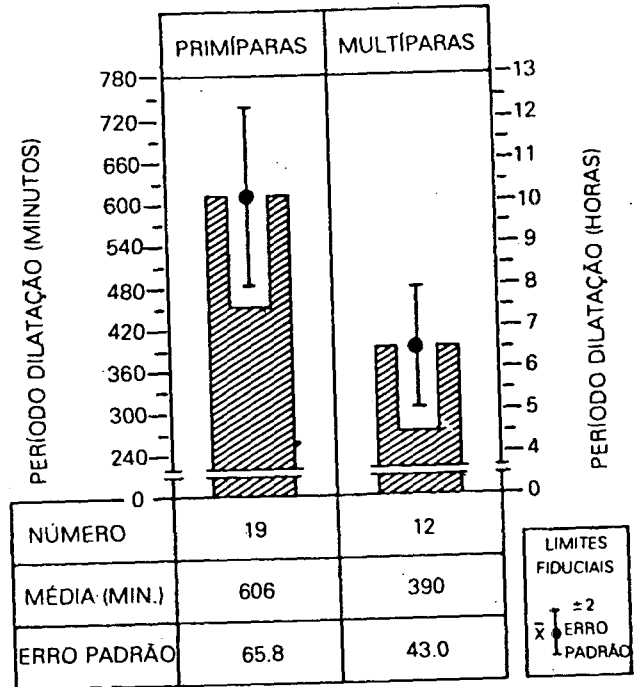


Figura 18 - Duração média e desvio padrão do período expulsivo em 19 primíparas e 12 multíparas que tiveram seu parto em posição de cócoras. Segundo Sabatino e col. (58)

Figura 19 - Variação média dos b.c.f. registrados na monitorização contínua das parturientes durante o período expulsivo em posição de cócoras, relacionado ao momento da contração uterina. Observou-se importante queda dos b.c.f. durante o tempo que dura a contração, sendo maior a amplitude da queda no meio da contração uterina. A recuperação dos b.c.f. realizou-se imediatamente após finalizada a contração. Segundo Sabatino e col. (58)

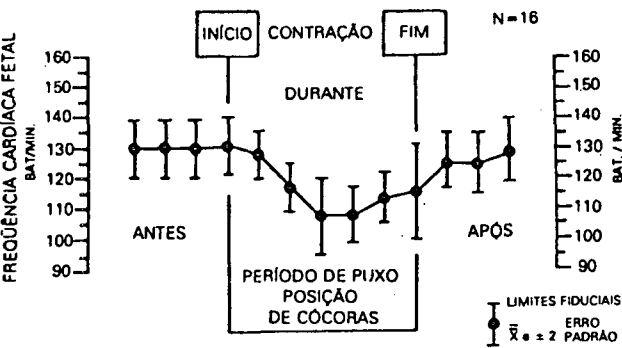
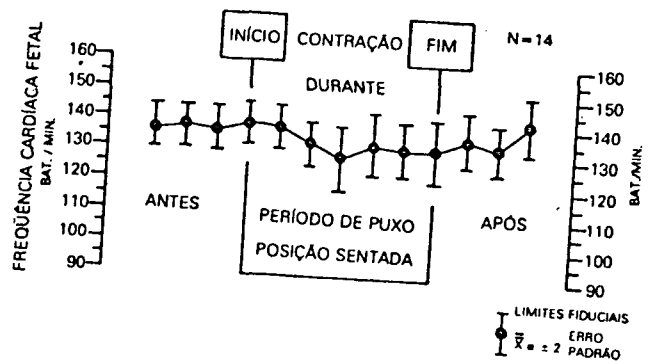


Figura 20 - Idem figura anterior, em parturientes que realizaram esforços de puxos em posição sentada. Observou-se que não houve queda dos b.c.f. durante a contração uterina. Segundo Sabatino e col. (58)



SANGUE DA ARTÉRIA UMBILICAL

	pH	pCO ₂ (mmHg)	pO ₂ (mmHg)	B.E. (mEq/l)
N*	18	18	18	18
X**	7,29	38,56	18,12	7,6
EP***	0,0016	1,81	1,10	0,41

Tabela 10 - Valores médios de pH e equilíbrio ácido básico dos fetos nascidos em posição de cócoras. Segundo Sabatino e col. (58)

SANGUE DA VEIA UMBILICAL

	pH	pCO ₂ (mmHg)	pO ₂ (mmHg)	B.E. (mEq/l)
N*	20	20	20	20
X**	7,34	33,77	23,82	5,8
EP***	0,018	1,17	1,10	0,86

Tabela 11 - Valores médios de pH e equilíbrio ácido básico dos fetos nascidos em posição de cócoras. Segundo Sabatino e col. (58)

* - número de exames ** - média *** - desvio padrão

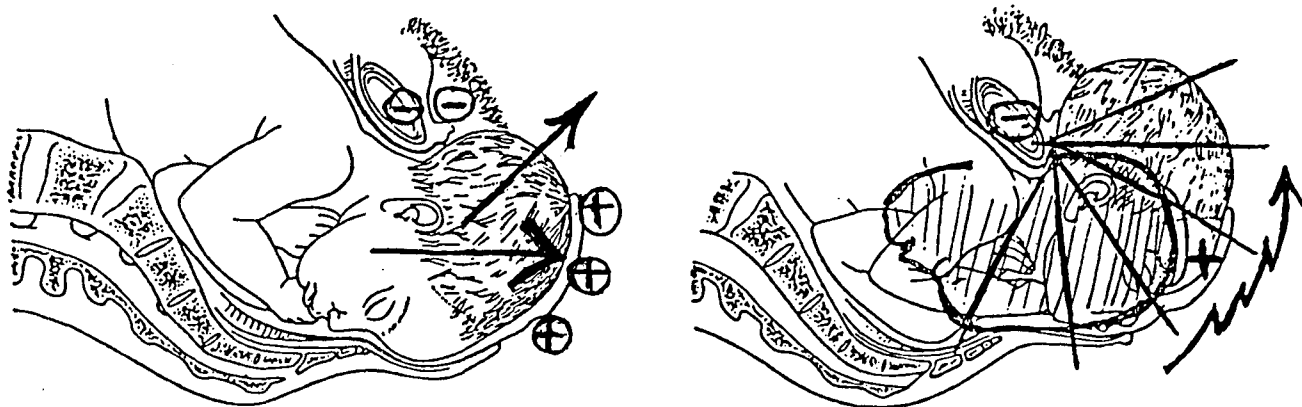


Figura 21.- Expulsão fetal em decúbito dorsal. A força máxima é dirigida sobre o períneo posterior. Dificultando a deflexão da cabeça e lesando mais o períneo. Segundo Chambier D. & Atman D.O. (12)

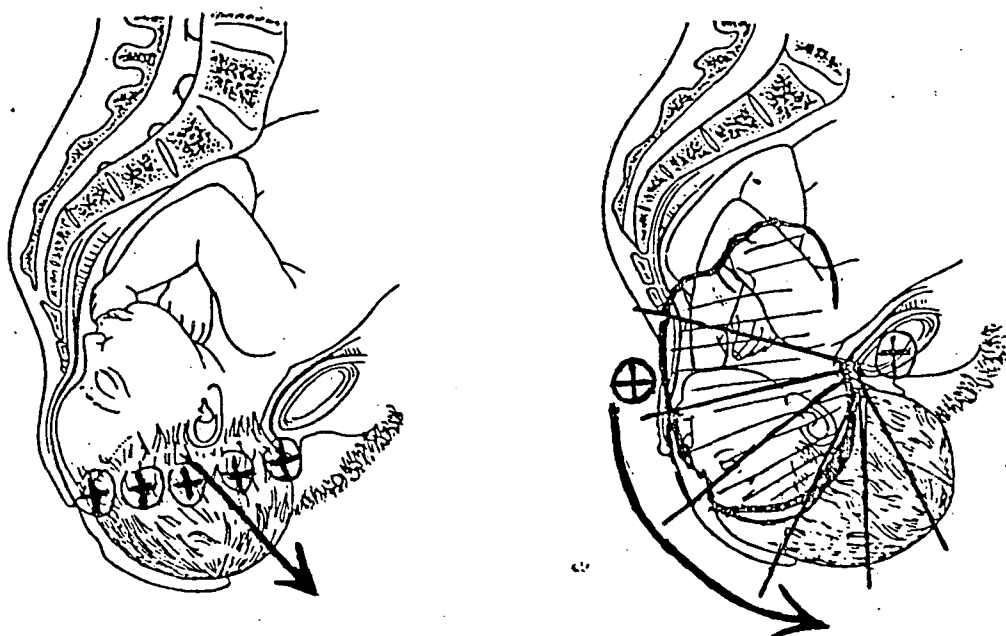


Figura 22.- Expulsão fetal na posição de cócoras. A força máxima dirige-se à abertura vaginal, facilitando a deflexão da cabeça e lesando menos o períneo. Segundo Chambier D. & Atman D.O. (12)

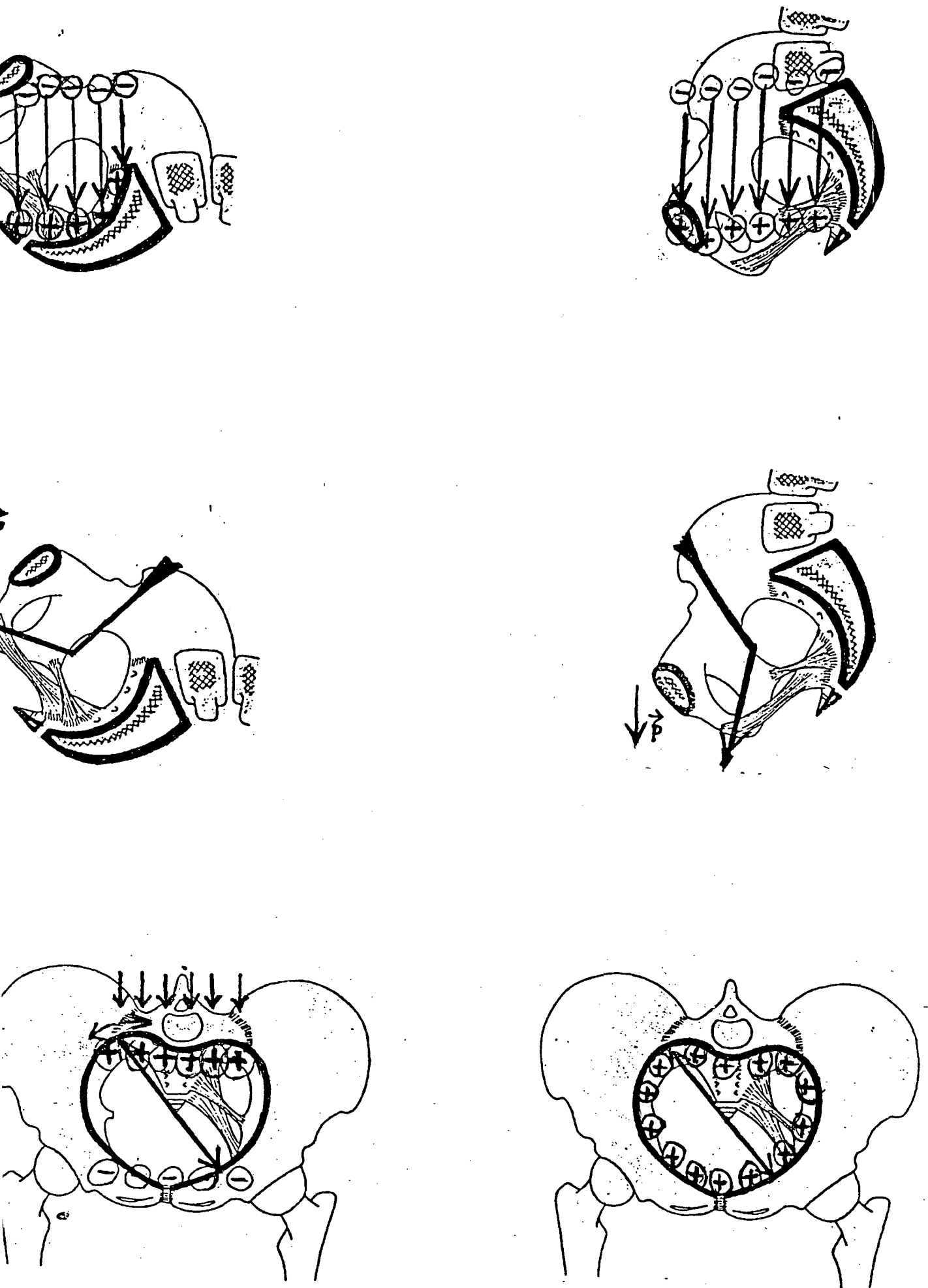


Figura 23 - Diferença entre os pontos de contato e o trajeto na posição horizontal (esquerda) e posição vertical (direita). Segundo Chambier D. & Atman D.O. (12)

2.3. Discussão

Embora existam muitos trabalhos sobre a influência da posição materna no período de dilatação, seus resultados não são conclusivos. Quanto a duração deste período, a comparação dos resultados entre os estudos não é consistente por que as condições dos grupos não foram uniformes. Em alguns estudos a posição era só dorsal, em outros dorsal e lateral, ou só lateral. O grupo deambulante também sentava, ficava de pé ou combinava estas posições. Em alguns trabalhos realizou-se amniotomia precoce, em outros indução com prostaglandinas, ficando difícil qualquer conclusão final pelo grande número de variáveis ⁽³¹⁾ (Tabela 12).

Um outro fator que contribui para o desacordo entre os trabalhos foi a falta de definição do início do trabalho de parto. Uns definiram o início com 4cm de dilatação, como o trabalho orientado pelo C.L.A.P. ⁽¹³⁾, e outros incluíram gestantes com 7-8cm no trabalho, como WILLIANS e col. ⁽⁶²⁾.

Analisando os diversos trabalhos, destaca-se o trabalho colaborativo orientado pelo C.L.A.P. ⁽¹³⁾, pelas seguintes qualidades:

- Maior número de amostra e resultados com maior significância estatística.
- Delimitação precisa do objeto de estudo: dilatação cervical de 4 a 10cm.
- Definição clara da postura materna durante o parto.

Os autores ⁽¹⁴⁾ concluíram que a deambulação deveria substituir a amniotomia precoce para o encurtamento do parto, já que

esta simples mudança postural o reduziu em 25%, isto alcançando 36% se comparados apenas as primíparas (14).

AUTORES	TIPO DE INVESTIGAÇÃO	PARIDADE DOS PACIENTES	POSIÇÃO EXPERIMENTAÇÃO	POSIÇÃO CONTROLE (DECÚBITO)	AMNIOTOMIA	INÍCIO DO PARTO	MONITORIZAÇÃO	TAMANHO DA AMOSTRA (Nº DE PARTURIENTES)
Mitre (a)	-Prospectivo. Divisão aleatória dos grupos (D.A.G.)	Nulíparas	Sentada	Dorsal, lateral	Sim	Espontâneo	Algumas	100
Liu (29)	-Prospectivo (D.A.G.)	Nulíparas	Semi-sentada	Dorsal	Não menciona	Espontâneo	Não	60
Flynn e col. (17)	-Prospectivo (D.A.G.)	Mista	Deambulando	Lateral	Precoce	Espontâneo	Sim	68
Williams e col. (62)	-Prospectivo (D.A.G.)	Mista	Deambulando	Dorsal, lateral	Não menciona	Espontâneo	Não	103
Estudo colaborativo orientado pelo C.L.A.P. (13)	-Prospectivo (D.A.G.)	Mista	Andando, ficando de pé e sentado na cama.	Lateral esquerda	Não realizava	Espontâneo	Sim	370
Mendez-Bauer e Col. (36)	-Grupo de 1 paciente (b)	Nulíparas	Em pé	Dorsal	Não relata	Espontâneo	Sim	20
McManus e Calder (34)	-Prospectivo (D.A.G.)	Mista	Deambulando e sentada	Lateral	Sim	Induções eletivas	Não relata	40
Steward e Calder (61)	-Prospectivo escola da paciente	Mista	Deambulando	Lateral	Precoce	Espontâneo + indução eletiva	Sim	275
Hemminki e col. (21)	-Prospectivo (D.A.G.) (c)	Mista	Deambulando	Lateral com ocitocina	Não menciona	Espontâneo	Sim	57
Read e col. (47)	-Prospectivo (D.A.G.) (c)	Mista	Deambulando, em pé, sentado	Lateral com ocitocina	Sim	Espontâneo	Sim	14

TABELA 12 - Variáveis dos trabalhos científicos sobre o tema, segundo LUPE & GROSS (31), ampliado para este estudo.

OBSERVAÇÕES: a) Trabalho não foi incluído em nossa revisão: MITRE; I.: The influence of maternal position on duration of the active phase of labor. *Int. J. Gynecol. Obstet.* (APUD LUPE & GROSS) 12 : 181, 1974.

b) Pacientes alternaram entre em pé e decúbito dorsal.

c) trabalho incluiu apenas pacientes com trabalho de parto protraído.

d) Relatado como postura especial para o período de observação.

e) Foram apenas 103 pacientes que se adequaram aos critérios do trabalho após 300 internações consecutivas.

Todos os autores concordam que a posição vertical não traz nenhum malefício para o binômio mãe-feto, estando em discussão apenas a quantificação destes benefícios. Já são comprovados o aumento da atividade uterina e o maior conforto para a parturiente.

Outro benefício que está sendo estudado (21, 47) é a utilização da posição vertical para facilitar o parto com dificuldade de progressão. Observou-se até o momento que a deambulação pode ser usada para substituir inicialmente o uso de ocitocina em alguns casos, por levar ao comprovado aumento do tônus uterino e da força das contrações (Tabela 13).

AUTORES	REDUÇÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO	EFEITO DA POSIÇÃO ESPERIMENTADA SOBRE AS CONTRAÇÕES	AUMENTO DO CONFORTO/SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE	REDUÇÃO DA NECESSIDADE DE ANALGESIA	TEMPO OU % DEAMBULANTE OU EM POSIÇÃO VERTICAL	ÍNDICES DE APGAR
Mitre (a)	Sim	Aumento do tônus basal.	Sim	Não relatado	Não relatado	Sem diferença
Liu (29)	Sim	Aumento da duração, intensidade e frequência.	Sim	Não analisado	100% semi-sentado	Sem diferença
Flynn e col. (17)	Sim	Aumento significativo da atividade uterina	Sim	Sim	2,2h	Mais altos
Williams e col. (62)	Não	Não relata	Sim	Ligeiramente menor	25% do período de dilatação (b)	Sem diferença
Estudo colaborativo orientado pelo C.L.A.P. (13)	Sim	Aumento da força das contrações	Sim	Não relata	90-100% posição vertical	Não relata
Mendez-Bauer e col. (36)	Sim	Mais intensa (c)	Sim	Não relata	30 minutos em pé alternando com 30 minutos decúbito dorsal.	Sem diferença
McManus e Calder (34)	Não (d)	Não relata	Maior para as múltiparas.	Não	34-62% do trabalho de parto (e)	Não relata
Steward e Calder (61)	Sim (para as primíparas 100% deambulantes)	Não relata	Sim	Sim (para as múltiparas).	de 2,4h a 3,3h.	Não relata
Read e col. (47)	-	Aumento da atividade uterina em pé.	Sim, no grupo que deambulava	Não utilizou (f)	2h	Relatado, mas sem análise estatística.
Hemminki e col. (41)	-	Não analisado estatisticamente.	Sim, no grupo que deambulava	Sim (f)	Não relata	Sem significância estatística.

TABELA 13 - Sumário das conclusões dos trabalhos que analisaram a influência da posição materna durante o parto, segundo LUPE & GROSS (31), ampliado para este estudo.

- OBSERVAÇÕES: a) Este trabalho não foi incluído na nossa revisão (referência na tabela anterior).
 b) 67,1% das pacientes deambularam 25% do período de dilatação.
 c) Cada paciente era o seu próprio grupo de controle.
 d) Combinando o tempo do primeiro e segundo períodos.
 e) Primíparas deambularam 34%, e as múltiparas 62%.
 f) Redução do uso de ocitocina.

Quanto ao período expulsivo, existe uma dificuldade maior de análise pela diversidade dos trabalhos. Os estudos existentes analisam cada posição em separado, ou comparam-na com a posição em decúbito dorsal. Desta forma não se pode concluir qual é a melhor posição, mas apenas os efeitos de cada uma, assim como a situação de parto que beneficiaria-se mais com esta ou aquela. Faremos então a análise das posições isoladamente.

As vantagens atribuídas à posição em decúbito dorsal são:

a) Comodidade para o obstetra, possibilitando um acompanhamento visual e objetivo do desenrolar do período expulsivo.

b) É a posição que permite ao obstetra uma ação imediata em caso de necessidade de episiotomia, de manobrar extrativas fetais, como o uso de fórceps. É também a posição melhor para campo cirúrgico facilitando a episiorrafia ou reparo de lacerações do canal de parto.

c) Facilita a avaliação da vitalidade fetal no intraparto, quer seja o controle de b.c.f. com estetoscópio de Pinard até o monitoramento eletrônico.

d) Facilita a aplicação de analgesia e anestesia no período expulsivo.

e) Menor congestão venosa perineal.

As Desvantagens atribuídas ao parto em decúbito dorsal foram bem demonstradas na Figura 24, elaborada por DUNN (15).

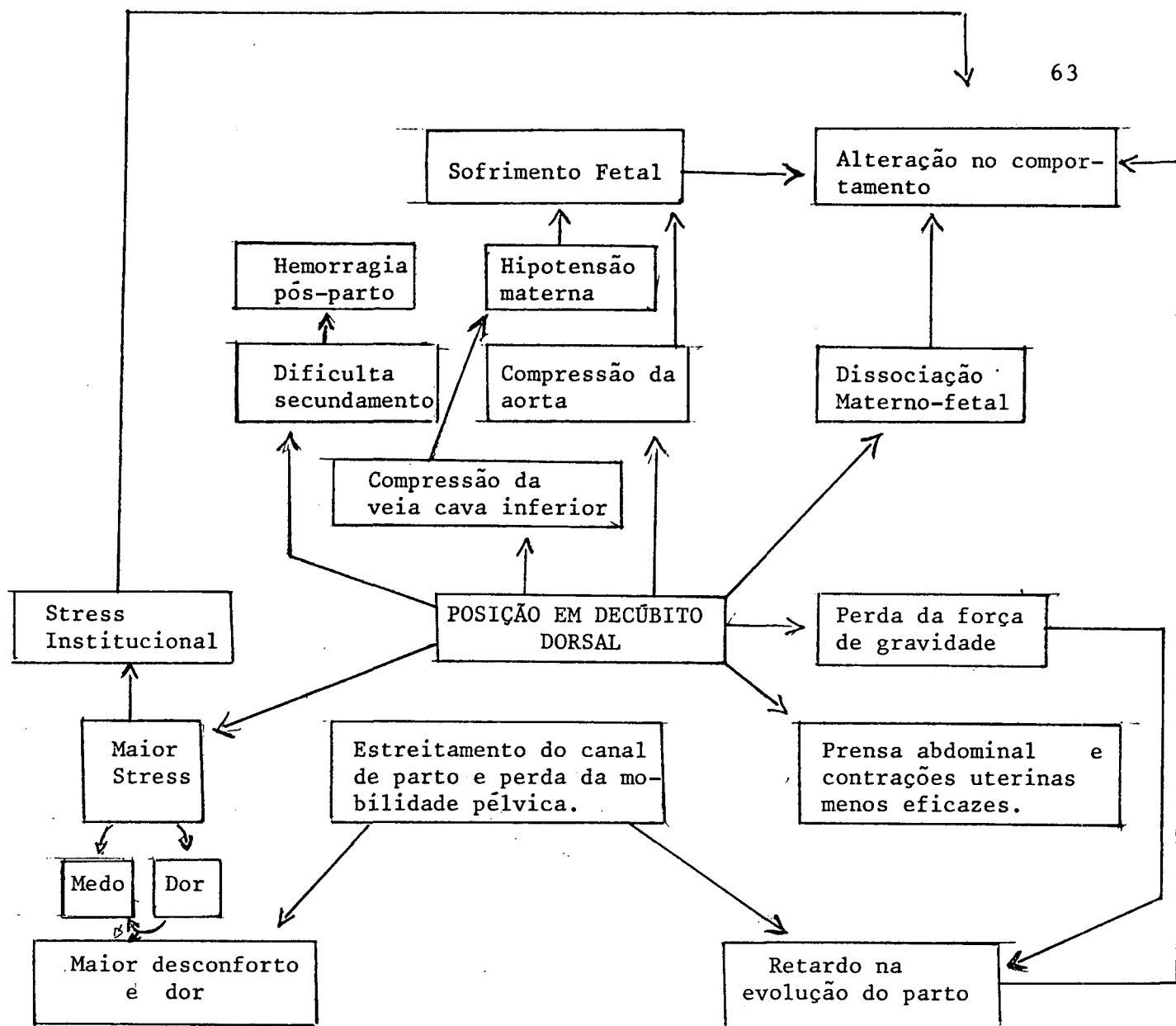


FIGURA 24 - Desvantagens do parto em decúbito dorsal. Elaborado por DUNN ⁽¹⁵⁾ e ampliado por PACIORNIK ⁽⁴²⁾.

Todos os estudos que compararam outras posições com a posição dorsal, mostraram vantagens sobre esta. Muitos autores consideraram esta como a "pior posição materna" para o parto normal, existindo na literatura condenação para seu uso de rotina (10, 19, 23, 40, 44).

No entanto esta é a melhor posição para a realização de manobras extrativas fetais (fôrcipe, Manobra de Kristeller, etc), ou atos cirúrgicos (episiotomia, cesárea, etc.). Esta posição beneficia os partos complicados nos quais o obstetra necessita intervir ativamente. Segundo PACIORNIK ⁽⁴⁴⁾, isto seria no máximo

10% dos casos, não justificando colocar o restante 90% nesta posição. Independente da posição utilizada para o parto, todas as parturientes são colocadas em decúbito dorsal no pós-parto imediato para realização da episiorrafia. Quanto a comodidade para o obstetra, ou facilidade de visualização do períneo, em detrimento do bem-estar materno-fetal, é também conseguido nas outras posições com o uso das modernas cadeiras obstétricas.

Vantagens atribuídas à posição em decúbito lateral (posição de Sims), comparando-a com a posição em decúbito dorsal:

a) Maior conforto para a parturiente, principalmente quando esta não suporta a posição dorsal: dor lombar, varizes.

b) Não compressão do útero sobre a artéria aorta e veia cava inferior, resultando em melhor oxigenação fetal.

c) Facilidade de controle do avanço da cabeça fetal, protegendo-se melhor o períneo.

d) Drenagem natural em caso de vômitos.

e) Horizontalização do canal de parto, melhorando o aclive da posição dorsal. A parte posterior do canal está livre, permitindo a retropulsão do cóccix, relaxamento maior do períneo, e maior alargamento do canal, resultando na mais fácil liberação dos ombros.

As desvantagens atribuídas são:

a) Dificuldade de avaliação da vitalidade fetal.

b) Facilidade de contaminação do campo com fezes.

c) Posição inadequada para realização de episiorrafias.

d) Perda da força da gravidade e menor eficácia da prensa abdominal.

Embora não seja uma posição muito conhecida, esta apresenta vantagens para o parto que justificariam seu maior uso. Ela beneficia principalmente as parturientes que não suportam o decúbito dorsal (síndrome de compressão supina, por exemplo), ou o uso das peneiras (problemas ósteo-articulares, varizes). No entanto esta padece dos defeitos de toda posição horizontal: perda da força de gravidade e menor eficácia no uso da prensa abdominal.

As vantagens atribuídas à posição semi-sentada e sentada são:

a) Descompressão da veia cava e da artéria aorta, e facilita os movimentos respiratórios maternos propiciando melhor oxigenação fetal.

b) Utilização da força de gravidade e maior eficácia da prensa abdominal.

c) Participação mais ativa e consciente da parturiente, e propicia melhor interação mãe-filho.

d) Diminuição das dores lombares.

As desvantagens atribuídas são:

a) Compressão do cóccix e nádegas contra o pubis, estreitando o canal de parto (depende da forma da cadeira).

b) Congestão venosa vulvar, aumentando o sangramento.

c) Dificuldade de acesso para utilização do fórcepe e realização de episiorrafias.

Já existem trabalhos (29, 11, 54) suficientes demonstrando ser esta posição melhor que a posição dorsal para o parto pelo: menor tempo do parto, melhor oxigenação, maior participação, etc. Tanto a congestão venosa como a dificuldade de acesso ao períneo são facilmente resolvidas reclinando-se as modernas cadeiras obstétricas no pós-parto.

As vantagens atribuídas à posição de cócoras podem ser sintetizadas na figura 25.

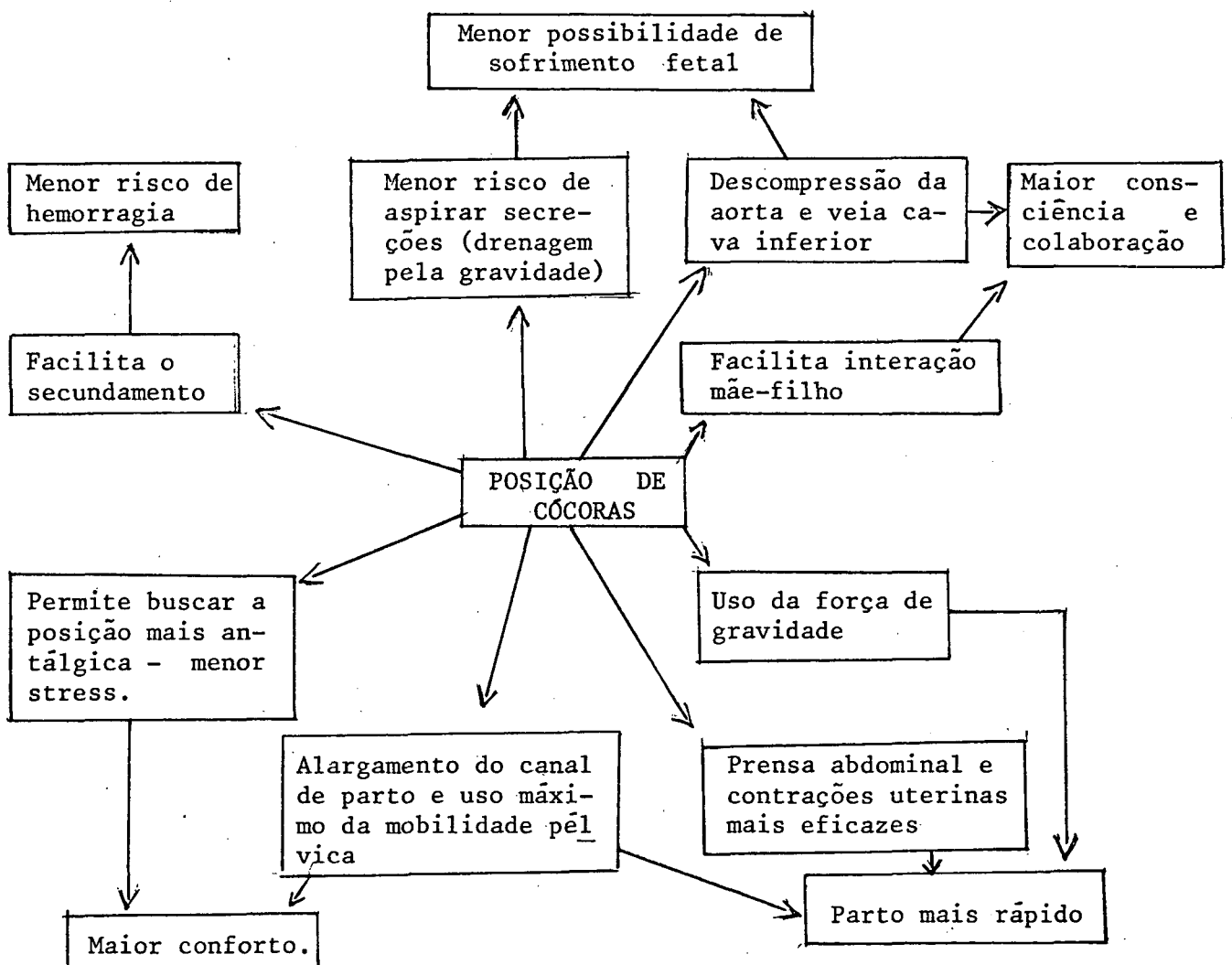


FIGURA 25 - Baseado em DUNN (16), e elaborado para este trabalho.

As desvantagens atribuídas são:

a) Dificuldade de acesso ao períneo para realização de episiotomias ou outras manobras extrativas fetais.

b) Dificuldade para o monitoramento fetal.

c) Dificuldade de adaptação da mulher civilizada e posição de cócoras.

A experiência de PACIORNIK ⁽⁵⁾ e outros autores ^(38, 58) indicam esta posição como sendo a posição ideal para o parto normal, pois além de reunir todas as vantagens da posição sentada, adiciona qualidades próprias da posição, como alargamento da bacia e liberdade de movimentos.

Muitas das críticas feitas ao parto de cócoras são devidas ao desconhecimento de sua metodologia. Esta forma de parto é vista como retorno ao passado, onde se colocaria a parturiente acocorada no chão e o obstetra simplesmente esperaria passivamente a criança nascer, como acontece até hoje em comunidades primitivas ou locais sem assistência médica. A cadeira desenvolvida por PACIORNIK ⁽⁴⁴⁾ conseguiu reunir as vantagens da posição de cócoras com os avanços da obstetrícia moderna e as condições físicas das civilizadas. Uma grande vantagem é a mobilidade que esta permite para a parturiente: pode acocorar-se durante as contrações apoiando-se numa barra transversa em sua frente, pode sentar-se para descansar e esticar as pernas entre as contrações, e pode reclinar-se ou deitar-se no pós parto para ser feita revisão e episiorrafia, ou até receber anestesia peridural no intra-parto.

Outra vantagem é que a criança nasce num berço aquecido que é móvel, deslocando-se o campo no caso de evacuações ou mic-

ções, evitando-se assim sua contaminação.

Não é exigência a preparação física para se fazer o parto nesta posição, haja visto que a maioria que tem parto de cócoras na Casa de Saúde Paciornik, não a faz (grande parte são previdenciárias, sem um rigoroso pré-natal) (38, 5).

A preparação física, contudo, é estimulada para prevenir patologias decorrentes da atrofia da musculatura perineal (27).

A inovação mais polêmica que o parto de cócoras traz é a não realização de episiotomias de rotina. Paciornik justifica que o canal de parto se abre mais nesta posição (vide Figura 22), e assim o períneo se distende mais fácil, entre outros argumentos. Outros autores (58) fazem o parto de cócoras e não relataram qualquer dificuldade para sua realização por que a mulher pode facilmente sentar-se e ser anestesiada. Esta polêmica só será resolvida com a realização de um trabalho prospectivo sobre o tema.

Embora esta seja a posição que se atribua o maior número de vantagens, esta não é suficientemente pesquisada e documentada na literatura. Existe a necessidade da realização de maiores pesquisas para comprovarem e divulgarem suas vantagens.

A posição de cócoras, assim como a posição sentada, estão inseridas dentro de uma nova tecnologia de atenção do parto. CBLDEYRO-BARCIA (10) é grande pesquisador do tema, sintetizou esta nova postura em sete pontos considerados importantes para uma atenção fisiológica ao parto normal:

1) Educar e motivar a mãe e o pai para a gestação e o parto.

2) A mãe recebe apoio afetivo do pai (ou da pessoa que ela escolher) durante o parto.

3) Deixar que as membranas ovulares rompam-se espontaneamente.

4) Não dar de rotina medicação analgésica, ansiolítica ou anestésica.

5) Não administrar ocitocina, exceto que haja indicação precisa para fazê-lo.

6) Liberdade para a mãe eleger a posição mais cômoda, e trocá-la conforme sua vontade.

7) Deixar a mãe realizar os esforços expulsivos espontâneos, não usando a manobra de Valsalva.

Existe na literatura trabalhos e experimentos sobre cada uma destas medidas, sendo que com o aprofundamento destas fogem aos objetivos do nosso trabalho.

No entanto, estas devem ser estudadas quando se organiza a implantação de uma nova maternidade, tentando-se implantar na prática o que é preconizado pelos centros mais avançados de pesquisa obstétrica.

3. INQUÉRITO AOS MÉDICOS

Os resultados dos inquéritos são apresentados de forma resumida, de tal forma a não alterar ou omitir dados.

Não são citados os nomes dos entrevistados e tampouco as respostas obtidas são usadas de forma estatística. Limitamo-nos ao final, fazer uma pequena coleta dos principais pontos mencionados.

3.1. Professores de Tocoginecologia

1 - Este entrevistado refere-se ao parto em decúbito dorsal como mais cômodo à paciente e principalmente para o obstétrico, oferecendo maior facilidade para o controle das condições materno-fetal. Como inconveniente cita a compressão da veia cava inferior, hipotensão materna e menor perfusão placentária.

Conhece as posições de côcoras, Sims e Walcher por literatura.

Quanto a posição semi-sentada e sentada que refere como reclinada (30°), pensa ser o meio termo entre o decúbito dorsal e o de côcoras, citando-a como ideal pela facilidade de observação e atendimento obstétrico, pois nessa posição pode-se controlar o

b.c.f., há melhor estímulo as contrações e comodidade para a execução de episiotomia e aplicação de fórcepe e preservação de estruturas vagino-perineais.

Tem experiência com o parto horizontal e reclinado.

2 - Este entrevistado cita que o parto em decúbito dorsal oferece maior facilidade obstétrica, mas exige maior esforço expulsivo materno, o período expulsivo é lentificado, há compressão dos vasos ilíacos com diminuição de perfuração uteroplacentária. Além disso o parto dorsal exige maior número de vezes, o uso de ocitócitos e fórcepe de alívio.

Quanto a posição de cócoras diz ser um ato instintivo e que a mulher civilizada não tem estrutura perineal adequada, deixando-lhe seqüelas musculares.

Cita a posição semi-sentada como a ideal pela maior facilidade de expulsão fetal com menor esforço materno, melhor acomodação da cabeça fetal ao trajeto do canal do parto, assim como permite manejos obstétricos adequados.

Tem conhecimentos teóricos sobre as outras posições mas refere que desde que haja proteção adequada com episiotomia prévia e ampla, a estática perineal é conservada em qualquer posição.

Quanto a estruturação da nova maternidade pensa que é necessária conscientização a nível de pessoal médico e para-médico, bem como às orientações às gestantes para que se adote outras posições.

3 - Este entrevistado refere que em decúbito dorsal a contratilidade uterina é menor, e a intensidade e tônus em relação com as posições sentada e de pé é menor, mas é mais cômodo pa-

ra o obstetra para realizar exames obstétricos.

Cita que não conhece o parto de cócoras, mas que assistiu a um parto nesta posição enquanto a parturiente era conduzida pelo corredor, sendo que o parto foi rápido e sem complicações.

Refere que a posição sentada em cadeira obstétrica é a melhor, segundo sua experiência em Montevideo. É mais cômoda para a parturiente e para o obstetra, não há perda de força propulsora, há um incremento da prensa e o ângulo de condução do concepto é maior, além de que permite manobras obstétricas tais como episiotomias, aplicação de fórceps, uso de ocitócito, etc.

Diz que na posição de Sims, o tônus e a frequência das contrações é menor e a intensidade das contrações maior em relação ao decúbito dorsal, bem como que nas posições sentada ou de pé e Sims a atividade uterina é maior que no decúbito dorsal, sendo então desnecessário o uso da manobra de Kristeller, pois no decúbito dorsal a parturiente não se ajuda no período expulsivo pois a prensa abdominal está prejudicada, sendo esta manobra utilizada, e nociva.

Pensa que em termos de dificuldade de implantação de novas posições para o trabalho de parto estão as dificuldades de introduzir novos conceitos, apesar do custo ser um fator secundário.

4 - Este entrevistado cita que em decúbito dorsal o obstetra realiza manobras como episitomia e aplicação de fórceps com maior facilidade, há menor congestão venosa perineal, facilita o controle da b.c.f. com estetoscópio de Pinard e permite analgesia e anestesia para o período expulsivo, mas por outro lado os "puxos" (contrações uterinas) são menos efetivas que na posição de

cócoras ou semi-sentada, bem como leva a compressão da veia cava.

Quanto ao parto de cócoras diz que a resultante do vetor força é dirigido no melhor eixo sobre o feto em relação a vulva, sendo uma boa posição quando a parturiente colabora, mas tem como desvantagens a congestão venosa perineal e o menor acesso do obstetra sobre a mãe e o feto.

Pensa que o ideal é a posição semi-sentada em cadeira obstétrica pois é a posição que balanceia as vantagens e desvantagens da posição dorsal e de cócoras. Não tem experiência com outras posições e prefere a de decúbito dorsal por sua formação e além disso acha importante o preparo da parturiente para que esta adote a posição semi-sentada para o parto.

Cita como dificuldades para a implantação de outra posição a adoção de mesa obstétrica que permita alterações para as posições desejadas e uma educação pré-natal adequada.

5 - Este entrevistado cita que no parto em decúbito dorsal as manobras tais como aplicação de fórcepe, episiotomias, realização de partos pélvicos complicados são melhor realizados, mas que a força de gravidade age de maneira inadequada, e é, em direção ao dorso materna e não no eixo da vagina.

Pensa que a posição ideal seria a semi-sentada pois as manobras obstétricas são facilitadas e a mulher está melhor acomodada. Com auxílio da gravidade na descida do feto e da placenta. Não vê nenhum inconveniente nesta posição.

Tem conhecimento das posições de cócoras por literatura e cita como vantagens o auxílio da força de gravidade e maior facilidade de dilatação do colo uterino e como desvantagem o não preparo da mulher civilizada em adotar a posição.

Pensa que para a implantação da nova maternidade escola é necessário material adequado, qual seja mesa obstétrica própria, pessoal treinado e experiência do obstetra na posição adotada.

6 - Este entrevistado refere que o parto em decúbito dorsal é mais cômodo e oferece mais repouso para a parturiente, permitindo-lhe melhores condições de respiração, melhor monitorização, com o único inconveniente de as vezes, conforme o volume abdomino-uterino ser necessário adotar o decúbito lateral esquerdo, pela compressão da veia cava inferior. Refere que é a posição mais utilizada nos grandes centros e que nunca foi observada alteração com o feto quando o trabalho de parto evolue sem nó real, circulares de cordão, etc.

Cita como posição ideal a de decúbito dorsal, conhecendo as outras posições apenas por literatura. Pensa que as posições de cócoras, sentada e similares podem ser benéficas pelo fator gravidade, força muscular, porém tem como inconveniente o prolapso genital futuro.

Quanto a implantação de outra posição, acha que não será possível superar a clássica posição em decúbito dorsal pelas melhores condições de controle materno-fetal que permite.

7 - Este entrevistado refere que o parto em decúbito dorsal facilita as manobras obstétricas e permite a avaliação da vitalidade fetal no intra-parto, mas tem como inconveniente a compressão da aorta com diminuição da perfusão uterina.

Refere que a posição ideal seria a sentada ou semi-sentada, pois além de permitir manobras obstétricas e avaliação da natalidade fetal intra parto, a paciente tem maior liberdade e maior facilidade de expansão pulmonar.

Conhece o parto de cócoras, mas não tem experiência. Pensa que na nova maternidade não deveria existir obstáculos para a adoção de uma nova posição desde que comprovadas suas vantagens.

8 - Este entrevistado cita que há maior facilidade de ação do obstetra na posição em decúbito dorsal, entretanto há uma diminuição da intensidade das contrações e aumento da frequência, alongando o período expulsivo.

Pensa que a posição ideal é a semi-sentada pela ação da gravidade que diminui o período expulsivo. Tem conhecimento de outras posições pela literatura. Cita que quanto a posição de cócoras é indicada apenas para quem tem períneo resistente.

Quanto a implantação da posição semi-sentada, vê como dificuldade apenas a falta de cadeiras obstétricas.

9 - Este entrevistado refere que no parto em decúbito dorsal há maior comodidade da paciente, maior facilidade de manobras obstétricas e maior disponibilidade de equipamentos (mesa obstétrica).

Pensa que a melhor posição é a dorsal pelas facilidades que oferece e para as mulheres da nossa sociedade.

Não conhece outras posições e cita que usa a posição de cócoras apenas no transcurso do trabalho de parto, durante as contrações, mas as parturientes cansam facilmente.

Não vê obstáculo à implantação de outra posição desde que haja consenso geral e que a parturiente escolha.

10 - Este entrevistado aponta que no parto em decúbito dorsal há melhor acompanhamento do desenrolar do período expulsivo e facilita as monobras obstétricas necessárias, mas tem a des-

vantagem de impossibilitar a paciente de utilizar adequada e plenamente a prensa abdominal, causa a compressão da veia cava inferior e artérias ilíacas e aorta, levando a hipotensão supina materna, bem como, em alguns casos de multíparas com diátese de retos abdominais pode haver desvio da força, dificultando a expulsão fetal.

Pensa que teoricamente a posição de cócoras é a ideal pois utiliza toda a prensa abdominal e permite um maior controle da musculatura perineal pois facilita a expulsão fetal, mas por outro lado não permite uma visualização direta pelo médico na assistência do período expulsivo, além de não permitir manobras obstétricas e requerer um costume da paciente nesta posição.

Em sua experiência, tem utilizado frequentemente a posição semi-sentada porque esta permite maior participação da parturiente no período expulsivo, com uso da musculatura perineal e da prensa abdominal e permite a intervenção de manobras obstétricas quando necessário, não vê desvantagens nesta posição.

Concorda que a posição em decúbito dorsal secundada pela posição semi-sentada são as que melhores se prestam para realizar manobras obstétricas.

Em caso de sofrimento materno fetal e uso de ocitócitos a posição em decúbito dorsal não é adequada sendo preferida o decúbito lateral esquerdo.

Conhece outras posições mas não tem experiência. Refere-se ao parto dentro da água como de difícil emprego por ser necessário grande disciplina da parturiente e da equipe médica, além da infra-estrutura. Quanto a posição de Sims, cita que não há compressão da veia cava, artérias ilíacas e aorta, diminuindo o so-

frimento fetal. Não vê dificuldades em realizar manobras obstétricas necessárias.

Refere não ver dificuldades na implantação de outras posições, sendo inclusive importante utilizar várias posições e verificar com dados mais objetivos as reais vantagens e desvantagens das mesmas, haja visto que a Maternidade deveria ser de ensino e pesquisa.

3.2. Neonatologista Convidado

O entrevistado cita como vantagem o melhor posicionamento anatômico no parto em decúbito dorsal, mas com o inconveniente de alterações fisiológicas com prejuízo para a oxigenação fetal, mas de maior facilidade técnica.

Conhece teoricamente o parto de cócoras e cita que é a melhor posição para a descida da apresentação e não há riscos de compressão vascular. Refere-se ao parto sentado e semi-sentado que é melhor que o decúbito dorsal e de fácil manejo para o obstetra, mas por outro lado, também cita que impõem dificuldade cirúrgica e de instrumentação.

Não tem conhecimento sobre o parto em outras posições e possui pouca experiência em parto na posição semi-sentada.

3.3. Obstetras Convidados

1 - Este entrevistado refere que no parto em decúbito dorsal há uma angústia no canal vaginal e a transformação deste em

active dirigido para o forro da sala, obrigando a mulher a empurrar o feto numa subida, tornando o parto mais difícil, doloroso e demorado. Provoca também maiores lesões, roturas e intervenções médicas. Pela demora do período expulsivo expõe o feto a maiores riscos e complicações, deixando a cabeça fetal sujeita mais tempo a compressões mais acentuadas. Além disso, há efeitos hemodinâmicos negativos pela compressão da veia cava e aorta, com suas seqüências.

Quanto ao parto na posição de cócoras refere que o canal do parto alarga-se automaticamente, a bexiga é tracionada, liberando espaço no canal vaginal, o sacro e o cóccix e as partes moles do períneo basculam para trás enquanto os ossos da articulação sínfisiária separam-se alguns milímetros, sendo o feto empurrado para baixo, tornando o período expulsivo mais fácil e rápido. Pensa que é a posição ideal pela sua experiência de alguns anos, atendendo em média 150 casos mensais, com um total de mais de 14.000. Segundo sua amostra é a mais fisiológica e fácil, menos dolorosa e menos traumática para a mãe e o feto, com recuperação pronta e menos seqüelas na estática pelviana e melhor para o futuro funcionamento orgânico da mulher, pois as roturas são de regra menos lesivas e menores que os cortes de episiotomia.

Refere que a mulher civilizada pode ter parto de cócoras haja visto que as estruturas ósteo-musculares se assemelham às da Índia, apenas a musculatura perineal da Índia é mais forte, mais desenvolvida, mas neste particular a crítica é ilógica, pois com o períneo mais desenvolvido, mais resistente, em vez de tornar o parto mais fácil, tornar-se-ia mais difícil. Além disso, esta posição é instintivamente assumida quando não há interferências estranhas.

Quanto a posição sentada ou semi-sentada, o assento da cadeira impede o deslocamento posterior do sacro, cóccix e partes moles vizinhas, pelo contrário, projeta-os para a frente, em direção ao pubis, determinando estreitamento do canal de parto. Também expõem os tecidos maternos a distensões, esgarçamentos e roturas e acarreta maior risco para o feto.

Cita que na posição de Sims a parte posterior do canal de parto está livre de pressões, permitindo o alargamento do canal, que nesta posição se horizontaliza, sendo mais fácil empurrar o feto.

Refere-se ao parto dentro d'água como curiosidade científica, pelo fato do feto não morrer, pois há muitos inconvenientes, tais como conservar a água em temperatura ideal, risco de infecção pois a urina e fezes sujam a água, bem como a inviabilidade de esvaziar e encher a piscina cada vez que sujar.

Pensa que a maior dificuldade para a implantação da posição de cócoras é a falta de vontade de mudar, valendo-se de argumentos despidos de sustentação científica como as já citadas falta de estrutura e preparo para ficar de cócoras pelas mulheres civilizadas.

2 - Este entrevistado refere que no parto em decúbito dorsal há maior facilidade para realizar manobras obstétricas, oferece bom campo de trabalho, permite total relaxamento da paciente nos intervalos das contrações. Cita como inconvenientes a compressão da veia cava inferior e ausência de pressão passiva no eixo de expulsão.

Refere que a posição semi-sentada tem melhor prensa abdominal e oferece melhor relacionamento visual da paciente com o

obstetra.

Pensa que a melhor posição é a decúbito dorsal pela maior facilidade de uso dos equipamentos disponíveis, mas que a posição semi-sentada ou com a mesa em contra Trendlemburg (20° a 30°) favorece mais tal posição.

COMENTÁRIOS

Foram aplicados inquéritos a 14 professores do Departamento de Tocoginecologia da UFSC, dos quais 10 foram respondidos, sendo que 1 não participou pois não possui prática obstétrica. De 4 inquéritos para médicos convidados, 3 responderam.

No geral houve um consenso quanto as facilidades que a posição em decúbito dorsal oferece, tais como: monitorização materno-fetal durante o período de dilatação, visualização adequada do período expulsivo, realização de episiotomia, analgesia, aplicação de fórcepe, etc. Dos efeitos adversos mais citados estão a compressão da veia cava inferior, artérias ilíacas e aorta com consequentes efeitos hemodinâmicos tipo diminuição do fluxo sanguíneo placentário, acarretando sofrimento fetal, além de lentificar o período expulsivo.

A maioria conhece outras posições maternas para o parto por literatura, mas poucos têm experiência prática. Mesmo teoricamente o conhecimento geral é restrito, apesar do assunto ser problemática do dia-a-dia de grande parte dos entrevistados.

Das posições questionadas, a que se considera de melhor aplicabilidade é a sentada e semi-sentada pelas facilidades técnicas que estas permitem, semelhantes às de decúbito dorsal, bem como por não acarretarem problemas hemodinâmicos, além de permitir maior facilidade de expulsão fetal pelo auxílio da prensa abdominal e da gravidade que dirige a força em direção do eixo da vagina.

As posições de Sims e sob a água são pouco comentadas, por ser pouco usada. A posição de cócoras é principalmente criticada para a mulher "civilizada" pelo seu despreparo perinual, bem

como por não oferecer campo visual adequado para acompanhamento do período expulsivo e realização de manobras obstétricas.

Quanto às dificuldades de implantação de uma nova posição materna no trabalho de parto na futura Maternidade Escola do H.U., os principais pontos a serem considerados foram: necessidade de material adequado, e é, quanto ao parto sentado e semi-sentado, cadeira obstétrica e/ou mesa obstétrica que permita alterações desejadas; consciência e prática a nível médico e para-médico da posição adotada bem como orientação adequada no pré-natal às gestantes quanto às posições. Foram citadas também a dificuldade de introdução de novos conceitos na prática diária, bem como a necessidade de comprovação científica das vantagens de uma nova posição, e que esta deveria decorrer de pesquisas que bem podem ser realizadas dentro da própria maternidade, pelo caráter de ensino e pesquisa que esta deveria possuir.

CONCLUSÕES

Os trabalhos realizados até o momento sugerem que a posição vertical traz maiores benefícios para o período de dilatação.

A maioria dos autores não recomendam o uso da posição em decúbito dorsal para o período expulsivo.

Existem trabalhos conclusivos que indicam que o parto na posição sentada e semi-sentada é mais vantajoso que o parto em decúbito dorsal.

Há indicativos de que o parto na posição de cócoras oferece maiores vantagens sobre todas as outras posições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABITBOL, M.M. Aortic compression and uterine blood flow during pregnancy. Obstet. Gynecol., 50 (5) : 562-569, Nov., 1977.
2. _____. Supine position in labor and associated fetal heart rate changes. Obstet. Gynecol., 65 (4) : 481 - 486, Apr., 1985.
3. ANG, C.K. et alii. Postural influence on maternal capillary oxygen and carbon dioxide tension. Br. Med. J., 4 : 201-203, Oct. 25, 1969.
4. ATWOOD, R.J. Parturitional posture and related birth behavior. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 57 (34) : 1-25, 1976.
5. AYUB, A.C. et alii. O parto de cócoras. Femina, 10 : 8 - 15, Jan., 1982.
6. BONICA, J. Maternal physiologic and psychologic alteration. In: - Obstetric Analgesia and Anesthesia. Amsterdam, World Federation of Societies of Anesthesiologists, 1980. Chap 1 p. 1-24.
7. BRAGA, L.F.C.O. Assistência clínica ao parto - Período de Dilatação. Femina, 10 : 117-125, Fev., 1982.
8. CALDEYRO-BARCIA, R. et alii. Effects of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. Am. J. Obstet. Gynecol., 80 : 284-290, Aug., 1960.

9. CALDEYRO-BARCIA, R. et alii. Adverse perinatal effects of early amniotomy during labor. In: - Modern Perinatology Medicine. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1974. Chap. 32, p. 431-449.
10. _____. Tecnologia apropiada para la atención del parto. Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo. Uruguay, 1980 (Publicación científica n° 863, CLAP/OPS/OMS).
11. CALDEYRO-BARCIA, R.; BALLEJO, G., POSEIRO, J.J. Assistência clínica ao parto - Período expulsivo - Femina, 10 : 440-470, Jun., 1982.
12. CHAMBIER, D. & ATMAN, C.D.O. Reflexions sur l'osteopathie en obstetrique. Osteopathie Atman., 3 : 49-53, 1985.
13. DIAZ, A.G.; SCHWARCZ, R.; CALDEYRO-BARCIA, R. La posición vertical de la embarazada durante el trabajo del parto y sus efectos sobre el progreso del parto y el neonato. Investigación Colaborativa entre Maternidades de América Latina. CLAP/OMS. (Publicación científica n° 703, 1977).
14. DIAZ, A.G. et alii. Vertical position during the first stage of the course of labour and neonatal outcome. Europ. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol., 11 : 1-7, 1980.
15. DUNN, P.M. Obstetric delivery today. For better or for worse? Lancet, 1 : 792, Apr. 1976.
16. _____. Posture in labour. Lancet, 1 (8055) : 496-497, Mar. 1978.
17. FLYNN, A.M. et alii. Ambulation in Labour. Br. Med. J., 2 : 591-593, Aug. 1978.
18. GALLO, M. Posición materna y parto II. Efectos sobre el parto. Clin. Invest. Ginecol. Obstet., 10 (6) : 261-273, 1983.
19. _____. Posición materna y parto III. Efectos sobre el binomio madre-hijo. Clin. Invest. Ginecol. Obstet., 11 (1) : 51-77, 1984.

20. HAUKELAND, I. An alternative delivery position: new delivery chair developed and tested at Hongsberg Hospital. Am. J. Obst. Gynecol., 141 (2) : 115-117, Sep., 1981.
21. HEMMINKI, E. et alii. Ambulation versus oxytocin in protracted labour: a pilot study. Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 20 : 199-208, 1985.
22. HOUSHOLDER, M.S. A historical perspective on the obstetric chair. Surg. Gynecol. Obstet., 139 : 423-430, 1974.
23. HOWARD, J.H. Delivery in the physiologic position. Obstet. Gynecol., 11 (3) : 318-322, Mar., 1958.
24. HUMPHREY, M. et alii. The influence of maternal position at birth and fetus. J. Obstet. Gynecol. Br. Commonw., 80 : 1075-1080, Feb., 1973.
25. _____. A decrease in fetal pH during the second stage of labour, when conducted in the dorsal position. J. Obstet. Gynecol. Br. Commonw., 81 : 600-602, Aug., 1974.
26. IRWIN, H.W. Practical considerations for the routine application of left lateral Sims position for vaginal delivery. Am. J. Obst. Gynecol., 131 (2) : 129-133, May, 1978.
27. KEGEL, A.H. Early genital relaxation. New techniques of diagnosis and nonsurgical treatment. Obstet. Gynecol., 8 (5) : 545-550, Nov., 1956.
28. KUNTNER, L. Die Gebärrhaltung der frau. München. Hans Marseille Verlag GmbH, 1985, Chap 1/3.
29. LIU, Y.C. Effects of on upright position during labor. Am. J. Nurs., 74 (12) : 2202-2205, Dec., 1974.
30. LONGO, L.D. Des maladies des femmes grosses et accouchées. Avec la bonne et veritable méthode de les bein aider en leurs accouchemens naturels. Ces l' antern, Paris (1668), Am. J. Obstet. Gynecol., 133 : 455-456, Feb., 1979.
31. LUPE, P.J. & GROSS, T.L. Maternal upright posture and mobility in labor - a review. Obstet. Gynecol., 67 : 727 - 734, 1986.

32. MACHADO, F.D. Assistência clínica ao parto: período de dilatação. Femina 10 (1) : 28-35, jan., 1982.
33. MC KAY, S.R. Second stage labor. Has tradicion replaced safety? Am. J. Nurs. 81 (5) : 1016-9, May., 1981.
34. MC MANUS, T.J. & CALDER, A.A. Upright position and the efficiency of labour. Lancet 1 (8055) : 72-74, Jan., 1978.
35. _____. Posture in labour. Lancet., 1 (8072) : 1041, May 13, 1978.
36. MENDEZ-BAUER, C. et alli. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labour. J. Perinat. Med., 3 (89) : 89-100, 1975.
37. NAROL, F. et alii. Position of women in childbirth. Am. J. Obstet. Gynecol., 82 (4) : 943-954, 1961.
38. NEIROS, E.F. O nascer de cócoras. Rev. Gaúcha de Enfermagem, 5 (1) : 49-57, jan., 1984.
39. NEME, B.; FRAGA, E.; SALOMÃO, A.J. Efeitos da assistência ao parto sobre o sistema vascular fetal V. Observações comparativas na aplicação de fórcepe de "alívio" e na manobra de Kristeller. Mater Inf., 31 (1) : 21-24, 1972.
40. NEWTON, M. & NEWTON, N. The propped position for the second stage of labor. Obstet. Gynecol., 15 (1) : 28-34, Jan., 1960.
41. ODENT, M. Birth under water. Lancet., 2 (8365/66) : 1476-1477, Dec., 1983.
42. PACIORNIK, M. & PACIORNIK, C. Iatrogenia do parto em decúbito dorsal. Femina., 7 (11) : 836-841, nov., 1979.
43. PACIORNIK, C.; PACIORNIK, M.; CENTENO, S.P. Implication of the squatting birth position in mother-child relations. Experience from 528 cases. In: World Congress of Gynecology, Tokio, Oct., 1979.
44. PACIORNIK, M. Aprenda a nascer com os índios. 3 ed. Rio de Janeiro, Brasiliense, 1983, pp. 11-183.

45. PACIORNIK, M. Aprendam a viver com os índios. Curitiba, Ed. Grupo 1 Ltda., 1985, p. 44-50, 53-65.
46. QUILLIGAN, E.J. & TYLER, C. Postural effects on the cardio-vascular status in pregnancy: a comparison of the lateral and supine postures. Am. J. Obstet. Gynecol., 78 (3) : 465-471,
47. READ, J.A. et alii. Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: a preliminary report. Am. J. Obstet. Gynecol., 139 (6) : 669-672, Mar., 1981.
48. REZENDE, J. Obstetrícia. Conceito, Propósito, Súmula Histórica. In: - Obstetrícia. 4 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. Cap. 1, p. 1-24.
49. _____. O trajeto. In: - Obstetrícia. 4 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. Cap. 5, p. 87-105.
50. _____. O parto. Estudo clínico e assistência. A dilatação e a expulsão. In: - Obstetrícia. 4 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. Cap. 15, pt A, p. 298-311.
51. ROBERTS, J. Maternal positions for childbirth. A historical review of nursing care practises. J.O.G.N., 8 (1) : 24-32, Jan./Feb., 1979.
52. _____. Alternative position for childbirth. I. First stage of labor. J. Nurse Midwif., 25 (4) : 11-18, Jul./Aug., 1980.
53. _____. Alternative positions for childbirth. II. Second stage of labor. J. Nurse Midwif., 25 (5) : 13-19, Sep./Oct., 1980.
54. ROMNEY, M. Chair versus bed. Nursing Mirror., 160 (3) : 35-36, Jan., 1985.
55. RUSSEL, J.G.B. Molding of the pelvic outlet. J. Obstet. Gynecol. Brit. Culth., 76 : 817-820, Sep., 1969.
56. _____. The rationale of primitive delivery positions. Brit. J. Obstet. Gynecol., 89 : 712-715, Sept., 1982.

57. SAAVEDRA, A.C.S. A cadeira obstétrica no passado e no presente. Femina, 3 : 350-354, 1975.
58. SABATINO, H. et alii. Repercussão perinatal do parto atendido na posição de cócoras. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 6 (1) : 7-14, jan./fev., 1984.
59. SHANNAHAN, M.D. & COTREL, B.H. Effect of the birth chair on duration of second stage of labor, fetal outcome and maternal blood loss. Nurs. Res., 34 (2) : 89-92, Mar./Apr., 1985.
60. STEWART, P.; HILLAN, E., CALDER, A.A. A randomized trial to evaluate the use of a birth chair for delivery. Lancet., 1 (8337) : 1296-1298, Jan., 1983.
61. STEWART, P. & CALDER, A.A. Posture in labour: patient's choice and its effects on performance. Brit. J. Obstet. Gyneacol., 91 : 1091-1095, Nov., 1984.
62. WILLIAMS, R.M. et alii. A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. Brit. J. Obstet. Gyneacol., 7 : 122-126, Feb., 1980.

ANEXO I

INQUÉRITO PARA O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO COM O TEMA:
" ANÁLISE CRÍTICA DA POSIÇÃO MATERNA DURANTE O PARTO ".

Recentemente a posição em decúbito dorsal para o período expulsivo tem sido alvo de críticas. Nosso trabalho visa compilar todos os pontos de vista sobre este controverso assunto, fazer uma análise crítica e comparar com a bibliografia existente. Para tal solicitamos sua colaboração respondendo as perguntas abaixo. Não é necessário sua identificação. Caso necessite de mais espaço para respondê-las, utilize o verso ou adicione quantas folhas desejar.

1. Cite as vantagens e desvantagens do parto em decúbito dorsal.
2. Você conhece o parto na posição de cócoras? Se afirmativo, descreva suas vantagens e desvantagens.
3. Você conhece o parto na posição sentada ou semi-sentada? Se afirmativo, descreva suas vantagens e desvantagens.
4. Você conhece o parto em outra posição: vertical, na posição de Sims, dentro da água ou qualquer outra não mencionada? Se afirmativo, descreva suas vantagens e desvantagens.
5. Compare o parto na posição dorsal com outras posições em relação a necessidade de analgesia, facilidade técnica, episiotomia, manobras de alívio, sofrimento fetal/materno, etc.
6. Analisando todos os aspectos, qual é a posição que você acha mais adequada e benéfica para o parto? Por que?

7. Cite sua experiência prática com o parto em outra posição além da posição dorsal.
8. Se sua experiência prática e este ou outros trabalhos científicos o levarem a concluir que outra posição materna durante o parto se ja mais benéfica que a posição em decúbito dorsal, enumere as possíveis dificuldades para a implantação desta outra posição numa ' nova maternidade, como será a do Hospital Universitário.

Observação: Favor relacionar todos os trabalhos científicos que nos possam servir de subsídio para o nosso trabalho.

TCC
UFSC
TO
0325

Ex.1

N.Cham: TCC UFSC TO 0325

Autor: Masukawa, Ivete I

Título: Análise crítica da posição mater



972815714

Ac. 254455

Ex.1 UFSC BSCCSM