

SEMIOLOGIA OBSTÉTRICA

OBSTETRIC SEMIOLOGY

Helio Humberto Angotti Carrara; Geraldo Duarte

Docentes do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
CORRESPONDÊNCIA: Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Campus Universitário - CEP: 14.048-900 - Ribeirão Preto - SP - FONE: (016) 633-0216 - FAX: (016) 633-0946.

CARRARA HH A & DUARTE G. Semiologia obstétrica. *Medicina, Ribeirão Preto*, 29: 88-103, jan./mar. 1996.

RESUMO: O objetivo deste trabalho é facilitar ao aluno o melhor entendimento das alterações e adaptações fisiológicas do organismo materno determinadas pela gravidez, bem como o conhecimento e aprendizado da mecânica do parto.

UNITERMOS: Obstetrícia. Gravidez. Anamnese.

INTRODUÇÃO

Durante a gestação o organismo materno sofre modificações e adaptações com objetivo de favorecer o período gestatório e a resolução da gravidez e para melhor entendimento dos eventos que levam ao término da gravidez, as inter-relações entre o feto, o útero e a bacia materna são abordados.

1. MODIFICAÇÕES E ADAPTAÇÕES DO ORGANISMO MATERNO DECORRENTES DA GRAVIDEZ

As modificações e adaptações do organismo materno decorrentes da gravidez, são dois processos dinâmicos, inter-relacionados e interdependentes. Por exemplo, a presença do feto, da placenta e do líquido amniótico, aumentando, gradativamente, suas dimensões e volumes que requerem aumento abdominal para perfeita acomodação dessas novas estruturas e fluídos, caracterizando adaptação do organismo materno à gravidez. Por sua vez, o aparecimento da linha “nigrans” e das estrias, são modificações decorrentes da gestação.

Todas as alterações observadas no organismo materno, durante a gestação se fundamentam em: **a)** alterações hormonais; **b)** alterações enzimáticas; **c)** presença do feto; e **d)** do aumento do volume uterino. Dentre as alterações hormonais, deve ser lembrado que

a gravidez representa um pan-hiperendocrinismo, observando-se aumento de todos os hormônios. Além deste fato surgem outros, dentre eles, a gonadotrofina coriônica e o lactogênio placentário. Das alterações enzimáticas, principalmente as placentárias, lembrar a diamino-oxidase e a ocitocinase. As alterações decorrentes da presença fetal não são apenas volumétricas (óbvias), mas também como unidade metabólica, buscando nutrientes energéticos, plásticos e oligoelementos dos depósitos maternos, não considerando se há ou não sua reposição. Talvez, as alterações maternas mais evidentes sejam aquelas decorrentes do aumento uterino, destacando-se o aumento abdominal, as estrias e adaptação de coluna vertebral.

Deve-se analisar a gestação como uma prova de aptidão física para o organismo feminino, visto que a maioria de seus sistemas e aparelhos apresentam incremento de suas atividades. Ressalta-se o valor da anamnese acurada, tentando buscar indícios de quadros patológicos latentes, entre eles as cardiopatias e endocrinopatias.

1.1. Sistema tegumentar

As modificações gravídicas do sistema tegumentar são diversas e decorrem da associação de vários fatores. O aparecimento de cloasma e da linha “nigrans” é resposta ao aumento da melatonina, cuja secreção é estimulada pelo aumento da progesterona.

Observa-se hipertricose, manifestação da vasogênese induzida pelo estrógeno na periferia do bulbo foliolar e da vasodilatação promovida pela progesterona. Fenômeno curioso ocorre com as unhas que crescem mais, também em decorrência do aumento da nutrição na matriz ungueal.

A microvascularização periférica é responsável pela eritema palmar e de “spiders”. São alterações orgânicas decorrentes de ação estrogênica (vasogênica) e progesterônica (vasodilatadora). A função biológica desta alteração é facilitar a perda periférica de calor, visto que o metabolismo basal da grávida é mais elevado.

Fazendo analogia com a hiperfunção das supra-renais, durante a gravidez, observa-se também aumento do cortisol, que junto com a distensão abdominal e mamária, pode responder pelo aparecimento de estrias nestas regiões. O acúmulo de tecido adiposo no abdome, mamas e região lateral das coxas contribuem para o aparecimento de estrias.

1.2. Aparelho Digestivo

Durante a gestação, tanto a fome como o apetite estão exarcebados. É comum a aversão a alimentos gordurosos e pode surgir a malícia (desejo de comer substâncias não convencionais como terra, giz ou arroz cru). O desejo de ingerir alimentos específicos, também, pode surgir na fase inicial da gestação (desejos), sendo justificado pela presença de gonadotrofina coriônica e alterações emocionais, algumas relacionadas à carência afetiva. No entanto, a gênese dessas alterações ainda não está totalmente esclarecida. A presença de gonadotrofina coriônica, também, é importante na etiologia dos vômitos do início da gestações.

O pH mais baixo da saliva no período gestacional, aliado à deficiência dos hábitos higiênicos de cavidade bucal são responsáveis pelas cáries que surgem neste período (não é a gestação que aumenta o número de cáries). As gengivas sofrem, por ação do estrógeno e da progesterona, hipertrofia notável, fator que limita a higienização da cavidade oral, tanto por cobrir parte dos dentes como pelo sangramento gengival.

Considerando que a progesterona tem efeito relaxante sobre a musculatura lisa, compreende-se a insuficiência relativa do cárdia, predispondo a regurgitações e até esofagite de refluxo. No estômago, observa-se declínio da produção de radicais ácidos e aumento de radicais básicos e do muco protetor. Como a vesícula biliar (musculatura lisa) tem sua atividade diminuída, a resposta aos estímulos para contrair e enviar a bile até o duodeno está comprometida. Isto explica as constantes queixas de plenitude e o tempo de esvaziamento gástrico aumentado.

No mesmo raciocínio, os intestinos sob ação da progesterona, estão com atividades reduzidas predispondo à obstipação e ao aparecimento de hemorróidas.

1.3. Aparelho Cárdio-Circulatório

O incremento do volume circulante durante a gravidez (40%) faz com que o rendimento cardíaco aumente em igual proporção. Para atender a essa demanda, o coração se adapta hipertrofiando concentricamente todas as suas câmaras. Topograficamente, o coração desvia-se para frente e para a esquerda, alterando seu eixo elétrico, conseqüentemente o eletrocardiograma. Por este motivo, é necessário informar à pessoa que está analisando o eletrocardiograma que a paciente está grávida.

Devido à ação angiogênica do estrógeno e vasodilatadora da progesterona, a pressão arterial tende a cair durante a gestação, juntando-se a estes fatores a interposição placentária à circulação arterial e venosa contribui para redução, dos níveis tensionais. Sobre a pressão venosa, sabe-se que a mesma não se altera com a gestação. Aferições detectando seu aumento nos membros inferiores decorrem não de adaptação gravídica, mas da compressão uterina sobre as veias ilíacas e cava inferior, prejudicando o retorno venoso. Com as pacientes, em decúbito lateral esquerdo, estas alterações desaparecem.

O aumento do volume circulante se fez mais às custas de parte líquida. Os elementos figurados do sangue também aumentam, mas em percentual menor, levando a uma hemodiluição, traduzida freqüentemente por queda dos níveis de hemoglobina e aparecimento de sopro sistólico, considerado normal neste período. Do ponto de vista absoluto, existe também aumento das proteínas circulantes, mas ao se avaliar em termos relativos, considerando a hemodiluição, estas estão diminuídas.

Apesar da viscosidade sanguínea estar reduzida, a coagulação da grávida está exacerbada. Isto ocorre porque a fibrinólise está inibida e existe aumento nítido de, praticamente, todos os elementos da coagulação.

Todas as modificações/adaptações observadas no aparelho cardíaco-circulatório visam a reserva sanguínea para o momento do parto e defesa contra hemorragias que podem ser catastróficas em partos sem assistência.

1.4. Aparelho respiratório

Com o evoluir da gestação, o útero cresce rechaçando alças intestinais, estômago e fígado contra o diafragma, reduzindo o tamanho do pulmão no sentido céfalo-caudal. Como mecanismo de com-

pensação parcial, o tórax aumenta seus diâmetros látero-lateral e ântero-posterior, mas o volume pulmonar global acaba reduzido no final da gestação. Esta restrição é compensada por ação da progesterona, nos centros respiratórios, elevando a frequência do ritmo da respiração. O volume minuto passa de 7 para 10 litros e o pCO₂ de 40 para 30mmHg. Essas alterações contribuem, significativamente, para o incremento das trocas gasosas a nível placentário.

1.5. Sistema Urinário

Em decorrência do aumento do volume circulante, praticamente todos os índices de fluxo e função renal estão aumentados durante a gravidez. A exacerbação do sistema renina-angiotensina é compensado pelos efeitos de progesterona. É notável a retenção de sódio e água, possibilitando arredondamento das formas corporais da grávida e hidratação adequada dos ligamentos de cintura pélvica (facilita o deslizamento articular no momento do parto).

Desde que o sistema coletor intra e extra-renal de urina tem suas paredes compostas de musculatura lisa (ação progesterônica), entende-se a hipotonia desses elementos predispondo cálculos e infecções urinárias. A compressão vesical e redução de sua capacidade são comuns neste período.

Deve-se fazer diagnóstico diferencial entre a poliúria fisiológica da gravidez com aquela verificada na vigência de um processo infeccioso de vias urinárias.

1.6. Sistema Ósteo-Articular

O equilíbrio entre a secreção de paratormônio e calcitonina se fez em nível mais elevado durante a gravidez. O que se observa, em decorrência deste fato, é um “turnover” mais acelerado da incorporação e reabsorção deste íon durante a gravidez.

Com a reabsorção de sódio e água, os ligamentos e cartilagem de interposição óssea, também, participam desse processo. Se por um lado, a maior elasticidade dos ligamentos pélvicos é desejável no momento do parto, nas articulações dos membros inferiores predispoem a entorses, luxações e até fraturas ósseas.

O aumento do volume abdominal desviando o centro de gravidade de gestante para a frente tem que ser compensado, possibilitando assim, a posição ereta. O principal mecanismo de compensação é a lordose acentuada na postura de grávida, acompanhada de aumento de base (pés afastados). O andar de gestante é peculiar, chamado por alguns de “marcha anserina”.

1.7. Sistema Nervoso Central - Psíquicas

Dentre as alterações/adaptações do sistema nervoso central à gravidez a mais freqüente é a sonolência.

Pouco se conhece sobre a causa de sonolência e das modificações psíquicas, durante a gravidez, evocando-se o aumento hormonal como responsável por essas alterações. Aventa-se que a alcalose provocada pela hiperventilação poderia, também, estar implicada neste conjunto de mudanças.

Dentre as modificações psíquicas devem ser referidas o alentecimento psicomotor, a labilidade emocional e a insegurança. Estes aspectos devem ser compreendidos de forma holística pelo pré-natalista, pessoa na qual a paciente projeta toda sua necessidade de apoio.

1.8. Sistema Olfativo

A retenção hídrica, a vasogênese e a vasodilatação do período gestacional, podem levar a algumas situações curiosas. Nos casos mais leves de retenção, observa-se rinite vasomotora (extremamente freqüente), com graus variados de obstrução nasal. Se o edema entre as células responsáveis pelo olfato é acentuado, predispoem à parosmia. Nos quadros mais graves, pode ser observado até anosmia. Felizmente, estas alterações regredem no puerpério, retornando à normalidade.

1.9. Sistema Endócrino

Pode-se considerar o período gestacional como de pan-hiperendocrinismo, com o sistema endócrino funcionando com todas as suas reservas. Sobressaem o pâncreas, hipófise, tireóide, paratireóide e adrenais. Existe uma maior exigência metabólica, em troca do aumento do fluxo sanguíneo, a estas glândulas. Durante a gestação surge, temporariamente, um novo órgão no organismo materno, a placenta. Reconhece-se, na placenta, funções glandulares específicas, produzindo uma infinidade de hormônios, notadamente o hormônio lactogênese placentário e a gonadotrofina coriônica.

1.10. Metabolismo

Sabe-se que o catabolismo, durante a gravidez, é elevado, mas o anabolismo se sobrepõe. Por isto, na maioria dos casos, observa-se a formação de depósitos protéicos, lipídicos e de glicídeos.

1.11. Mamas

Em decorrência de ação estrogênica, progesterônica e da prolactina, entre outros fatores, observa-se aumento do volume mamário e de sua rede arterial e venosa, tornando-se visível a ectoscopia. Na pele, acentua a coloração da aréola primária e surge a aréola secundária, de limites imprecisos. Na região aréolo-mamilar, surgem os tubérculos de Montgomery, emergência de glândulas sebáceas. O surgimento do colostro ocorre mais no final de gestação. Sob estímulo e

expressão pode ser observado secreção hialina mamilar a partir do 2º trimestre da gestação.

1.12. Útero

Durante a gestação, observa-se hipertrofia e hiperplasia das fibras miométriais resultando em aumento uterino. Este crescimento aliando os dois processos, possibilita o desenvolvimento de gestação e, ao mesmo tempo, permite ao útero condições que proporcionem satisfatória força motriz no momento do parto. O aumento do volume uterino, talvez seja a alteração mais notável neste órgão, durante o período gestacional.

A consistência uterina diminuída, desde o início da gestação (mais acentuada ao nível do istmo), permite inferir o diagnóstico de gestação. No local de implantação da placenta o útero se desenvolve diferentemente, provocando assimetria do órgão.

Com o desenvolvimento fetal, o útero passa a ocupar os fundos de saco vaginal posterior, constituindo-se num dos sinais indiretos de gravidez.

A formação das decíduas é um processo que ocorre na camada superficial do endométrio, protegendo o ovo após sua nidação. Sobre o ovo nidado, forma-se a decídua reflexa. Abaixo, tem-se a decídua basal. No restante de cavidade uterina, observa-se a decídua parietal. Até a 14ª semana de gestação a decídua reflexa, ainda, não se acolou à parietal na parede uterina oposta à nidação, permitindo teoricamente a ascensão do espermatozóide, possibilitando a ocorrência de multifetação. Após este período, com a fusão das decíduas parietal e reflexa o útero não é mais pérvio.

O colo uterino passa de coloração rósea (não gravídica) para vinhosa, fato que permite inferir o diagnóstico precoce de gestação.

1.13. Vagina

Chama atenção a coloração vinhosa da vagina no período gestacional perdendo aquela tonalidade rósea característica do período não gravídico. A superfície brilhante com diminuição de rugosidade informa sobre o edema que, fisiologicamente, ocorre neste sítio.

Dentro do processo global de armazenamento e reserva de glicídios, a parede vaginal aumenta seus depósitos de glicogênio, substrato para os bacilos de *Dodërlein*. Esses bacilos quebram o glicogênio metabolizando-o até ácido láctico, mantendo o pH do meio vaginal dentro de limites ideais para a manutenção da microflora habitual e normal deste local. Com o aumento desses bacilos, aumenta o teor de ácido láctico vaginal, diminuindo o pH e predispondo a infecção vaginal por fungos, bastante freqüente na vigência de pH vaginal mais baixo que o normal.

1.14. Vulva

Como ocorre em todas as linhas de fechamento do organismo no esqueleto axial, a coloração acentuada durante a gravidez. A vagina adquire coloração acastanhada, acompanhada de aumento do volume decorrente do edema observado nessa região. Esse edema teria a função de coxim, evitando danos tissulares de maior gravidade no momento do parto.

2. PROPEDEÚTICA OBSTÉTRICA

2.1. Anamnese e exame físico

Na propeudêutica obstétrica a seqüência da anamnese deve ser a mesma empregada na prope-dêutica ginecológica (já referida). Serão assinalados aqui apenas aspectos relevantes e inerentes à prope-dêutica obstétrica.

O **atendimento pré-natal**, talvez, seja um dos momentos em que o médico perceba uma maior carga emocional decorrente da projeção que a paciente faz de sua própria insegurança. Apoiando-a o profissional se sente recompensado por exercer este outro lado da medicina, o **holístico**.

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizado anamnese criteriosa, buscando informações que possam subsidiar a predição de possíveis alterações na presente gravidez. Considera-se **cor, idade, profissão, passado mórbido familiar e pessoal**. Algumas doenças familiares como **diabetes e hipertensão arterial** apresentam **inferências genéticas familiares** e devem ser consideradas. Dentre os antepassados mórbidos de realce, deve-se estimular a lembrança da paciente até a infância, evocando, se necessário, até informações dos familiares a respeito. Dentre as viroses da infância que são importantes, devem ser lembradas a **rubéola, caxumba, sarampo e varicela**. Das doenças da vida adulta, todas apresentam importância, devendo ser anotadas.

Os hábitos da paciente, entre eles o **tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas** são importantes, devendo criar-se empatia para obter essas informações com fidelidade. Sem criar um ambiente emocional adequado, esses hábitos/costumes, geralmente, são omitidos pelas pacientes.

Inquirir e anotar a data, da última menstruação é passo fundamental. Quando não houver segurança a respeito dessa data é importante confirmar a idade gestacional, através da ecografia o mais precocemente possível.

As informações sobre o funcionamento dos diversos sistemas e aparelhos vão fornecer subsídios básicos para eventuais correções e tratamentos no futuro.

No exame físico geral, a pesquisa de edema, **varizes, icterícia, hidratação, coloração de mucosas, peso e altura** são fundamentais e servirão de base para o seguimento futuro.

Dentre os sistemas/aparelhos avaliados no exame físico especial destacamos: **cardio-circulatório, respiratório, digestivo e endócrino**. No exame obstétrico, é necessário aferir altura uterina e circunferência abdominal. Na avaliação dos genitais externos, não há diferença da avaliação ginecológica. No exame especular vaginal, observa-se se há lesões **vaginais e cervicais, ectopia periorificial** e características do **conteúdo vaginal**. O **exame das mamas** e o **toque vaginal** completam a semiologia obstétrica.

Os **retornos de uma paciente** em consulta de pré-natal considerado normal devem ser mensais até a 34ª semana, passando a quinzenais até a 38ª semana. A partir daí devem ser semanais, não devendo a gestação ultrapassar a **42ª semana de duração**.

No retorno deve ser avaliado o aspecto nutricional da gestante, através do ganho ponderal e das características da dieta (informações da paciente). O ganho ponderal não deve exceder 500g em 1 semana. Deve ser dito à paciente que quanto mais peso ela ganhar, mais difícil será perdê-lo no puerpério. A pressão arterial deve ser aferida e anotada, assim como a coloração das mucosas e o estado da hidratação.

As queixas atuais da paciente devem ser valorizadas no contexto global do atendimento, buscando aclará-las, através do exame físico e, se necessário, exames laboratoriais.

No exame físico especial, avaliam-se altura uterina, circunferência abdominal e, se necessário, repetir exame vaginal.

Complementação com ácido fólico teria utilidade fundamental no período pós-concepcional imediato, visando reduzir o número de máis-formações do sistema nervoso central fetal. Durante a gravidez, a suplementação com sulfato ferroso é fundamental para nossa população.

Os cuidados com cremes hidratantes fazendo massagem nas áreas mais prováveis para aparecimento de estrias devam ser lembradas a cada retorno, assim como a utilização de cremes fotoprotetores. O uso de meias elásticas têm indicação na profilaxia das varizes. Utilização de roupas leves e confortáveis permitem aeração dos genitais, evitando infecções vaginais.

2.2. Exames subsidiários

A **rotina laboratorial básica** inclui a colheita de **citologia vaginal e ectocervical, hemograma, tipo e Rh, urina tipo I, alfafetoproteína, parasitológico**

de fezes, glicemia de jejum, HBsAg e VDRL (trimestralmente). A solicitação de **sorologia anti HIV-1** deve ser precedida de anuência de pacientes para o exame. Havendo condições, as **reações para toxoplasmose e rubéola** devem ser solicitadas.

Recomenda-se pelo menos dois **exames ecográficos**, durante a gestação. O primeiro, o mais precoce possível e o segundo, no final do 2º trimestre até a 30ª semana.

Outros exames laboratoriais mais específicos devem ser solicitados, apenas se necessário. Como exemplos, para **hepatopatas: função hepática; nefropatas: função renal; cardiopatas: eletrocardiograma e ecocardiografia, etc.**

2.3. A bacia, o feto e as relações útero-fetais

Para que se possa entender como ocorre o parto, é necessário conhecer o que é canal de parturição ou trajeto, que estende-se do útero à fenda vulvar. O trajeto é composto pelo trajeto duro (bacia óssea) e trajeto mole (segmento inferior do útero, cérvix, vagina e região vulvoperineal).

TRAJETO DURO: A pelve compõe-se dos ossos ilíacos ântero-lateralmente, do sacro e coccige posteriormente. Os ossos se unem em quatro articulações, quais sejam: sacroilíaca bilateralmente, sínfise púbica anteriormente e a sacrococígea posteriormente. Estas articulações sofrem fenômeno de embebição gravídica que permite aos ossos da bacia, sobretudo ao sacro, movimentos diversos (nutação ou contranutação), que permite ampliação dos diâmetros da pelve e com isto favorece a migração das apresentações fetais. A pelve divide-se em **grande bacia e pequena bacia**.

GRANDE BACIA: Tem pequena importância em obstetrícia. É limitada lateralmente pelas fossas ilíacas, posteriormente pela coluna vertebral e anteriormente, pelos músculos retos abdominais. Sua forma e dimensão podem dar noções da forma e dimensão da pequena bacia ou pelve verdadeira.

PEQUENA BACIA: É, também, chamada de pelve verdadeira, escavação pélvica ou simplesmente escavação. É limitada, cranialmente, pelo estreito superior e, caudalmente, pelo estreito inferior. O **estrito superior** é delimitado pelo promontório, pela borda anterior da asa do sacro, pela articulação sacroilíaca, linha nominada, eminência iliopectínea, borda superior do corpo do pube e pela sínfise púbica. O **estrito médio** é constituído por quatro paredes. A parede anterior, compõe-se da face posterior do corpo do pube e do seu ramo horizontal, pela face interna do forame obturado, face interna do ramo isquiopúbico e parte

da tuberosidade isquiática. O **estreito inferior** é composto pela borda inferior dos dois pubes (revestidos pelo ligamento arqueado), ramos isquiopúbicos, tuberosidades isquiáticas, borda medial dos ligamentos sacrociáticos e extremidade do cóccige.

DIMENSÕES: Cada estreito apresenta diferentes dimensões, de acordo com o diâmetro considerado. No estreito superior, o diâmetro traçado do promontório à borda superior da sínfese púbica recebe o nome de *conjugata vera anatômica*, e deve medir 11 cm. Do promontório à face posterior do pube, traça-se a *conjugata vera obstétrica*, que deve medir 10,5 cm. Do promontório à borda inferior do pube, a *conjugata diagonalis*, medindo 12 cm. Da borda inferior do pube à extremidade do cóccige, tem-se a *conjugata exitus*, que pode medir 9,5 cm ou 11 cm, após a retro-pulsão do cóccige (Figura 1). Os maiores diâmetros do **estreito superior** são o transversal com 13 cm, o oblíquo com 12 cm e ântero-posterior com 11 cm. O **estreito médio** apresenta um plano de maiores diâmetros cujas medidas são de 12,5 cm tanto transversal quanto ântero-posterior, e um plano de menores dimensões que passa ao nível das espinhas ciáticas medindo, transversalmente, 10,5 cm e ântero-poste-

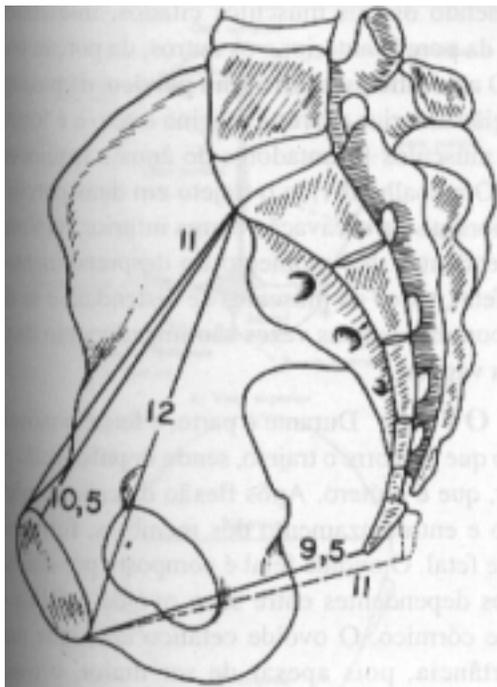


Figura 1 - Dimensões da pequena bacia (corte sagital):
a) c. vera anatômica=11 cm; **b)** c. vera obstétrica=10,5 cm;
c) c. diagonalis=12cm; **d)** c. exitus=9,5 ou 11 cm

riormente, 12 cm (Figura 2). O **estreito inferior** tem diâmetro transversal que mede 11 cm e o diâmetro ântero-posterior mede 9,5 cm, e 11 cm, após a retro-pulsão do cóccige (Figura 3).

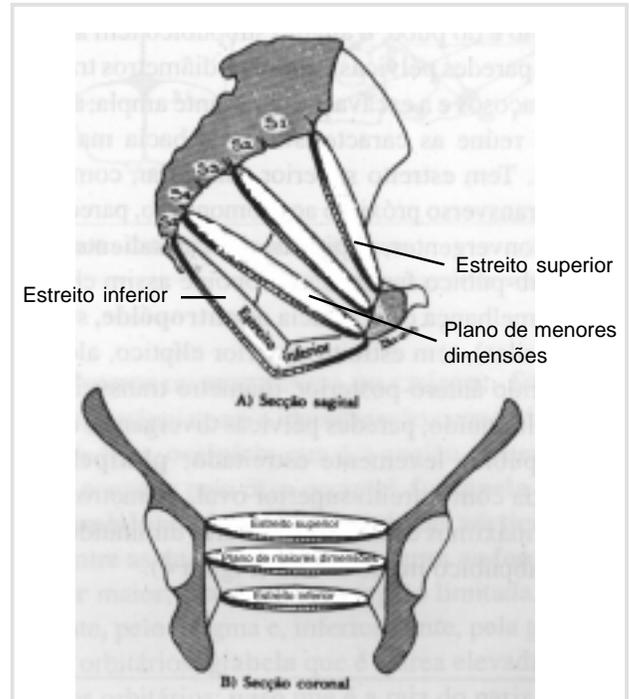


Figura 2 - Planos pélvicos de importância obstétrica

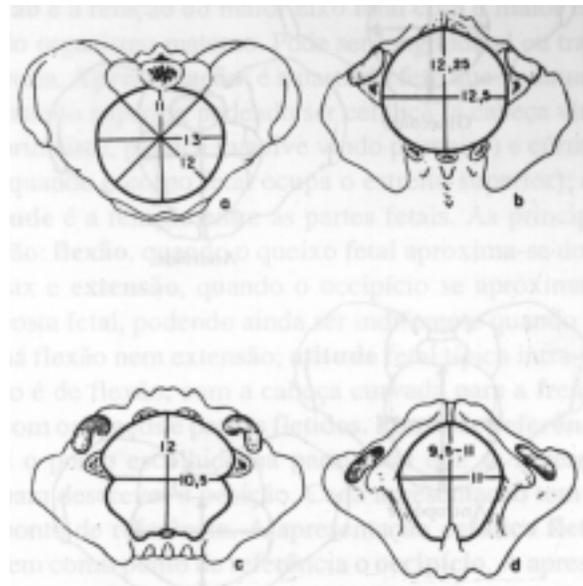


Figura 3 - Diâmetros pélvicos: **a)** estreito superior. **b)** estreito médio (maiores diâmetros). **c)** estreito médio (menores diâmetros, visto de baixo). **d)** estreito inferior (visto de baixo).

MORFOLOGIA: A bacia pode apresentar diferentes formas. São quatro os tipos fundamentais **ginecóide**, que corresponde à bacia feminina normal, também denominada pelve típica. Tem estreito superior arredondado, diâmetro transversal equidistante do promontório e do pube, o ângulo subpúbico tem abertura média, paredes pélvicas paralelas, diâmetros transversos espaçosos e a escavação é bastante ampla; **andróide** que reúne as características da bacia masculina normal. Tem estreito superior triangular, com o diâmetro transversal próximo ao promontório, paredes pélvicas convergentes, espinhas ciáticas salientes e ângulo subpúbico fechado; antropóide assim chamada pela semelhança com a bacia da **antropóide**, superiores (gorilas), tem estreito superior elíptico, alongado no sentido ântero-posterior, diâmetro transversal máximo diminuído, paredes pélvicas divergentes e ângulo subpúbico levemente estreitado; **platipélóide** é achatada com estreito superior oval, diâmetros transversos máximos e ântero-posteriores diminuídos e ângulo subpúbico muito aberto (Figura 4).

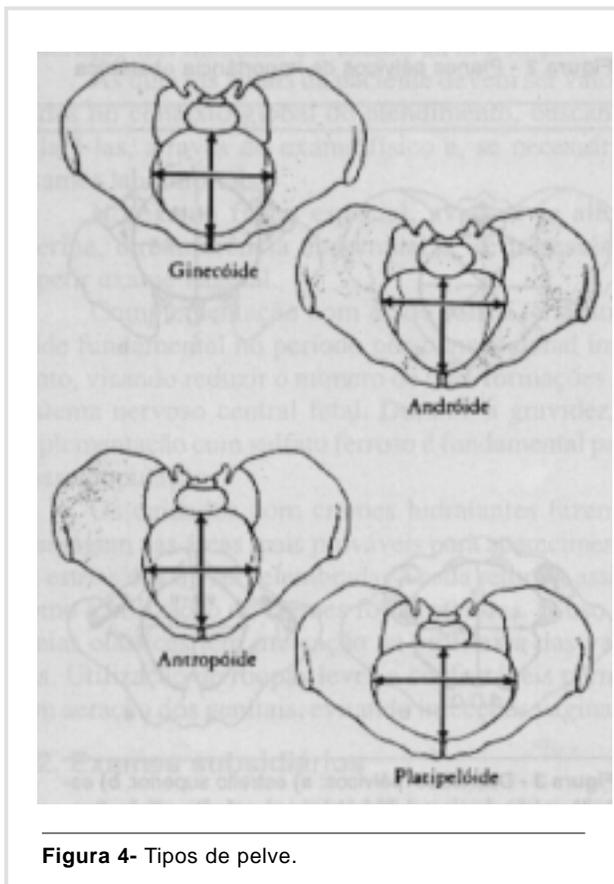


Figura 4- Tipos de pelve.

TRAJETO MOLE: É constituído pelo segmento inferior do útero, pela cérvix, pela vagina e região vulvoperineal. O **segmento inferior** do corpo uterino, tem como limite inferior o orifício interno do colo uterino e superiormente, a união do peritônio à face uterina, a artéria coronária (ramo transversal da artéria uterina) e pela região onde os ligamentos redondos refletem-se. Durante o trabalho de parto, o feto é forçado a distender o segmento, que aos poucos assimila a cérvix, ampliando o trajeto. A **cérvix** é delimitada pelos orifícios interno e externo e, durante o período gestacional, apresenta grandes alterações morfológicas. Durante o trabalho de parto, sofre os fenômenos de apagamento ou esvaecimento e dilatação, modificações que irão permitir a ampliação do canal do parto. A **vagina** é um conduto cilíndrico, musculomembranoso que se estende do útero à vulva. Suas paredes, devido à embebição gravídica, apresentam grande elasticidade, que permitem a passagem do feto sem sofrer lacerações importantes. A região vulvoperineal é constituída pela vulva e pelo períneo. O **períneo** é constituído por seis músculos que são o isquiocavernoso, bulbo cavernoso, transversal superficial do períneo, o esfíncter do ânus, levantador do ânus e o isquiococcígeo. Há quem divida o períneo em anterior e posterior, sendo os três músculos citados, inicialmente, como da porção anterior e os outros, da porção posterior. O **assoalho ou diafragma pélvico**, dá passagem na região anterior, à uretra, vagina e reto e é formado pelos músculos levantadores do ânus e isquiococcígeos. O assoalho divide o trajeto em duas porções: a superior que é a escavação e uma inferior, totalmente independentes. No momento do desprendimento do polo fetal, todos os músculos se distendem e se dilatam, portanto poucas vezes são impedimento de parto, via vaginal.

O FETO: Durante o parto, o feto é o móvel ou objeto que percorre o trajeto, sendo impulsionado pelo motor, que é o útero. Após flexão da cabeça sobre o tronco e entrecruzamento dos membros, forma-se o ovóide fetal. O ovóide fetal é composto por dois segmentos dependentes entre si: o ovóide cefálico e o ovóide córmico. O ovóide cefálico apresenta maior importância, pois apesar de ser maior, o ovóide córmico tem seus diâmetros facilmente redutíveis. A cabeça fetal é constituída por **crânio** e **face**, sendo o crânio, realmente, importante em obstetrícia. O crânio é formado por dois ossos frontais, dois parietais, um

occipital, um esfenóide e um etmóide. Estes ossos são separados por tecidos membranosos que permitem o seu acalvagamento e amoldamento. Estes tecidos são chamados de **suturas** e **fontanelas**. As suturas mais importantes são: sutura **sagital** entre os parietais; sutura **metópica** interfrontal, sutura **coronária**, entre os ossos frontais e parietais, sutura **lambdóide**, entre o occipital e parietais, sutura **temporal**, entre os parietais e os temporais. As fontanelas são áreas membranosas no ponto de convergência de três ou mais ossos. As principais são: **fontanela bregmática** ou grande fontanela que têm conformação losangular, ladeada pelos frontais e parietais. É o principal ponto de referência para o diagnóstico de variedade posição; **fontanela lambdóide** ou pequena fontanela, é limitada pelo occipital e parietais; fontanelas ptéricas ou ptérios (uma de cada lado) e fontanelas astéricas ou astérios, também em número de duas e são desprovidas de importância obstétrica (Figura 5). Os diâmetros do crânio fetal são: occiptofrontal com 12 cm, occiptomentoniano com 13,5 cm, subocciptobregmático com 9,5 cm, subocciptofrontal, com 11 cm, submentobregmático, com 9,5 cm, biparietal, com 9,5 cm e bitemporal, com 8 cm (Figura 6).

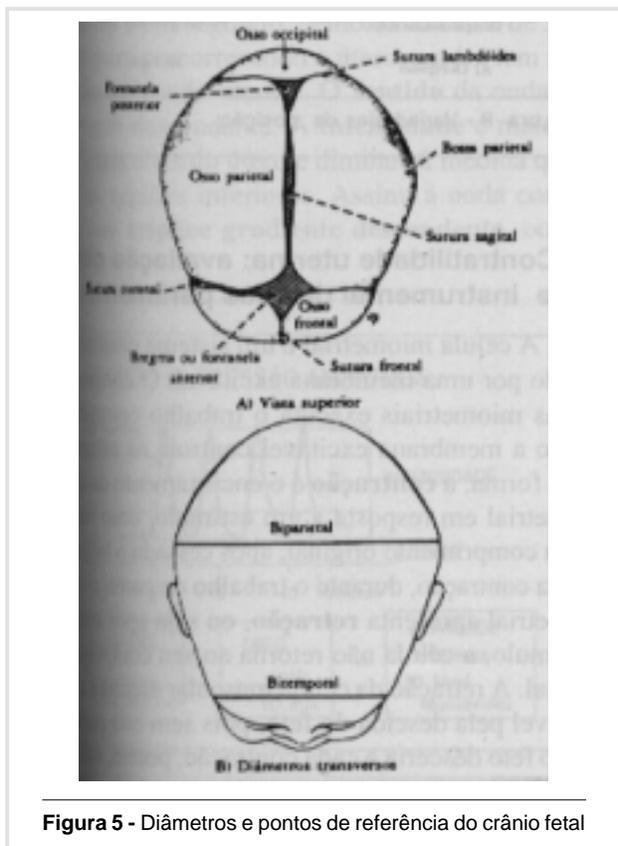


Figura 5 - Diâmetros e pontos de referência do crânio fetal

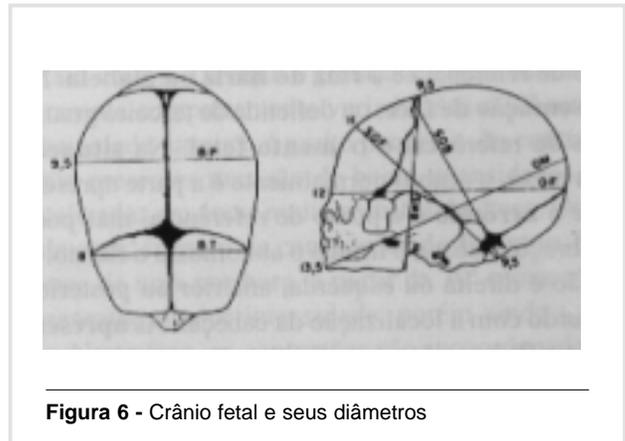
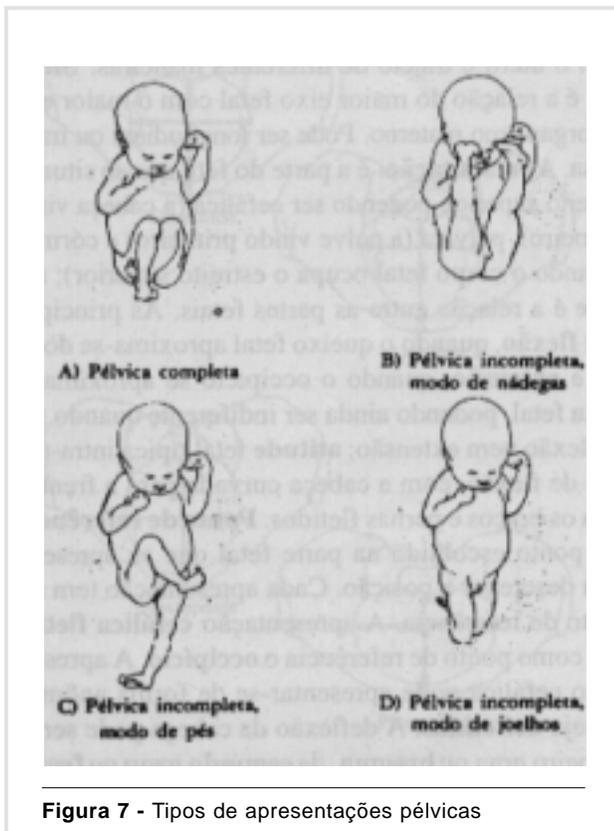


Figura 6 - Crânio fetal e seus diâmetros

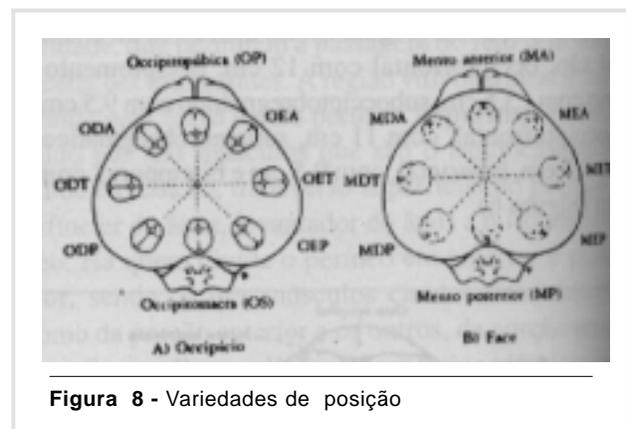
PONTOS DE REFERÊNCIA DO CRÂNIO: São pontos de importância para a identificação correta da apresentação. São: **occipício** que é a região posterior da cabeça, ocupada pelo osso occipital; **fontanela posterior, (lambda)** ou fontanela lambdóide; **vértice** que é a área entre as duas fontanelas; **bregma** ou **fontanela anterior maior**; **fronete** que é a região limitada, superiormente, pelo bregma e, inferiormente, pela glabella e sulcos orbitários; **glabella** que é a área elevada entre os sulcos orbitários; **naso** que é a raiz do nariz.

RELAÇÕES ÚTERO-FETAIS: O feto se relaciona com o útero e trajeto de diferentes maneiras. **Situação** é a relação do maior eixo fetal com o maior eixo do organismo materno. Pode ser longitudinal ou transversa. **Apresentação:** é a parte do feto que se situa no estreito superior, podendo ser cefálica (a cabeça vindo primeiro), pélvica (a pelve vindo primeiro) e córmica (quando o corpo fetal ocupa o estreito superior); **atitude** é a relação entre as partes fetais. As principais são: **flexão**, quando o queixo fetal aproxima-se do tórax e **extensão**, quando o occipício se aproxima da costa fetal, podendo ainda ser indiferente quando não há flexão nem extensão; **atitude fetal típica intra-útero** é de flexão, com a cabeça curvada para a frente e com os braços e pernas fletidos. **Ponto de referência:** é o ponto escolhido na parte fetal que se apresenta para descrever a posição. Cada apresentação tem seu ponto de referência. A apresentação **cefálica fletida** tem como ponto de referência o **occipício**. A apresentação cefálica pode apresentar-se de forma anômala ou seja **defletidas**. A deflexão da cabeça pode ser de primeiro grau ou **bregma**, de **segundo grau** ou **fronete** ou ainda de **terceiro grau** ou **face**. Na **apresentação bregmática**, ou defletida de primeiro grau, o ponto

de referência é a porção anterior do **bregma**. Na **apresentação de frente**, ou defletida de segundo grau, o ponto de referência é a **raiz do nariz ou glabella**. Na **apresentação de face**, ou defletida de terceiro grau, o ponto de referência é o **mento fetal**. Na **situação transversa**, o ombro normalmente é a parte apresentada e o **acrômio** é o ponto de referência, mas pode ser o braço, a costa, o tronco o abdome ou o flanco. A posição é direita ou esquerda, anterior ou posterior, de acordo com a localização da cabeça. As **apresentações pélvicas** são classificadas de acordo com as atitudes dos quadris e dos joelhos do feto. É **pélvica completa** quando apresenta as nádegas estando o quadril e os joelhos fletidos. É **pélvica incompleta, modo de nádegas**, quando há flexão do quadril e extensão dos joelhos. Quando há extensão do quadril e extensão dos joelhos, tem-se a apresentação **pélvica incompleta com procidência de pé**. É simples se só um pé se apresenta, ou dupla, quando os dois pés se apresentam. Quando há extensão do quadril e flexão dos joelhos, a apresentação é dita **pélvica incompleta, modo de joelhos**, e também pode ser simples, se só um joelho se apresenta, ou dupla se os dois joelhos se apresentam (Figura 7). Em todas as variações de apresen-



tação pélvica, o **ponto de referência é o sacro**. **Posição**: é a relação do ponto de referência com a pelve materna; podendo ser anterior, posterior ou lateral. A cintura pélvica representa uma circunferência de 360 graus e o ponto de referência pode ocupar qualquer parte dessa circunferência. Na prática, oito pontos são demarcados com intervalos de 45 graus entre si. A posição pode ser direita ou esquerda, anterior ou posterior, dependendo da localização do ponto de referência na pelve materna (Figura 8). A letra **O** é a abreviação de occipício, assim OP representa occipício-púbica, OEA representa occipício esquerda anterior, OET, occipício esquerda transversa e OEP occipício esquerda posterior. Do mesmo modo a glabella é representada por **G**, o mento, por **M** e o sacro por **S**.



1.4. Contratilidade uterina: avaliação clínica e instrumental de seus parâmetros

A célula miometrial é um sistema contrátil, revestido por uma membrana excitável. O conjunto de células miometriais executa o trabalho contrátil enquanto a membrana excitável controla os estímulos. Desta forma, a **contração** é o encurtamento da célula miometrial em resposta a um estímulo, com retorno ao seu comprimento original, após cessado o estímulo. A cada contração, durante o trabalho de parto, a célula miometrial apresenta **retração**, ou seja após cessado o estímulo, a célula não retorna ao seu comprimento original. A retração da célula muscular uterina é a responsável pela descida do feto, pois sem esta propriedade o feto desceria a cada contração, porém, voltaria à posição original quando cessasse a contração. A retração, é ainda, a principal responsável pelo controle da

hemorragia pós-parto. **Tono** é definido como a menor pressão intra-uterina registrada entre duas contrações. A **intensidade** ou **amplitude**, é o aumento da pressão intra-uterina provocada pela contração. É medida sempre a partir da linha de base ou tono, e os valores normais oscilam entre 30 e 50 mmHg. **Frequência** é definida como o número de contrações a cada 10 minutos. A **atividade uterina** é o produto da intensidade pela frequência, e é expressa em unidades Montevideu (UM) (Figura 9). A atividade uterina pode ser avaliada por vários métodos. O mais utilizado na prática clínica é a tocometria externa, onde através de aparelhos colocados sobre o abdome materno, afere-se a atividade uterina. Pode ser feita, ainda, por tocometria interna ou invasiva, como o registro da pressão amniótica, intramiometrial, placentária ou puerperal. Todos estes métodos necessitam da introdução de eletrodos no interior da cavidade amniótica, no miométrio ou na veia umbelical. Estes métodos tem apenas aplicações científicas, não sendo, hoje, utilizados na prática clínica. Pelos registros obtidos com o uso destes métodos, pode-se estudar a propagação da onda contrátil no útero grávido. A onda contrátil tem sua **origem** em dois marca-passos situados próximos às inserções tubárias, bilateralmente. Do marca-passos a onda se propaga ao resto do útero com velocidade aproximada de 2 cm/segundo, demorando cerca de 30 segundos para percorrer todo o útero, porém tem maior **duração** no fundo uterino. O **sentido** da onda deve ser sempre descendente. A **intensidade** é maior nas partes mais altas do útero e diminui à medida que alcança as regiões inferiores. Assim, a onda contrátil eficaz tem **tríplice gradiente descendente**, ou seja,

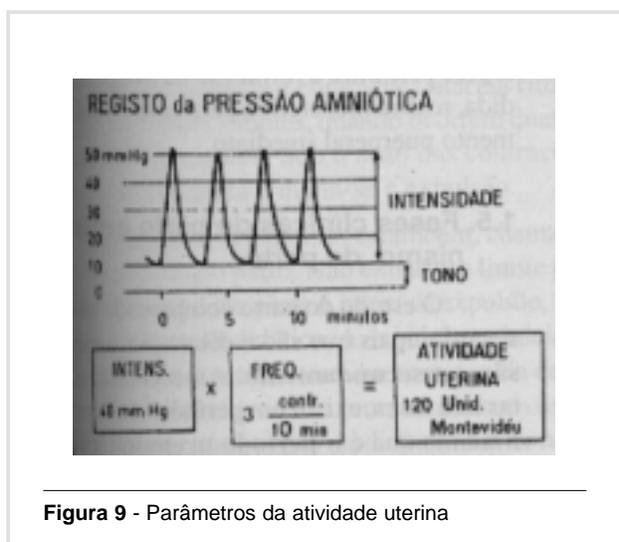


Figura 9 - Parâmetros da atividade uterina

tem propagação descendente, tem maior duração no fundo uterino e a intensidade diminui no sentido céfalo-caudal. Durante a gestação, a fibra miometrial apresenta comportamento variado. Até a 30ª semana, a atividade uterina é muito pequena. As contrações estão presentes mas são de baixa intensidade, e são localizadas em áreas muito restritas do útero. Ocasionalmente, surgem as **contrações de Braxton-Hicks** (cerca de uma por hora, a partir da 30ª semana), que apresentam maior intensidade, porém ainda indolores. Nesta fase, as contrações são incoordenadas, ou seja, o útero se contrai de forma desordenada. Nas últimas quatro semanas da gravidez (pré-parto), há um acréscimo acentuado das contrações de Braxton-Hicks, que apresentam, melhor coordenação e intensidade, além de se difundirem por área maior do útero. Neste período o tono pode se aproximar de 8 mmHg. No parto, a contração uterina se faz de forma mais intensa e coordenada, provocando dolorimento e a dilatação do colo uterino. Na fase inicial da dilatação, as contrações têm intensidade de 30 mmHg e frequência de 2 a 3 em 10 minutos. No final da dilatação, a intensidade alcança 40 mmHg e a frequência 4/10 minutos. No período expulsivo, a intensidade alcança 50 mmHg e a frequência 5/10 minutos. Nesta fase, surge o fenômeno dos **"puxos"**, que têm intensidade média de 50 mmHg, e somados à contração uterina, resultam numa pressão intra-uterina de 100 mmHg. Em partos normais, a atividade uterina tem valores entre 100 e 250 UM. Após o nascimento do concepto, o útero continua a apresentar contrações rítmicas e de grande intensidade. Após 3 ou 4 contrações, a placenta se descola e é expulsa. As contrações agora são indolores e este período é chamado de repouso fisiológico. No puerpério, a frequência diminui até atingir 1 a cada 10 minutos, cerca de 12 horas após o parto. Quando ocorre sucção do seio materno pelo recém-nato, pode haver aumento da atividade uterina (Figura 10).

CORRELAÇÃO CLÍNICA: A contração só é percebida à palpação abdominal, após sua intensidade ultrapassar 10 mmHg. Como o início e o fim da onda contrátil não podem ser palpados, a duração clínica é mais curta que a duração real, quando obtida por registro intra-amniótico. Quando o tono está acima de 30 mmHg, torna-se difícil palpar as contrações, e quando acima de 40 mmHg, não se consegue deprimir a parede uterina. Até 15 mmHg a contração é indolor, e a duração da dor é, em geral cerca de 60 segundos, menor portanto, que a duração real da contração (Figura 11).

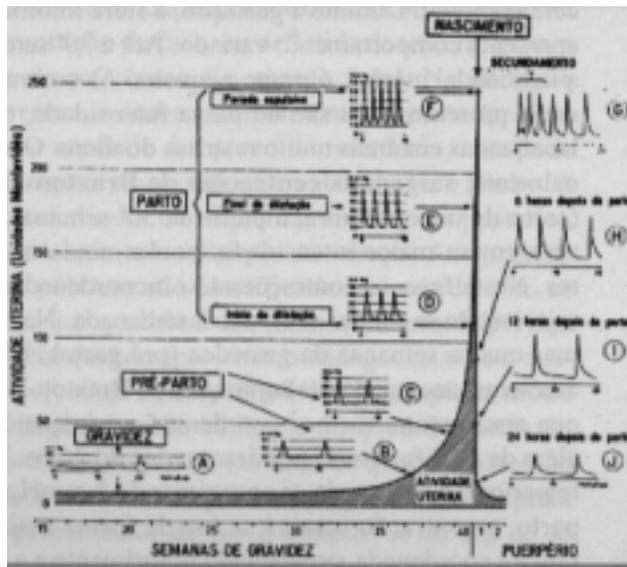


Figura 10 - Contratibilidade uterina durante a gestação e puerpério.

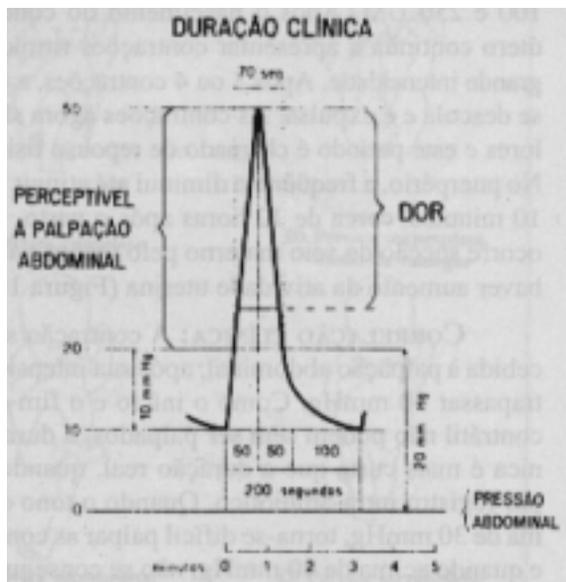


Figura 11 - Correlação clínica da contração uterina.

Funções da contração uterina:

- Manutenção da gravidez:** durante a gestação o útero não está inativo e a gravidez se mantém pelo bloqueio progesterônico. A progesterona diminui a sensibilidade da célula miométrial ao estímulo contrátil, bloqueando a condução elétrica de uma célula a outra. A progesterona, produzida no sítio placentário, alcança o miométrio e determina uma área inativa e uma área ativa (contrátil). O bloqueio progesterônico impede o descolamento placentário durante a gestação e a expulsão;
- Dilatação:** as contrações amadurecem o colo uterino no período de pré-parto. Durante o trabalho de parto, a dilatação cervical depende da contratilidade uterina propagada, coordenada e com tríplice gradiente descendente. A pressão exercida pela apresentação ou pelo cone formado pela bolsa das águas, representa o segundo fator de importância na dilatação do colo;
- Descida e expulsão fetal:** as contrações expulsam o feto através da pelve. Nesta fase, a contribuição mais importante é dada pelos “puxos” que ocorrem, simultaneamente, com as metrossístoles;
- Descolamento da placenta:** com a expulsão do feto ocorre grande retração do útero, que é a responsável pela desinserção placentária, e as contrações a expulsam para o canal do parto;
- Hemóstase puerperal:** a contração é a principal linha de defesa do útero para estancar a hemorragia do sítio placentário, observando-se que as fibras miométriais funcionam como verdadeiras pinças sobre os vasos que vão até o sítio de inserção placentária. Este pinçamento fisiológico permitirá a formação de trombos, medida, realmente, efetiva para coibir o sangramento puerperal imediato.

1.5. Fases clínicas do parto e mecanismo de parto

O estudo do parto compreende três fases principais que são a **dilatação**, a **expulsão** e o **secundamento**. Antecedendo a estas três fases, existe um período não bem delimitado que é o **período premunitório**. O período premunitório caracteriza-se pela descida do fundo do útero (2 a 4 cm), decorrentes da adaptação do polo fetal ao estreito

superior da bacia. Ocorre aumento de dores lombares, estiramento das articulações pélvicas, aumento das secreções glandulares cervicais com eliminação de muco, encurtamento do colo, contrações uterinas com menores intervalos e maior intensidade, que vão se tornando mais e mais frequentes até que se instala o trabalho de parto.

DILATAÇÃO: Também chamada de **1º período**, começa com as primeiras contrações dolorosas que modificam o colo, e terminam quando este encontra-se, totalmente, dilatado. O útero grávido apresenta contrações desde o início da gestação, porém somente a partir da 28ª-30ª semanas estas contrações começam a ser percebidas pela gestante. São as contrações de **Braxton-Hicks** e são indolores. À medida que a gestação evolui, estas contrações tornam-se mais frequentes e melhor coordenadas, ajudando o **amadurecimento** do colo uterino (período premunitório). Para ocorrer a dilatação o colo deve ter antes amadurecido. Alguns parâmetros caracterizam o **amadurecimento** do colo uterino: **amolecimento**, que aumenta no período de pré-parto; **orientação**, quando o colo alinha-se com o eixo longitudinal da vagina, **abaixamento**, pela dilatação do istmo uterino, **apagamento**, que é a incorporação do colo ao segmento. Ao redor da 40ª semana, a atividade uterina torna-se mais intensa e desencadeia-se o trabalho de parto. Não há limite preciso entre o término do período premunitório e o início do trabalho de parto. O diagnóstico de trabalho de parto nem sempre é fácil e há quem o considere como síndrome. Estabelece-se o trabalho de parto quando existe contrações uterinas ritmadas e que provoquem alterações progressivas no colo uterino. Em um conceito mais amplo, considera-se trabalho de parto quando os seguintes parâmetros estiverem presentes: apagamento do colo, dilatação cervical, formação das bolsas das águas, emissão de mucosidade e contrações uterina rítmicas, e em conceito mais simples, quando ocorrem duas contrações em 10 minutos. Sob a ação das contrações, a dilatação se completa e inicia-se a expulsão.

EXPULSÃO: A expulsão é, também, chamada de segundo período do parto. Não existe um limite preciso entre o fim da dilatação e o início da expulsão, sendo a divisão puramente didática. A expulsão se inicia com a dilatação total do colo e termina com a saída do conceito. Neste período, ocorre juntamente com as contrações uterinas, a contração do diafragma e da musculatura abdominal que comprimem o útero de cima para baixo e de diante para trás. Sob efeito das contrações, agora mais fortes e mais frequentes, o feto é propelido

através do colo totalmente dilatado, alcança a vagina e passa a distender o diafragma vulvoperineal. Ao comprimir as paredes vaginais, o reto e a bexiga, provoca o aparecimento de contração da musculatura abdominal (prensa abdominal), via arco reflexo, que são os **“puxos”**. Sob ação das metrossístoles e dos puxos, o período expulsivo é mais eficiente e à medida que a apresentação desce, a vulva se entreabre, dilata-se e permite a expulsão fetal. Após o parto, o útero se retrai e seu fundo alcança a cicatriz umbelical. Terminada a expulsão fetal, inicia-se o secundamento.

SECUNDAMENTO: O secundamento ou terceiro período do parto conta de três tempos fundamentais. O primeiro é o **descolamento** que ocorre em consequência da retração do útero (Figura 12). A retração provoca redução acentuada da superfície interna do útero e pregueamento da zona de inserção placentária, que como efeito sofre descolamento. O início do descolamento se dá ao nível da camada esponjosa, que é menos resistente. No ponto em que se iniciou o descolamento, há a formação do hematoma retroplacentário que funcionará como cunha, ajudando na dequitação. O descolamento se dá segundo o mecanismo de



Figura 12 - Redução da superfície interna do útero, provocando o deslocamento da placenta

Baudelocque-Schultze, em 75% das vezes, e caracteriza-se por exteriorizar primeiro a face fetal da placenta, e posteriormente, a saída do hematoma retroplacentário. No restante das vezes, o secundamento se dá segundo o mecanismo de Baudelocque-Duncan, quando ocorre primeiro saída do hematoma retroplacentário e em seguida a saída da placenta. O primeiro acontece principalmente em placenta de inserção fúndica e o segundo, em placenta de inserção lateral. As membranas acompanham o descolamento da placenta. Após o descolamento, ocorre a **descida**, quando a placenta, empurrada pelas contrações uterina, alcança a vagina, distendendo-a e desencadeando novamente o fenômeno do puxo, provocará sua expulsão ou desprendimento.

Considera-se, ainda, um último período, chamado de **período de Greemberg ou quarto período**, que é definido como sendo a primeira hora decorrida após a expulsão placentária. É período de importância, pois neste intervalo ocorre a ativação dos mecanismos de hemostasia para conter a hemorragia que sucede ao descolamento da placenta. Quatro fases caracterizam o período de Greemberg: **miotamponagem** que é a laqueadura viva dos vasos uterinos, determinada pela retração da musculatura uterina. A retração constitui-se na primeira linha de defesa do organismo contra a hemorragia; **trombotamponagem**, que é a formação de trombose nos grandes vasos do sítio placentário. É a segunda linha de defesa contra a hemorragia; **indiferença miouterina**, quando ocorre o relaxamento da fibra muscular do útero e a **contração uterina fixa** ou **globo de segurança de Pinard**, quando a fibra uterina adquire maior tono e se mantém assim até ocorrer a involução puerperal.

MECANISMO DE PARTO: Define-se mecanismo de parto como movimentos passivos sofridos pelo feto com o intuito de adequar seus maiores diâmetros aos maiores diâmetros do canal do parto. Estes movimentos são contínuos e entrelaçados entre si, sofrendo aqui divisão apenas com fins didáticos. Numa divisão mais geral, consta de três tempos: insinuação, descida e desprendimento. Preferimos, porém, uma divisão mais minuciosa, dividindo-o em 6 tempos, quais sejam: encaixamento ou insinuação, descida, rotação interna da cabeça, desprendimento da cabeça, rotação externa da cabeça com rotação interna simultânea das espáduas e desprendimento das espáduas. **Encaixamento** é a passagem da maior circunferência da apresentação pelo estreito superior da bacia. Para que o encaixamento se dê de forma adequada, deve

ocorrer a **flexão** ou **deflexão** nas apresentações cefálicas, e nas apresentações pélvicas, o **acomodamento** dos membros inferiores sobre o tronco ou seu desdobramento para baixo. A flexão e o acomodamento dos membros inferiores têm por objetivo a redução dos diâmetros. No início desta fase, a cabeça fetal encontra-se com flexão moderada, com a sutura sagital orientada no sentido do diâmetro oblíquo ou transverso e com a fontanela lambdóide voltada para a esquerda. Completado o encaixamento, inicia-se a **descida**, quando a apresentação, impulsionada pela contratilidade uterina, desce até a proximidade do assoalho pélvico, onde a resistência deste, aumenta a flexão. A descida é um moto contínuo do início do trabalho de parto até a expulsão total do feto. A **rotação interna** acontece quando a apresentação dilata o diafragma pélvico que força-a a realizar movimento turbinal, orientando a sutura sagital no sentido ântero-posterior (maior diâmetro da pelve). Simultaneamente, à rotação interna da cabeça e sua descida, as espáduas do feto se apresentam ao estreito superior. O maior diâmetro da cintura escapular fetal é o diâmetro biacromial, que mede 12 cm. Assim o encaixamento das espáduas se faz no sentido transversal ou oblíquo do estreito superior. À medida que ocorre a rotação interna e descida, a região suboccipital fetal localiza-se sob o pube materno com a sutura sagital orientada, ântero-posteriormente. O **desprendimento da cabeça** se dá porque as contrações uterinas, exercendo pressão para baixo, forçam a descida, e a nuca fetal faz apoio na arcada púbica, enquanto a sua face distende o assoalho pélvico, que oferece menor resistência, e sofre deflexão, deslocando o coccige materno para trás (hipomóclio). Neste momento, ocorre o deslizamento do occipício sob a arcada púbica e o bregma, a fronte, o nariz e o mento surgem sobre o períneo. A **rotação externa da cabeça**, também chamada de **restituição** por restituir o occipital à sua posição de encaixamento, ocorre na realidade, devido à **rotação interna das espáduas** que alcançando o assoalho pélvico, orientam o diâmetro biacromial no sentido ântero-posterior, por ser este o maior diâmetro deste estreito. Após a rotação interna, ocorre o **desprendimento das espáduas**. O ombro anterior coloca-se sob a arcada púbica onde faz apoio, e o ombro posterior distende o assoalho pélvico, deslocando o coccige materno, e se desprende após sofrer movimento de flexão lateral. Imediatamente, após o desprendimento do ombro posterior, o ombro anterior desliza sob a arcada púbica e, também, se desprende. O restante do corpo do feto não oferece resistência ao nascimento por ter diâmetros menores (Figuras 13).

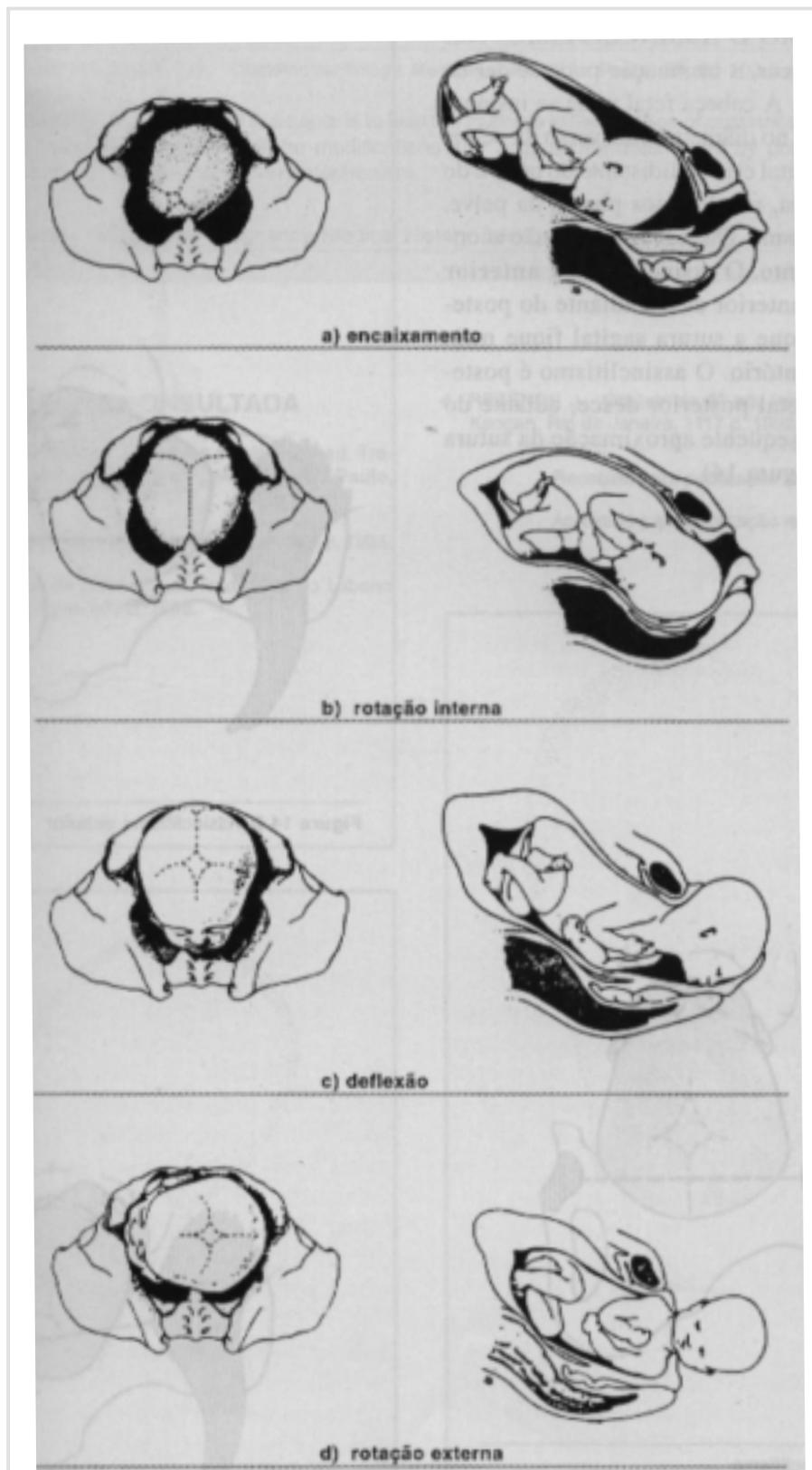


Figura 13 - Resumo do mecanismo do parto.

SINCLITISMO E ASSINCLITISMO: Nas apresentações cefálicas, a insinuação pode se dar de diferentes maneiras. A cabeça fetal pode se insinuar com a sutura sagital no diâmetro transverso da pelve. Quando a sutura sagital está equidistante do pube e do promontório, ou seja, paralela aos planos da pelve, diz-se que há **sinclitismo**. Quando este fato não acontece, há **assinclitismo**. O **assinclitismo é anterior** quando o parietal anterior desce adiante do posterior, fazendo com que a sutura sagital fique mais próxima do promontório. O **assinclitismo é posterior** quando o parietal posterior desce, adiante do anterior com a conseqüente aproximação da sutura sagital do pube (Figura 14)

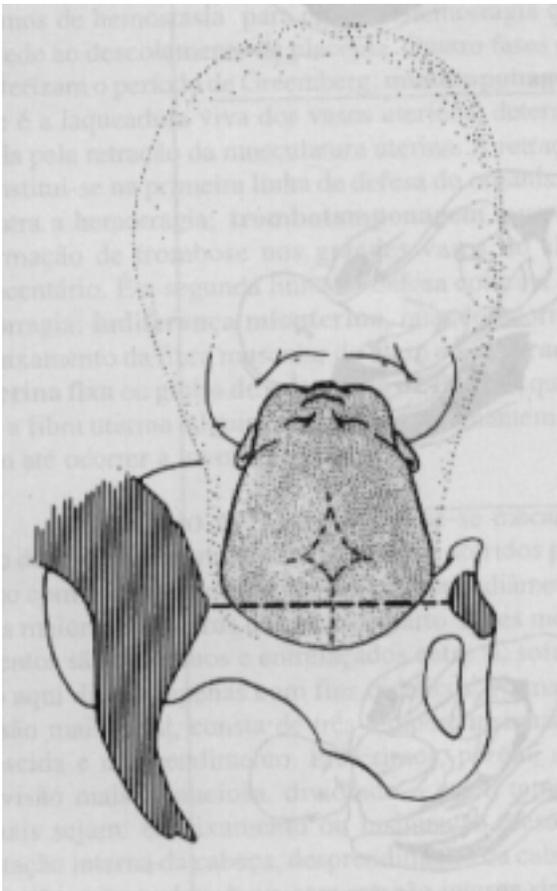


Figura 14 A - Sinclitismo

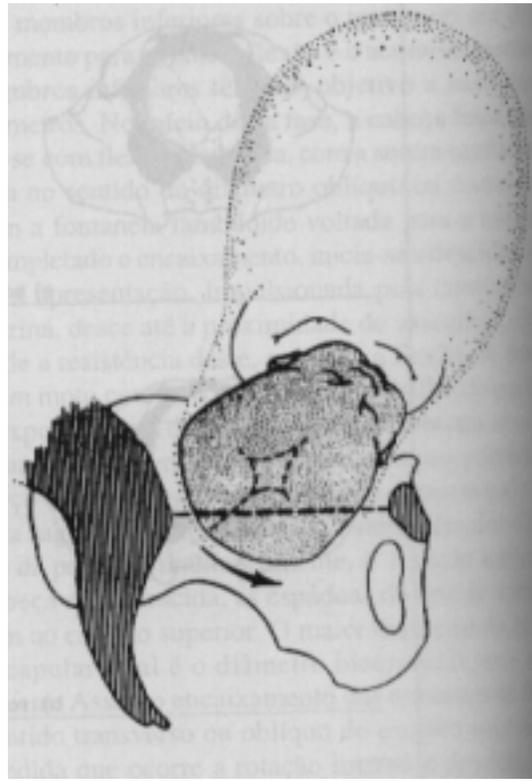


Figura 14 B- Assinclitismo anterior

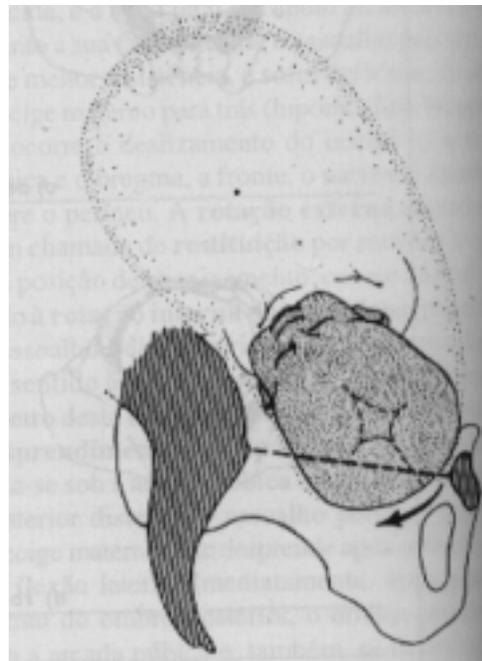


Figura 14 C- Assinclitismo posterior

CARRARA HH A & DUARTE G. Obstetric semiology. **Medicina, Ribeirão Preto**, 29: 88-103, jan./mar. 1996.

ABSTRACT: The main idea of this paper is to help the students in the practice of obstetrics semiology, through a better understanding of the modifications and adaptations determined by pregnancy on mother's body, as well as the delivery mechanism.

UNITERMS: Obstetrics. Pregnancy. Medical History Taking.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 - KISTNER RW. Ginecologia: Princípios e prática, 4ª ed. Tradução de André Luis Guerreiro et al. Manole, São Paulo, 754 p, 1989.
- 2 - NEME B. Obstetrícia básica. Sarvier, São Paulo, 996 p, 1994.
- 3 - OXORN H. Trabalho de parto 5ª ed. Trad. Marcelo Urbano Ferreira. Roca, São Paulo 800 p, 1989.

- 4 - REZENDE J. Obstetrícia 6ª ed. (reimpressão), Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1117 p, 1992.

Recebido para publicação em 04/03/96

Aprovado para publicação em 14/03/96