



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM-DENF/PET
CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

A photograph of a fetal model in a uterus, used for obstetric training. The model is shown in a curled position, with its head to the left and feet to the right. The background is a reddish-pink color, representing the uterine wall. The text 'ESTÁTICA FETAL' is overlaid in white, bold, sans-serif font.

ESTÁTICA FETAL

Mstd. Tatiane Coelho

Fortaleza 2017

Introdução



➤ Objetivos:

Ao término da aula os alunos serão capazes de:

- ✓ Compreender a Estática Fetal, com ênfase no conceito de objeto, trajeto e motor;
- ✓ Conhecer a nomenclatura obstétrica;
- ✓ Conhecer as técnicas de palpação obstétrica;
- ✓ Identificar os Mecanismos do Parto e Períodos Clínicos do Parto;
- ✓ Compreender os fatores que afetam o trabalho de parto

Estática Fetal

➤ Conceito:

As relações do feto com a bacia e com o útero constituem a estática fetal

Seu estudo permite o conhecimento da nomenclatura obstétrica



(REZENDE, 2012)

Fatores que afetam o trabalho de parto e parto



Estática Fetal

➤ O Parto:

- ✓ **Trajeteto:** por onde o feto passa; o que importa é a bacia óssea.
- ✓ **Objeto:** o próprio feto; como ele se relaciona (estática fetal).
- ✓ **Motor:** força que empurra o feto (objeto) pela bacia (trajeto).



O Parto

✓ **Mecanismo:** forças que o feto faz para passar.

Ex.: insinuação

rotação da cabeça

rotação dos ombros.

✓ **Fases/Períodos:** fases clínicas do parto é o que acontece com a mãe.

Ex.: dilatação do colo

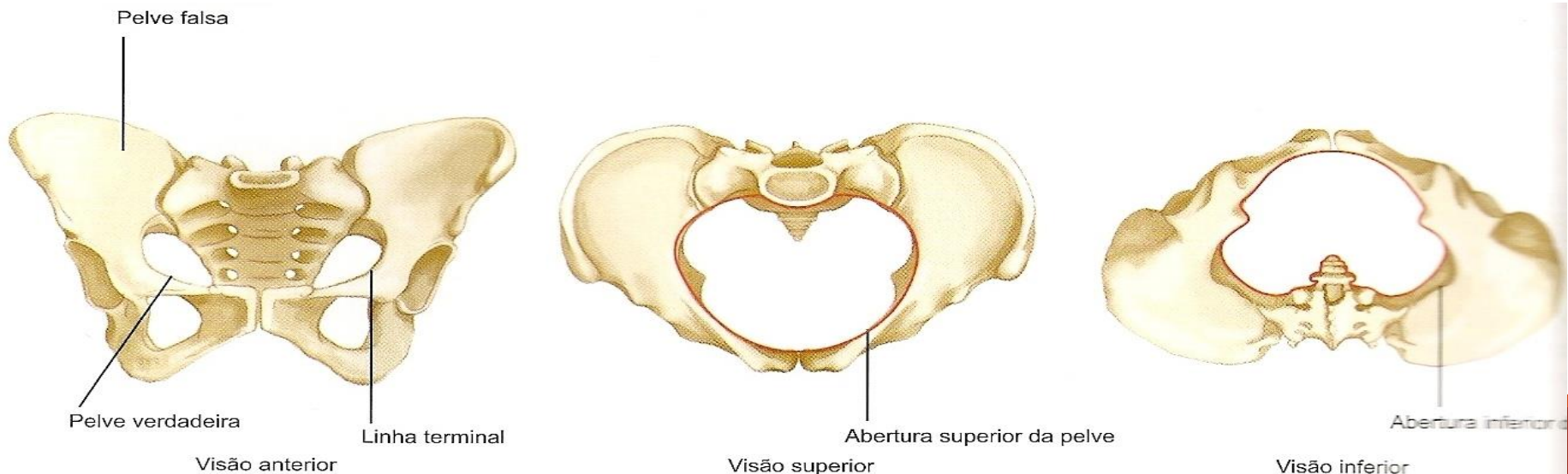
delivramento da placenta

cuidado pós-parto



Pelve (trajeto)

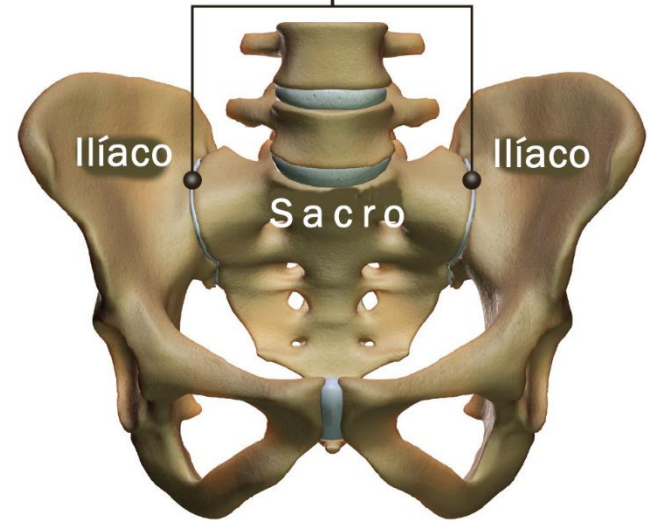
- **Pelve verdadeira** – acima da linha terminal
- **Pelve falsa** – abaixo da linha terminal
- **Linha terminal:** abertura superior + pelve média + abertura inferior.



Trajeteto duro

➤ 3 ossos:

- articulações de pouca mobilidade
- Quando o feto passa não é a bacia que se abre é o feto que se encaixa para passar
- **Mecanismo do parto** – movimentos que o feto tem que fazer para passar pela pelve
- A bacia tem uma curvatura que parece um J.
- A superfície interna é toda irregular
- Disso decorre o fato de o feto ter que se contorcer todo para passar.



Estreitos da bacia

➤ Estreito superior (tampa da bacia)

Borda superior da sínfise púbica; asas do sacro e promontório.

➤ Estreito médio

Passa pela borda inferior da sínfise púbica e espinhas isquiáticas.

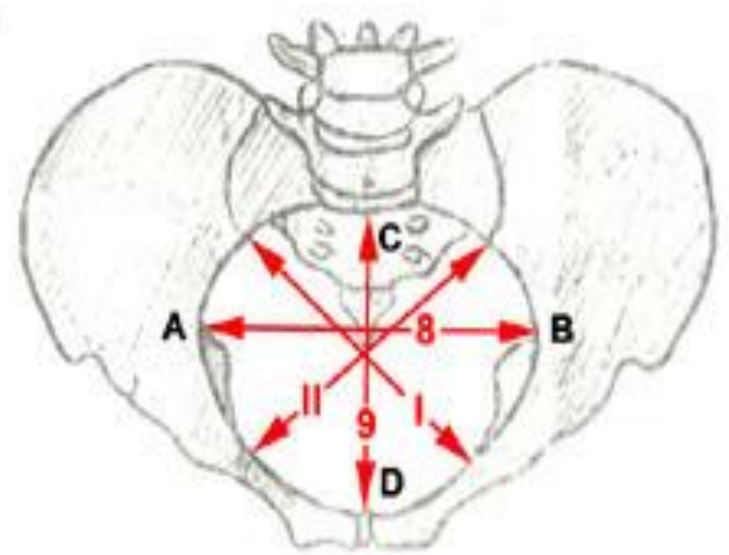
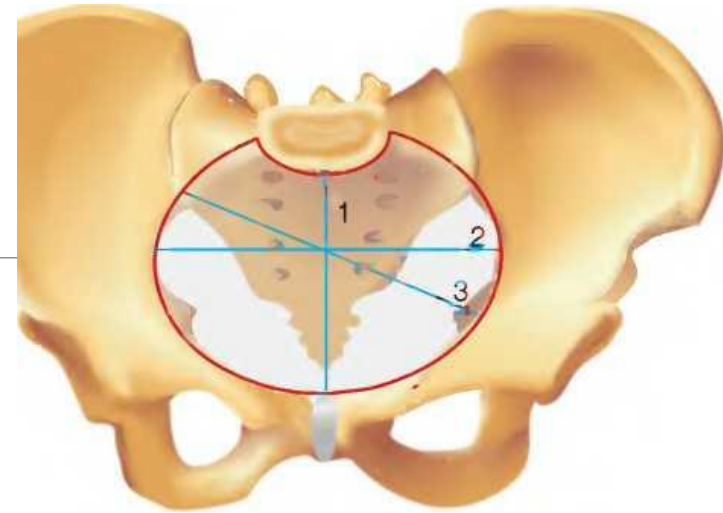
É o lugar mais apertado da bacia.

➤ Estreito inferior

Borda inferior da sínfise púbica até o cóccix.

Marca o fim do trajeto. O feto passou daí, vai nascer.

É importante conhecer as medidas/distâncias da bacia.



Conjugatas

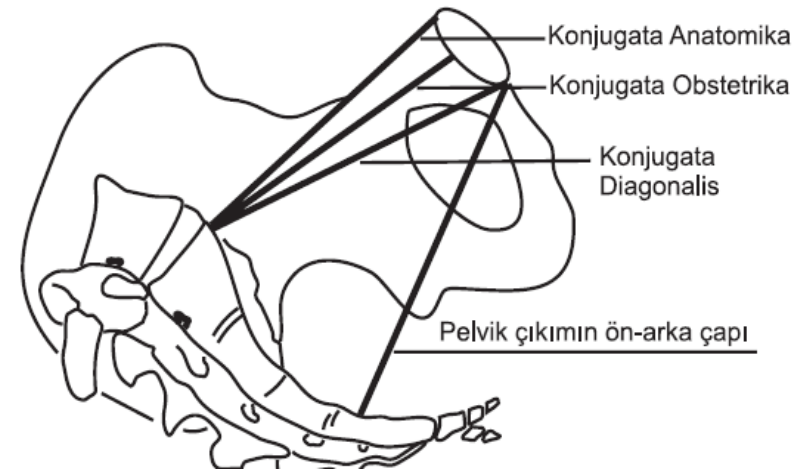
Distâncias da bacia que possuem interesse

1-Conjugata anatômica

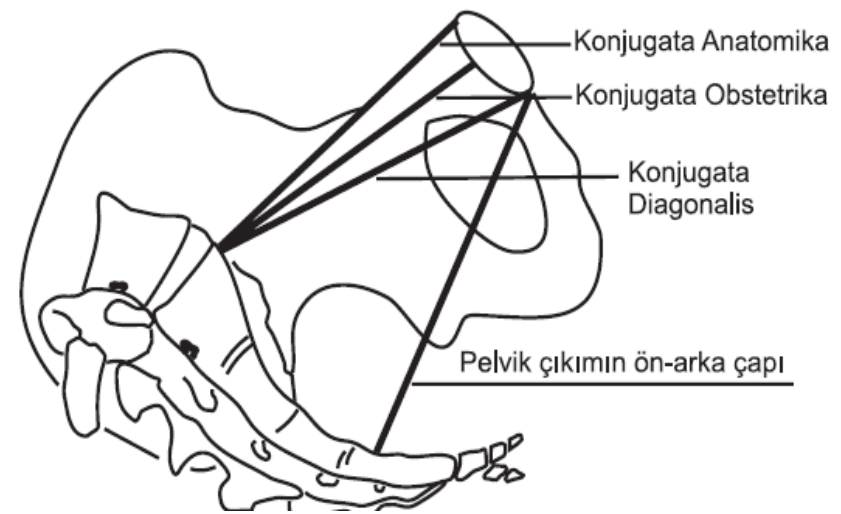
- Borda superior da sínfise até o promontório.
- Faz parte de um plano anatômico da bacia: o estreito superior (andar que marca a entrada da bacia)

2-Conjugata obstétrica

- Parede posterior da sínfise até o promontório.
- É a menor: é ela quem pode trazer dificuldade no parto.
- Possui importância obstétrica, para o parto.



Conjugatas



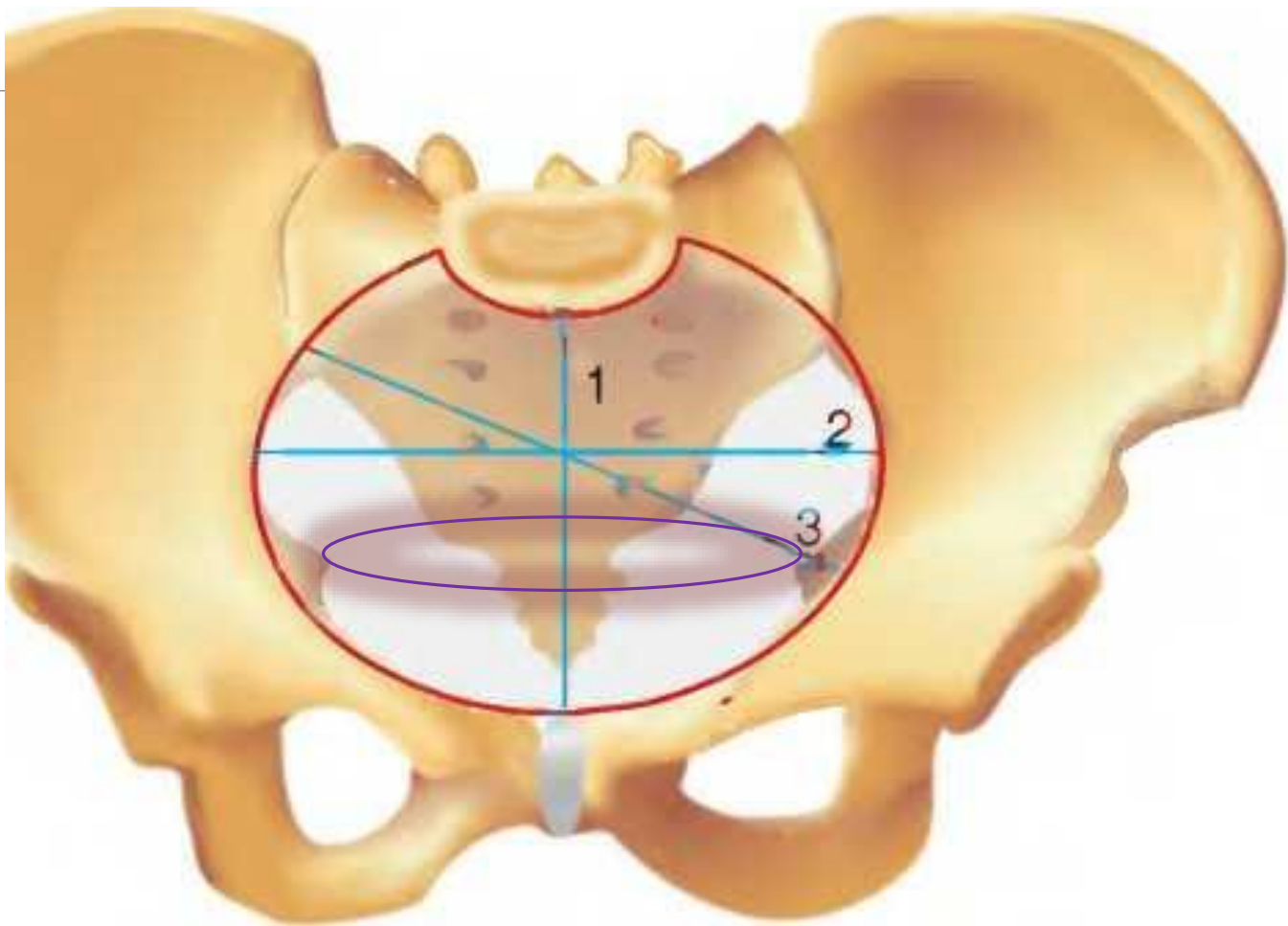
3-Conjugata Diagonalis

- Limite inferior da sínfise até o promontório.

4-Conjugata exitus

- É o diâmetro AP do estreito inferior.
- Vai da borda inferior da sínfise púbica até o cóccix.
- Marca a saída da bacia.

Conjugatas



Tipos de bacia

1-Ginecóide

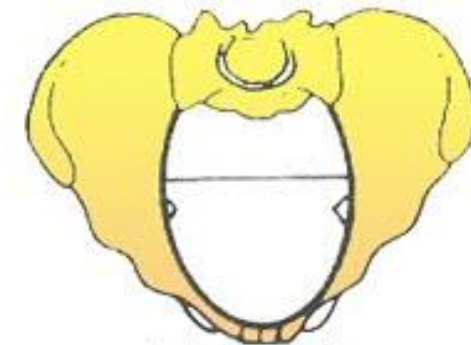
- Arredondada, mas com diâmetro transverso e oblíquo maiores
- É a bacia mais comum nas mulheres (50%).
- É uma bacia favorável ao parto normal.

2-Antropóide

- 20-25% das mulheres.
- Bacia típica dos gorilas.
- O maior diâmetro do estreito superior é ântero-posterior.
- O feto insinua numa variedade direta (occipito-púbico ou occipito-sacro).
- Não costuma atrapalhar parto normal



Ginecoide



Antropoide

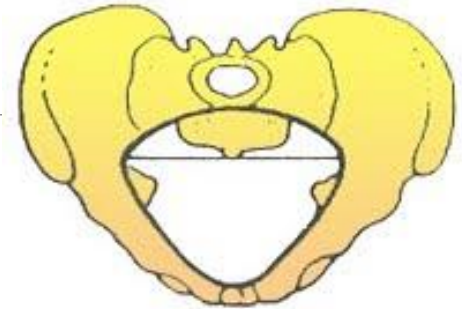
Tipos de bacia

3-Andróide (triangular)

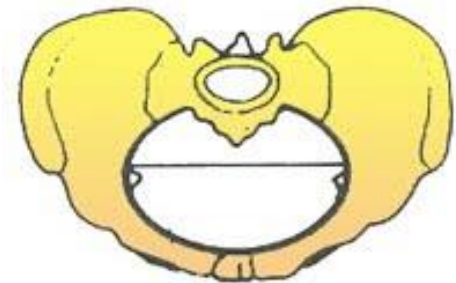
- Bacia típica dos homens.
- Bacia de péssimo prognóstico para parto normal: o feto não nasce.
- Utilizar a via abdominal alta

4-Platipelóide (chata)

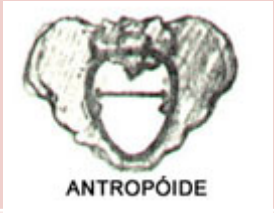


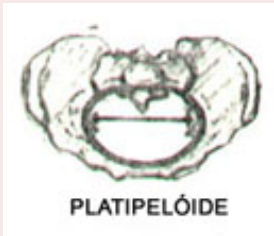
- 5% das mulheres.
- Normalmente não traz dificuldades para o parto.
- O feto sempre insinua a cabeça na bacia ocupando o maior diâmetro da bacia, estreito superior numa variedade transversa.



Androide



Platipeloide

	Pelve	Descrição	Parto vaginal
Antropóide	 <p>ANTROPÓIDE</p>	Abertura pélvica superior oval e sacro longo, produzindo uma pelve profunda.	Favorável
Andróide	 <p>ANDRÓIDE</p>	Formato de coração.	Dificultado. O feto desce lentamente pela pelve e comumente não consegue girar.
Ginecóide	 <p>GINECÓIDE</p>	Verdadeira pelve feminina. Diâmetros iguais nas três dimensões.	Favorável.
Platipelóide ou plana	 <p>PLATIPELÓIDE</p>	Menos comum. Pequena cavidade pélvica, alargada na abertura inferior da pelve, tornando difícil a descida do feto.	Desfavorável (exceto se a cabeça do feto conseguir atravessar a abertura superior).

A maioria das mulheres possuem associações destes tipos de pelve.

Feto (Objeto)

- **Cilindro Fetal:**

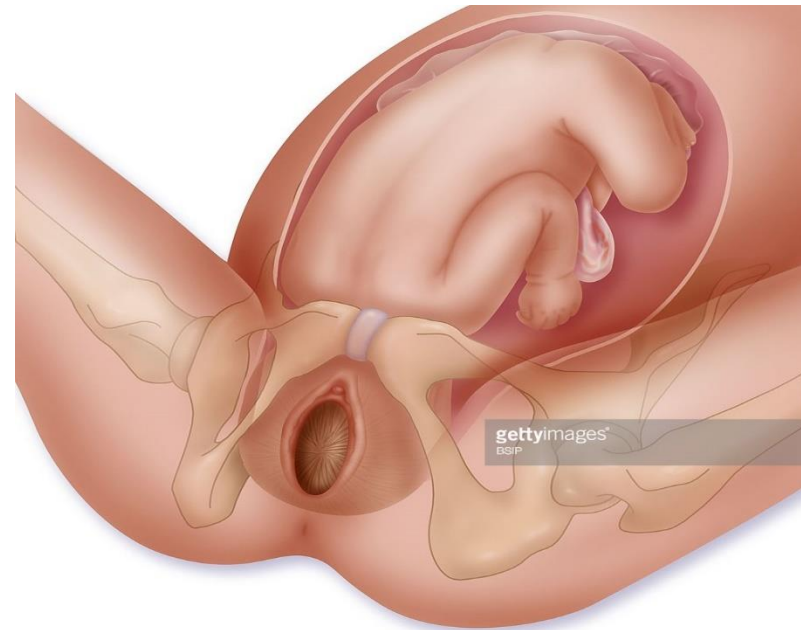
cabeça fetal fletida sobre o tronco e com as pequenas partes a ele aconchegadas

- **Ovóide Fetal:**

- Polo cefálico

- Refere-se a cabeça do feto.

- **Ovóide córmico:** é o conjunto do tronco com os membros.



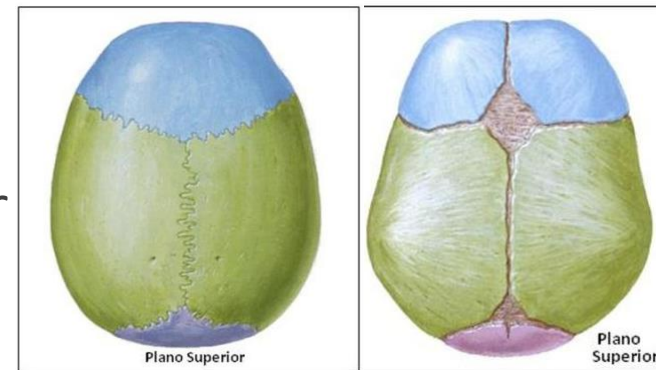
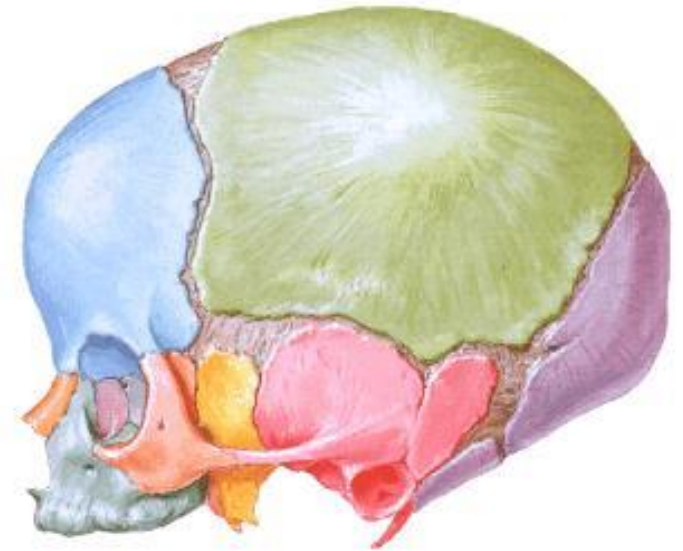
Objeto

O POLO CEFÁLICO É O MAIS IMPORTANTE E MERECE ESTUDO.

➤ **Cabeça:** crânio e face.

■ Crânio: 2 ossos frontais, 2 parietais, 2 temporais, 1 occipital, 1 esfenóide e 1 etmóide.

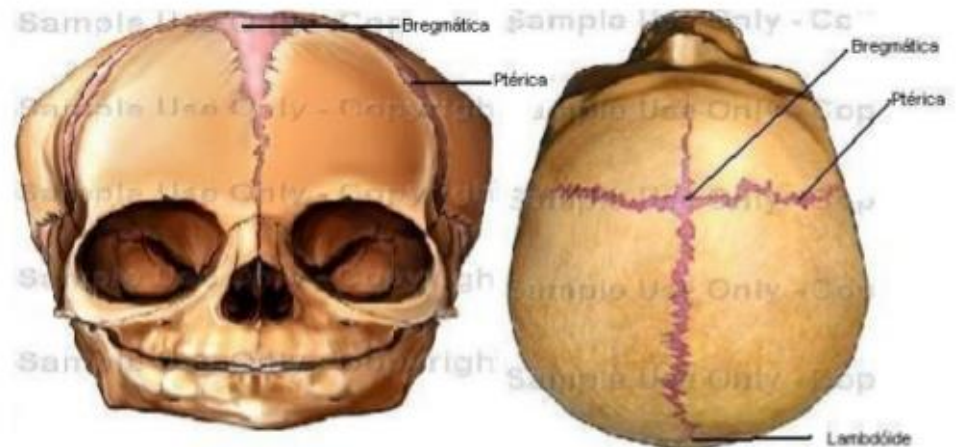
■ Os ossos são separados por **SUTURAS e FONTANELAS.**



Suturas

- **Sutura sagital:** entre os parietais.
- **Sutura metópica:** interfrontal ou frontal média.
- **Sutura coronária:** entre os frontais e parietais.
- **Sutura lambdóide:** entre os parietais e occipitais.
- **Sutura temporal:** entre os parietais e lambdóide.

Vista Superior



FONTANELAS

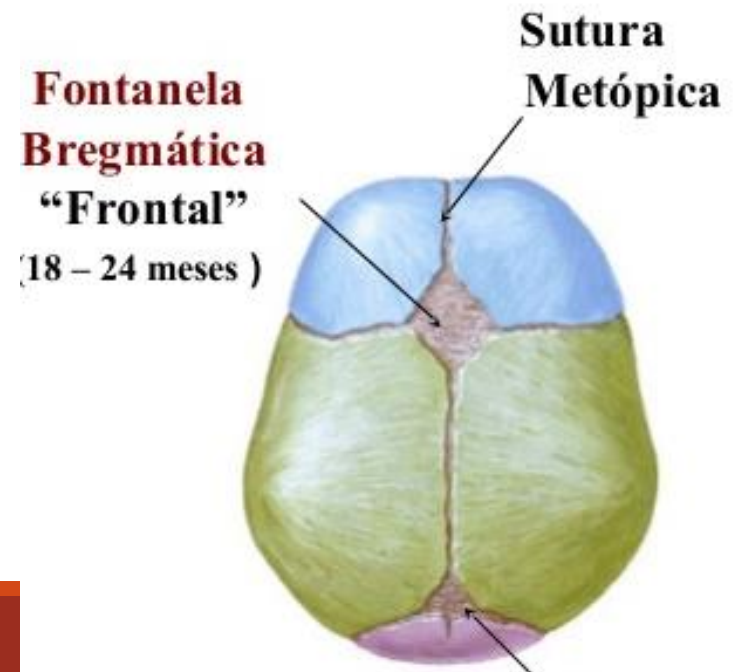
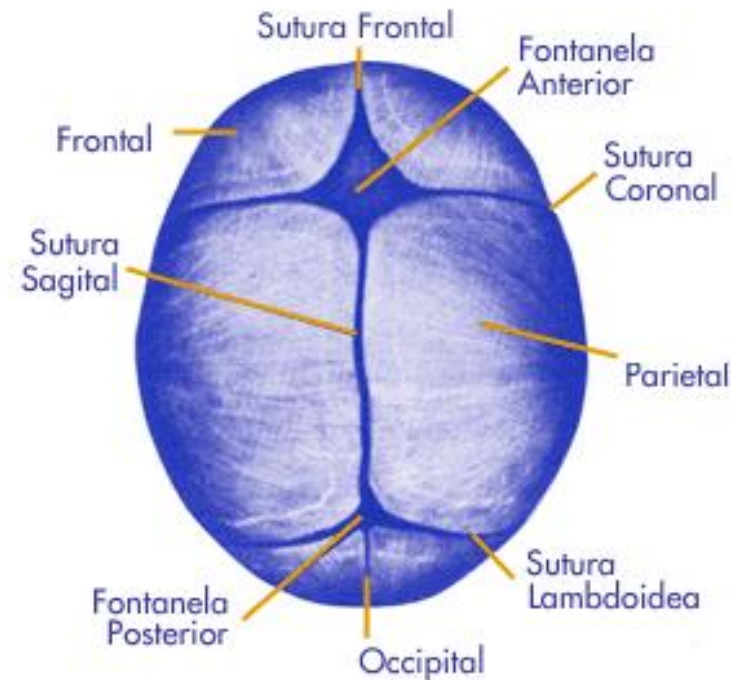
➤ São zonas membranosas, nos pontos de convergência de 3 ou 4 ossos e delas partem as suturas.

- **Fontanela bregmática:**

formato losangular (anterior ou grande fontanela).

- **Fontanela lambdóide:**

formato triangular (posterior ou pequena fontanela).



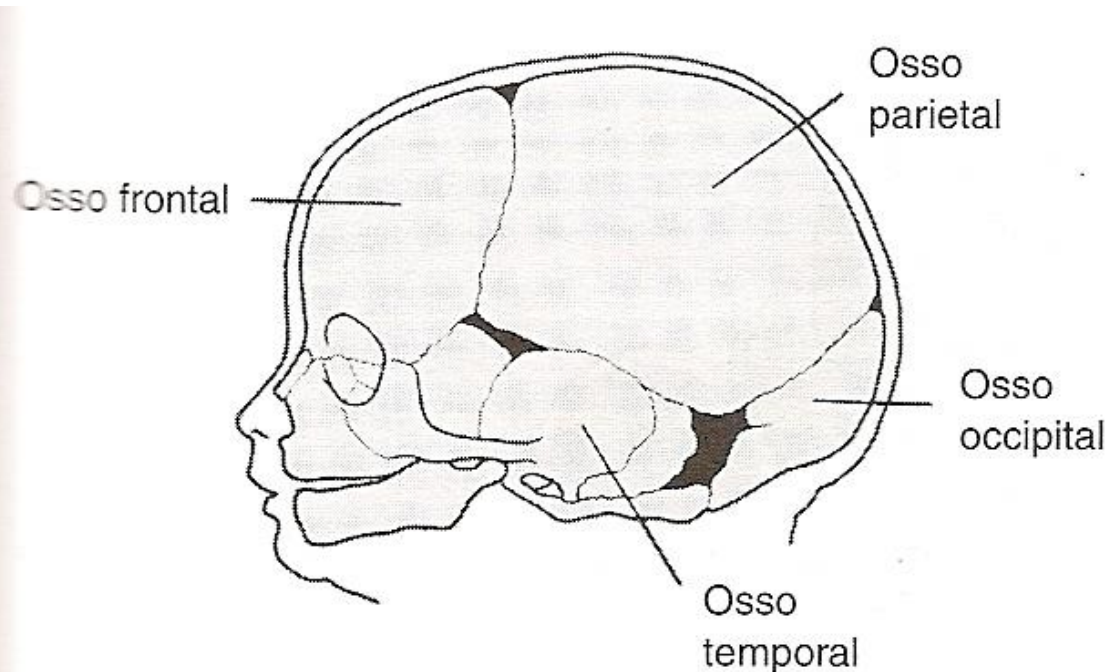
Tamanho da cabeça fetal

➤ **Crânio fetal:** maior estrutura fetal (cerca de 25% da área de superfície corporal) e menos compressível.

Os ossos da face e da base do crânio são fixos.

➤ **Ossos móveis:**

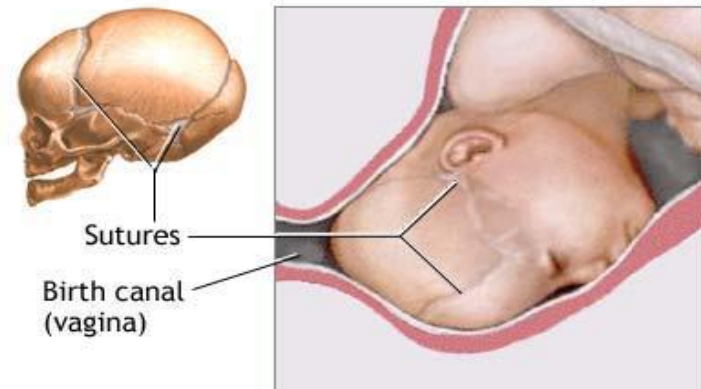
- 2 Parietais
- 2 Temporais
- Frontal
- Occipital



Diminuem as medidas cefálicas

- **Moldagem:** sobreposição dos ossos cranianos
- **Bossa serosa:** acúmulo de líquido no couro cabeludo
- **Cefalematoma:** acúmulo de sangue abaixo do couro cabeludo

Fetal head molding



Estudo da estática Fetal

➤ Permite o conhecimento da nomenclatura obstétrica

➤ **Conceitos:**

- Atitude ou Hábito fetal
- Situação fetal
- Apresentação Fetal
- Posição Fetal

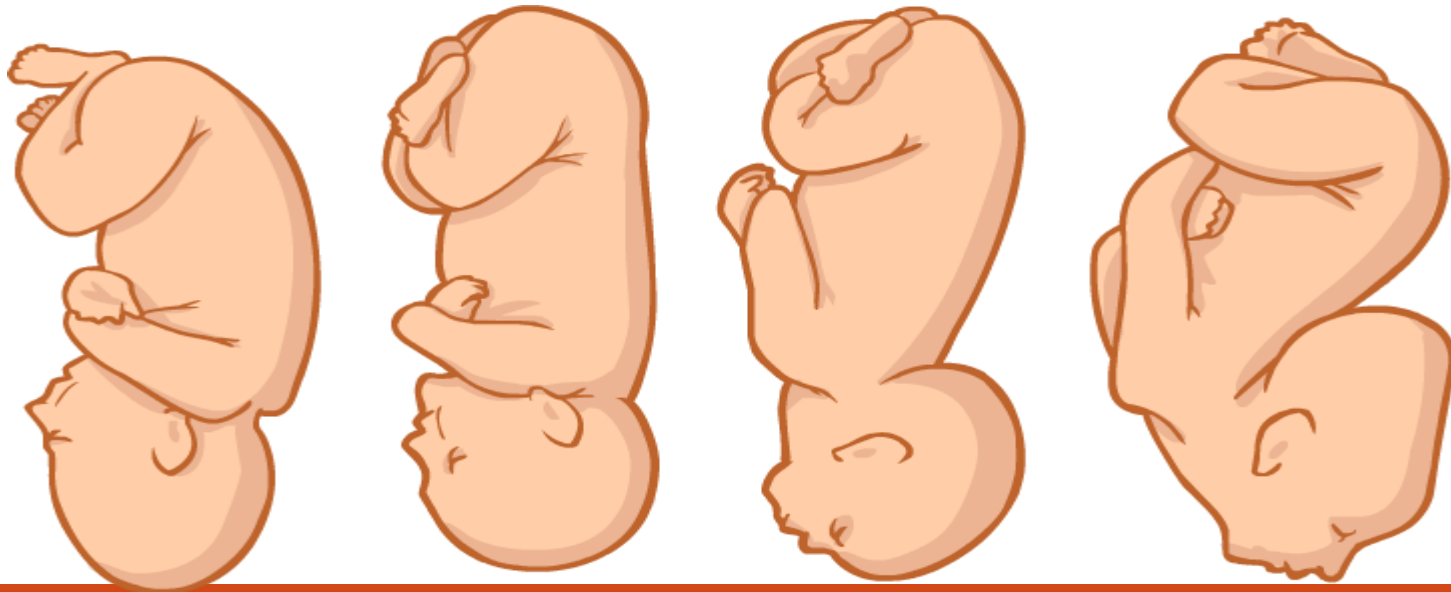


➤ Para saber se é possível haver parto vaginal

➤ Avalia-se a estática através do toque e da palpação

Atitude fetal

- Relação das partes fetais entre si.
- O feto deve se encolher todo para poder passar.
- A atitude fetal normal é de flexão generalizada



cef fletida

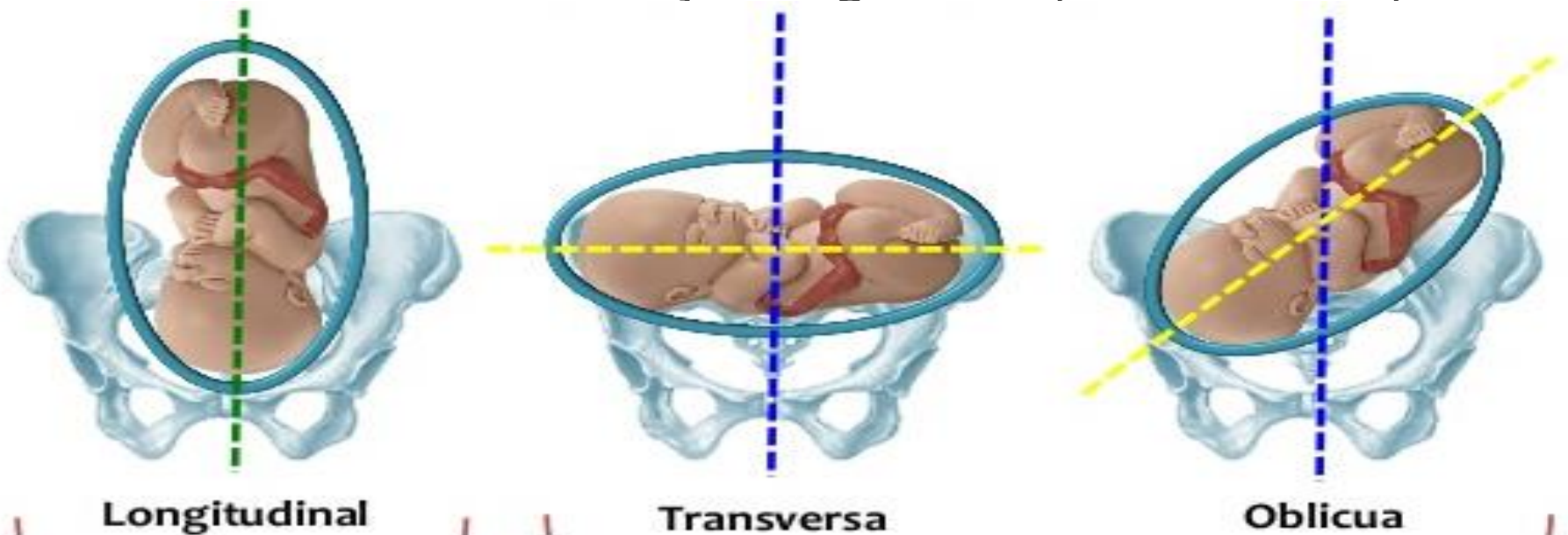
deflet I grau

deflet II grau

deflet III grau

Situação fetal

- Relação do maior eixo do feto (coluna) com o maior eixo da mãe.
- Pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua (esta é transitória e vira transversa ou longitudinal).
- O mais comum é a situação longitudinal (99% das vezes).



Manobras de Leopold



First maneuver



Second maneuver



Third maneuver

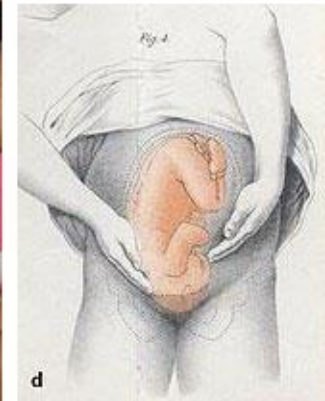


Fourth maneuver

Manobras de Leopold



b



d

Posição fetal

- Relação do dorso fetal com a m~
- Pode ser direita ou esquerda
- Serve para saber onde procurar o BCF
- O mais comum é a posição esquerda.



Apresentação fetal

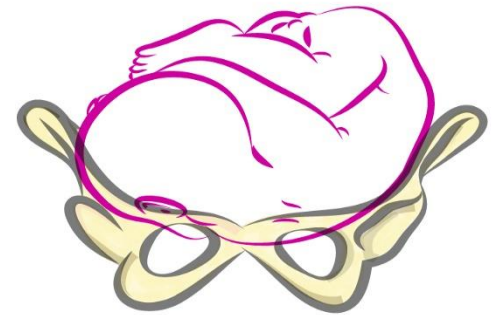
- Parte fetal que se apresenta ao canal do parto. Pode ser a cabeça, nádegas ou o ombro.
- Se for a mão; o pé; ou o cordão chamamos de proclivência (uma parte fetal se coloca no canal do parto).



CEFÁLICA
(95% de partos)



NALGAS
(Menos del 4%)



TRANSVERSA
(Menos del 1%)

Apresentação cefálica

- 96% apresentação cefálica fletida

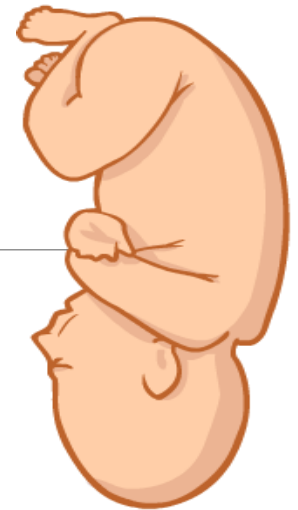
➤ Existem 3 graus de deflexão:

1-Apresentação cefálica fletida:

- pelo toque sentimos o lambda
- tocamos a sutura sagital

2-Apresentação cefálica defletida de primeiro grau (de bregma):

- pelo toque sentimos o bregma
- tocamos uma parte da sutura sagital e a sutura metópica



cef fletida

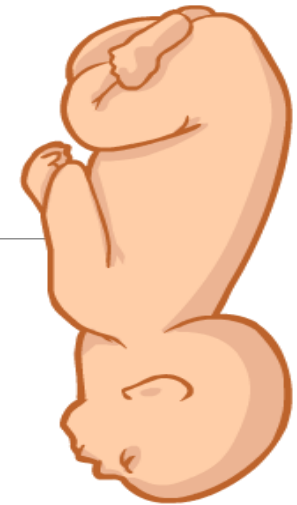


deflet I grau

Apresentação cefálica

3-Apresentação cefálica defletida de segundo grau (de frente):

- pelo toque sentimos a
- linha de orientação é a sutura metópica



deflet II grau

4-Apresentação cefálica defletida de terceiro grau (de face):

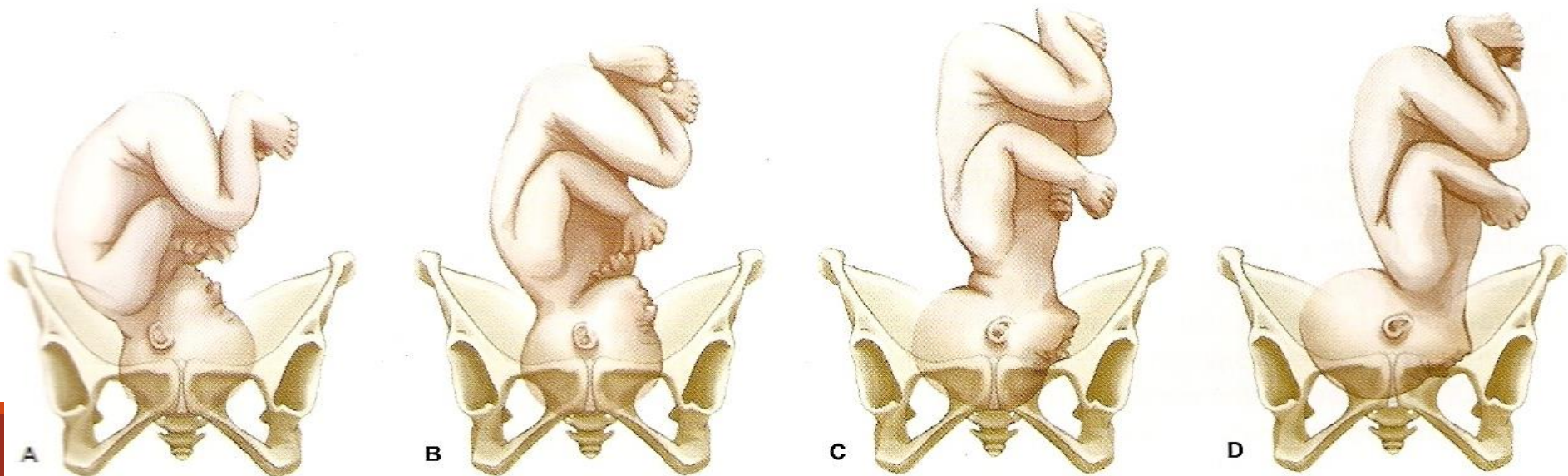
- pelo toque sentimos o mento
- a linha de orientação é a facial



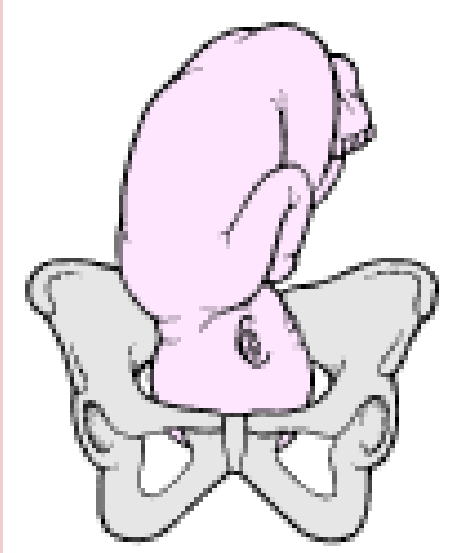
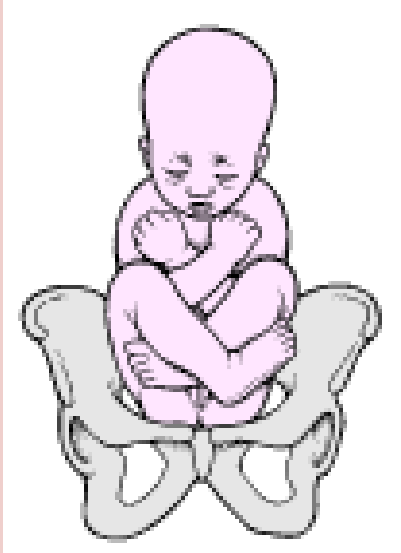
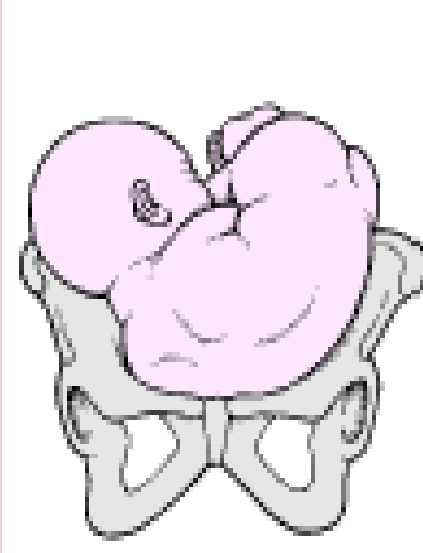
deflet III grau

Apresentação cefálica

- De vértice (A) – fletida – lâmbda- sutura sagital
- De bregma (B) – defletida de I grau – bregma- sutura ságito-metópica
- De frente (C) – defletida de II grau – glabela- linha metópica
- De face (D) – defletida de III grau – mento- linha facial



Apresentação fetal

	Cefálica	Pélvica	Córmica
Ocorrência	96%	3%	1%
Osso	Occipital	Sacro	Escápula
			

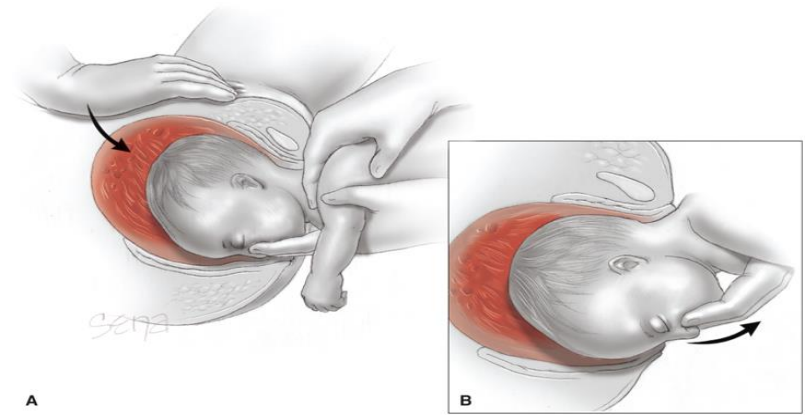
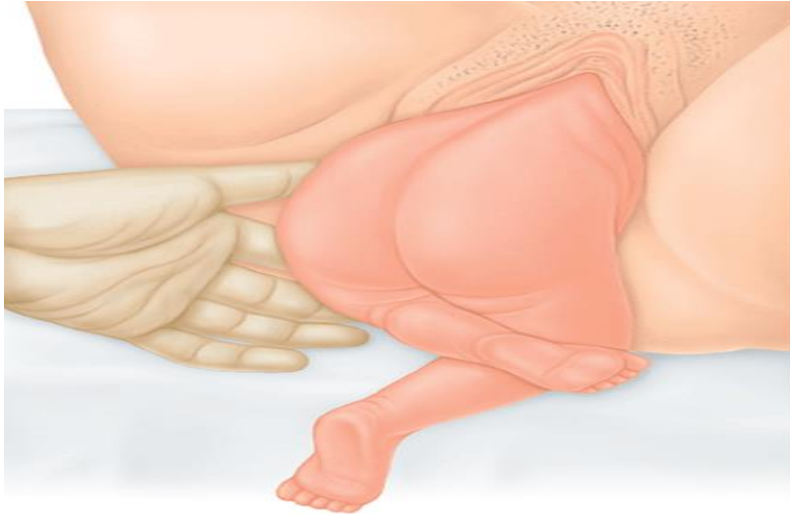
Pélvica

- nádegas para baixo. 3%.
- **Apresentação completa ou pelvipodálica:**
 - os pés e as nádegas na bacia.
 - O feto está todo dentro do canal do parto
 - A bacia está completamente preenchida.
- **Apresentação incompleta ou modo de nádegas:**
 - só as nádegas na bacia
 - A bacia não está completamente preenchida.

Variações da apresentação pélvica



Parto Pélvico

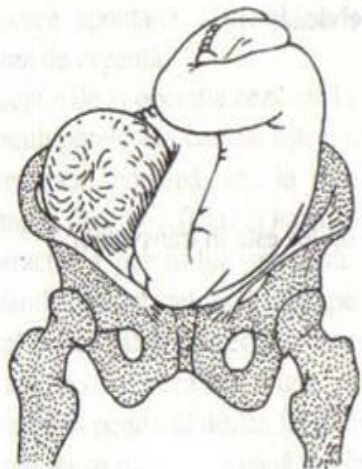


A
Source: E.R. Yeomans, B.L. Hoffman, L.C. Gilstrap III, F.G. Cunningham: Cunningham and Gilstrap's Operative Obstetrics, Third Edition: www.obgyn.mhmedical.com Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

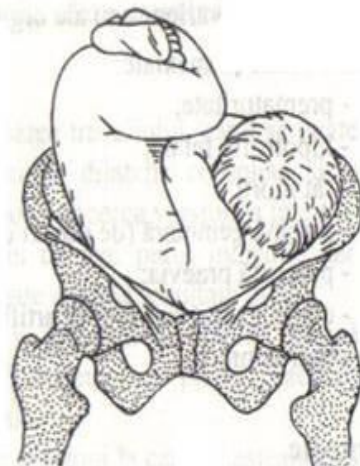
B

Córmica

- ombro para baixo.
- O feto não nasce.
- Feto só nasce em apresentação pélvica ou cefálica.



ACROMIO ILIACA DIREITA DO OMBRO ESQUERDO



ACROMIO ILIACA ESQUERDA DO OMBRO DIREITO



ACROMIO ILIACA DIREITA DO OMBRO DIREITO



ACROMIO ILIACA ESQUERDA DO OMBRO ESQUERDO

VAMOS FAZER UM RESUMO

Situação	Apresentação	Ponto de referência	Linha de orientação	Símbolo	
Longitudinal...	Cefálica { Flectida	Vértice ou de occipital	Lambda	Sutura sagital	O
		Deflectida... { Bregma Fronte Face	Bregma	Bregma	Sutura sagitome- tópica
	Fronte		Glabela	Linha metópica	N
	Face		Mento	Linha facial	M
	Pélvica	Pélvica	Crista sacro- coccígea	Sulco interglúteo	S
Transversa	Córmica	Acrômio	Dorso	A	

Altura da apresentação

- O que interessa saber durante o trabalho de parto é se o feto já passou pelo estreito médio ou não
- Assim chamamos o estreito médio (plano das espinhas) de marca zero
- Avaliamos fazendo o toque e procurando a ponta da apresentação

✓ ALTA E MÓVEL

✓ AJUSTADA

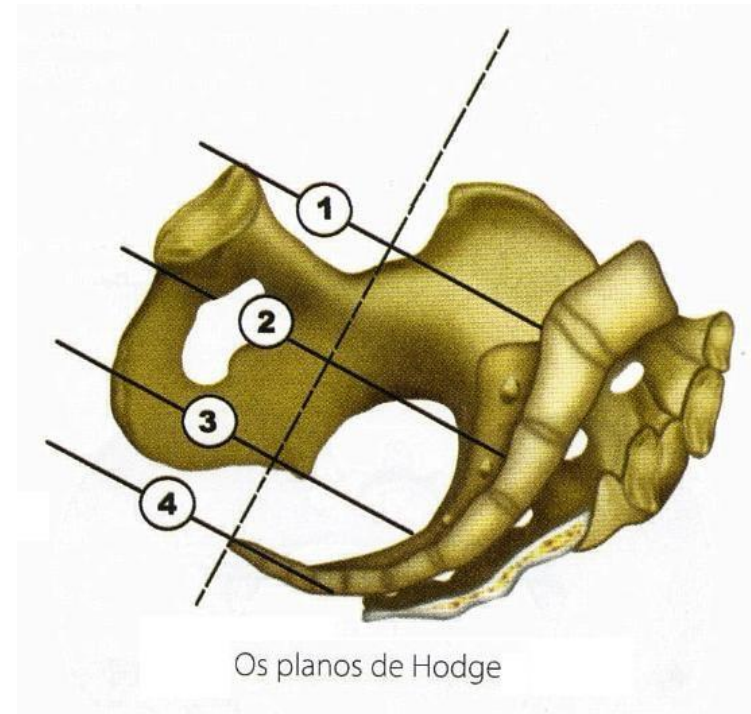
✓ FIXA

✓ INSINUADA



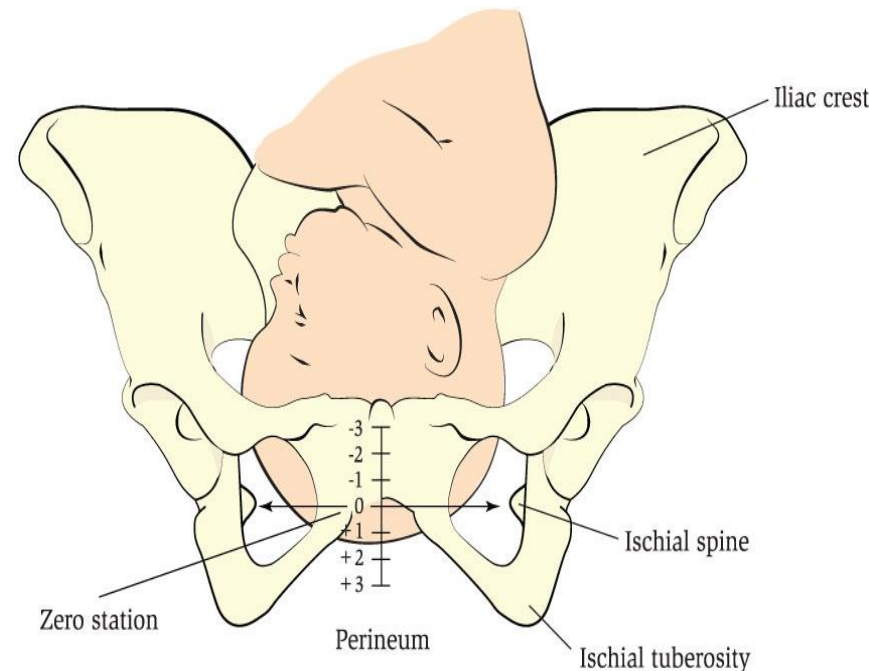
Plano de HODGE

- Polo cefálico ao nível da borda superior do pube.
- Plano de HODGE - Borda inferior do pube plano paralelo ao (I)
- Plano de HODGE - Ao nível das espinhas ciáticas.
- Plano de HODGE - Ao nível da ponta do cóccix e confundindo-se com o assoalho pélvico.



Plano de De Lee

- Referência zero as espinhas ciáticas.
- O ponto mais baixo da apresentação estiver a 1 cm acima do plano zero, a altura será - 1 ; 2 cm acima, como - 2
- Polo cefálico abaixo do plano zero, usaremos a mesma progressão trocando o sinal para positivo + 1; + 2
- O plano zero **DE LEE** corresponde, aproximadamente, ao plano III de **HODGE**.



Variedades de posição fetal

Variedade de posição na apresentação cefálica

- É a relação que existe entre pontos de referência do pólo fetal (região occipital) com pontos de referência da bacia materna (D ou E; anterior e posterior)

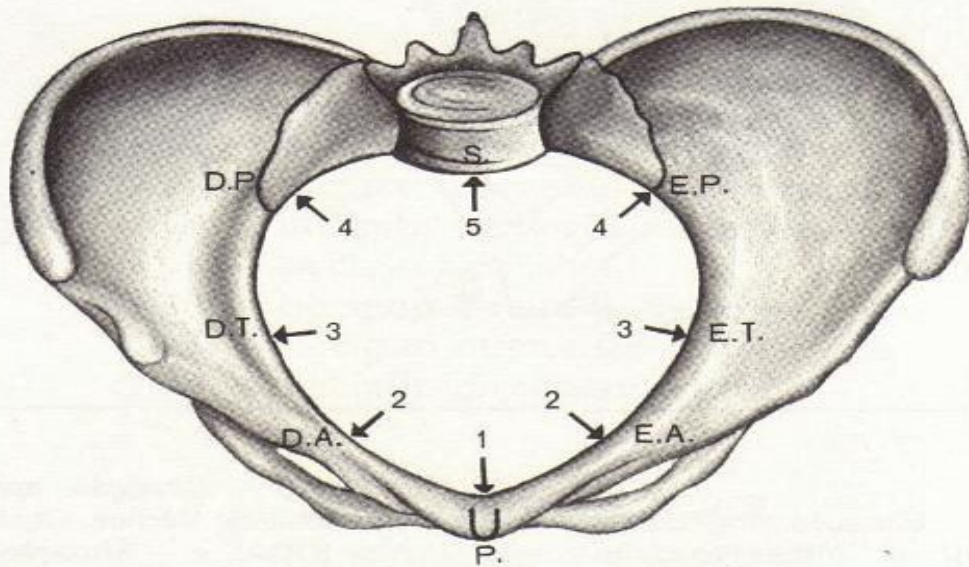


OEA

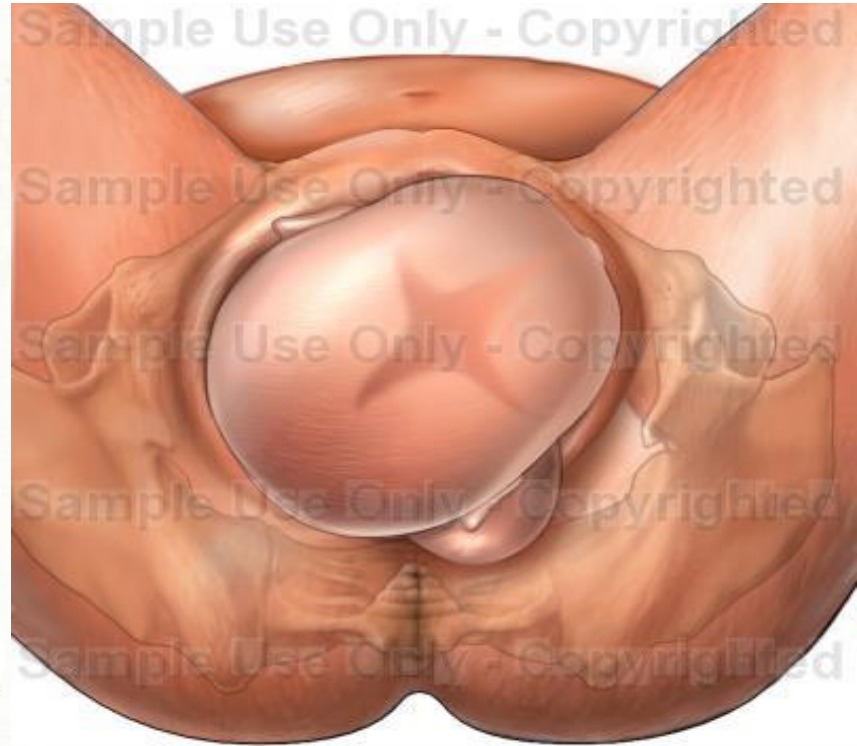
OEP

OE

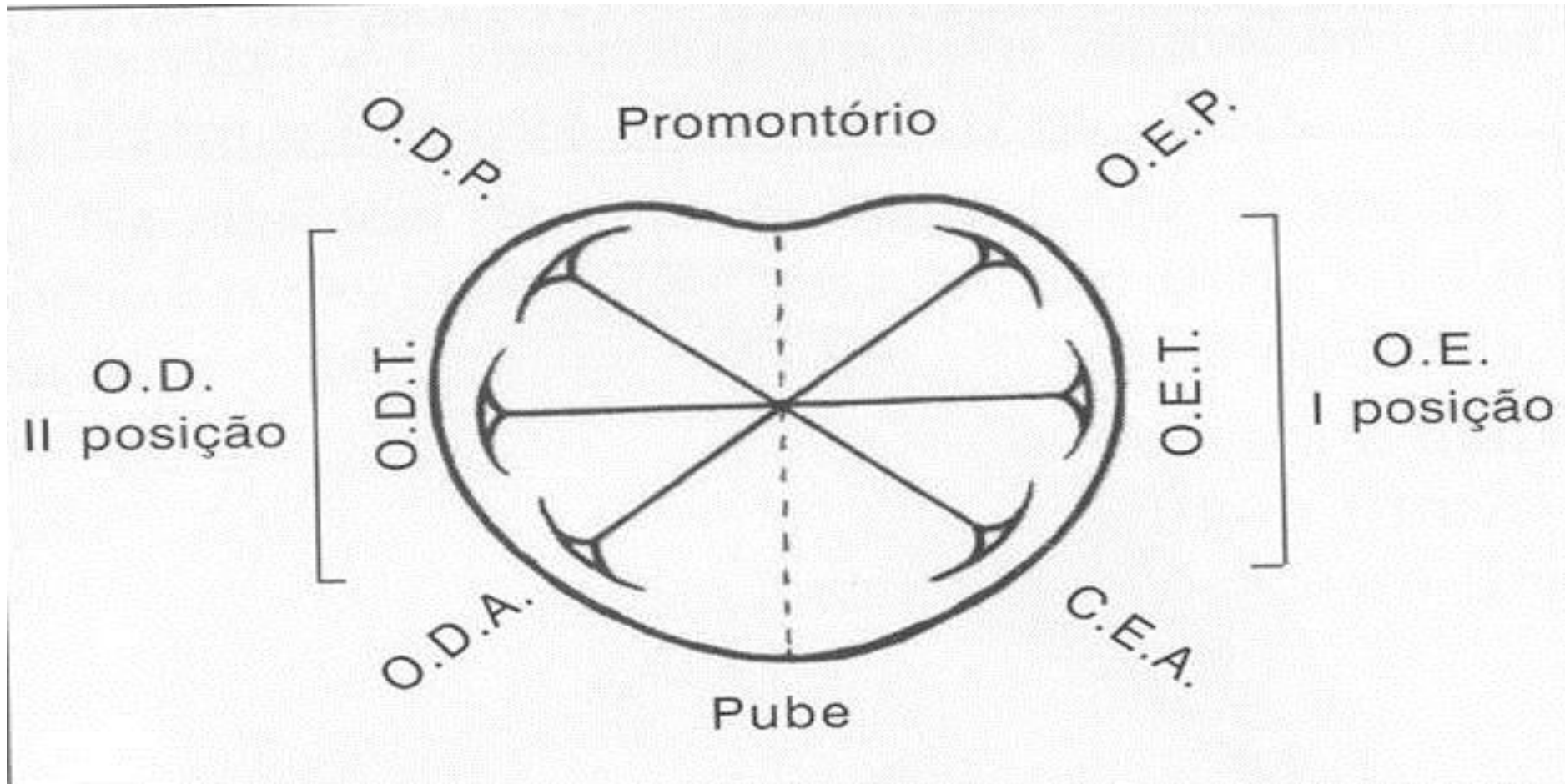
Variedades de posição fetal



Pontos de referência maternos e seus símbolos. 1 — pube; 2 — eminência ileopectínea; 3 — extremidade do diâmetro transverso; 4 — sinostose sacroilíaca; 5 — sacro.



Variedades de posição fetal



Variedades de posição fetal



Occipito-Pubiana (OP)



Occipito-Anterior Esquerda (OAE)



Occipito-Esquerda Transversa (OET)



Occipito-Esquerda Posterior (OEP)



Occipito-Sacra (OS)



Occipito-Direita Posterior (ODP)



Occipito-Direita Transverso (ODT)



Occipito-Direita Anterior (ODA)

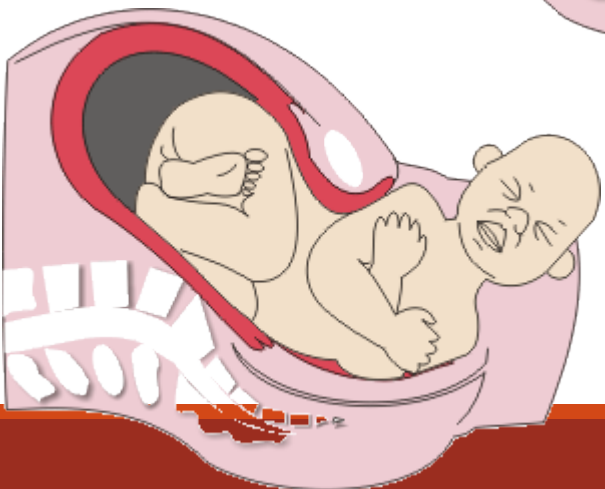
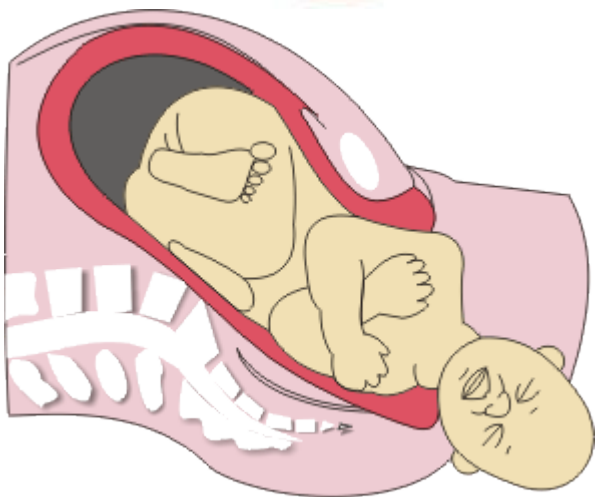
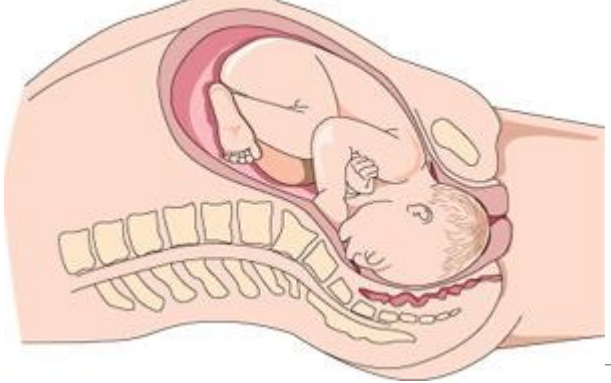
MECANISMOS DO PARTO

- O que o feto precisa fazer (movimentos) para passar pelo canal do parto.
- Didaticamente dividimos em 4 tempos principais e 4 tempos acessórios.

- **Insinuação**
- **Descida**
- **Desprendimento**

MECANISMOS DO PARTO

- **Tempos principais – Tempos acessórios:**
- ✓ Insinuação com flexão.
- ✓ Descida com rotação interna.
- ✓ Desprendimento com deflexão.
- ✓ Restituição com desprendimento dos ombros.



Assinclitismo

➤ **Assinclitismo:** São os movimentos de lateralização da cabeça fetal para tentar passar pela bacia.

➤ **Pode ser:**

➤ **Anterior (de Nagele)**

a sutura sagital está mais longe da sínfise púbica e perto do promotório

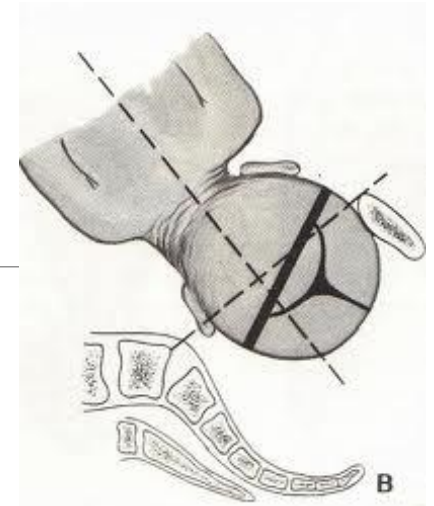
➤ **Posterior (Litzmann)**

a sutura sagital está mais perto da sínfise púbica e mais longe do promontório).

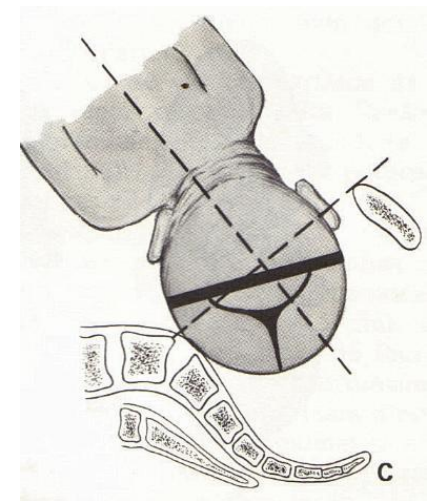
➤ Quem determina o assinclitismo é o parietal.

Assinclitismo

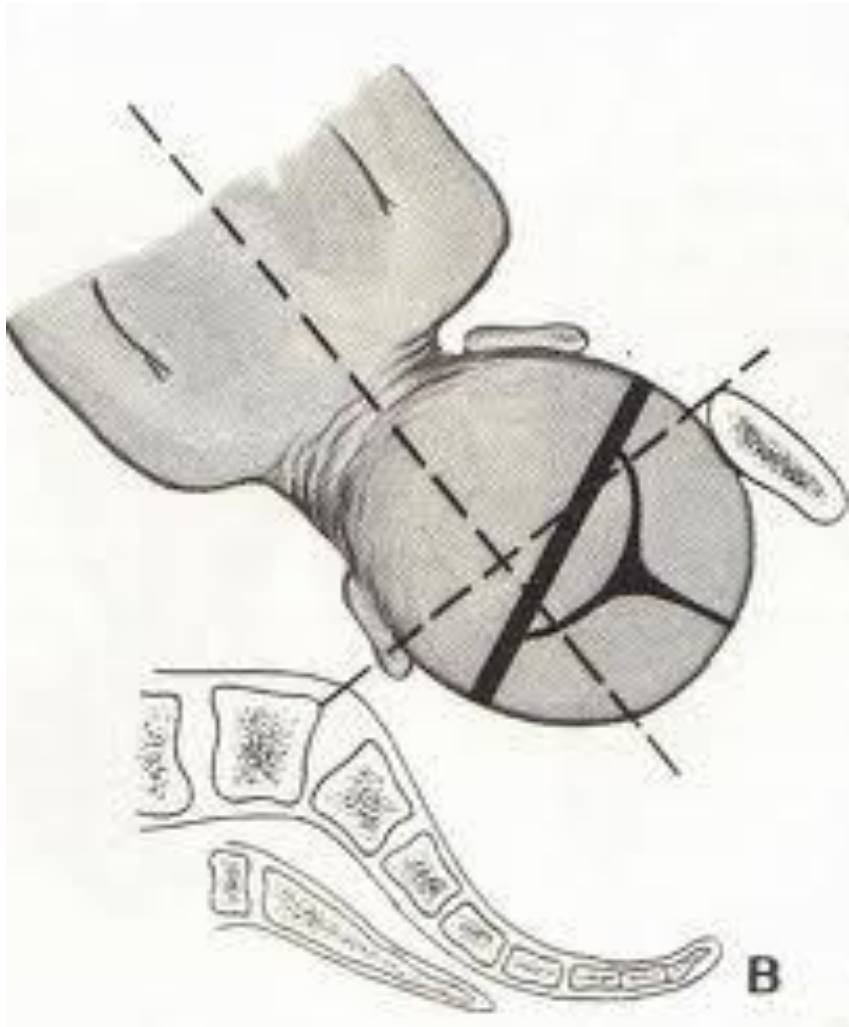
- Nem todo assinclitismo é patológico e por isso não significa cesariana sempre.
- Quem determina o assinclitismo é o **parietal**:
- se o parietal livre for o anterior assinclitismo anterior (a cabeça está encostada no sacro – Nagelle);
- se o parietal livre for o posterior assinclitismo posterior (a cabeça está encostada na sínfise púbica – Litzmann).



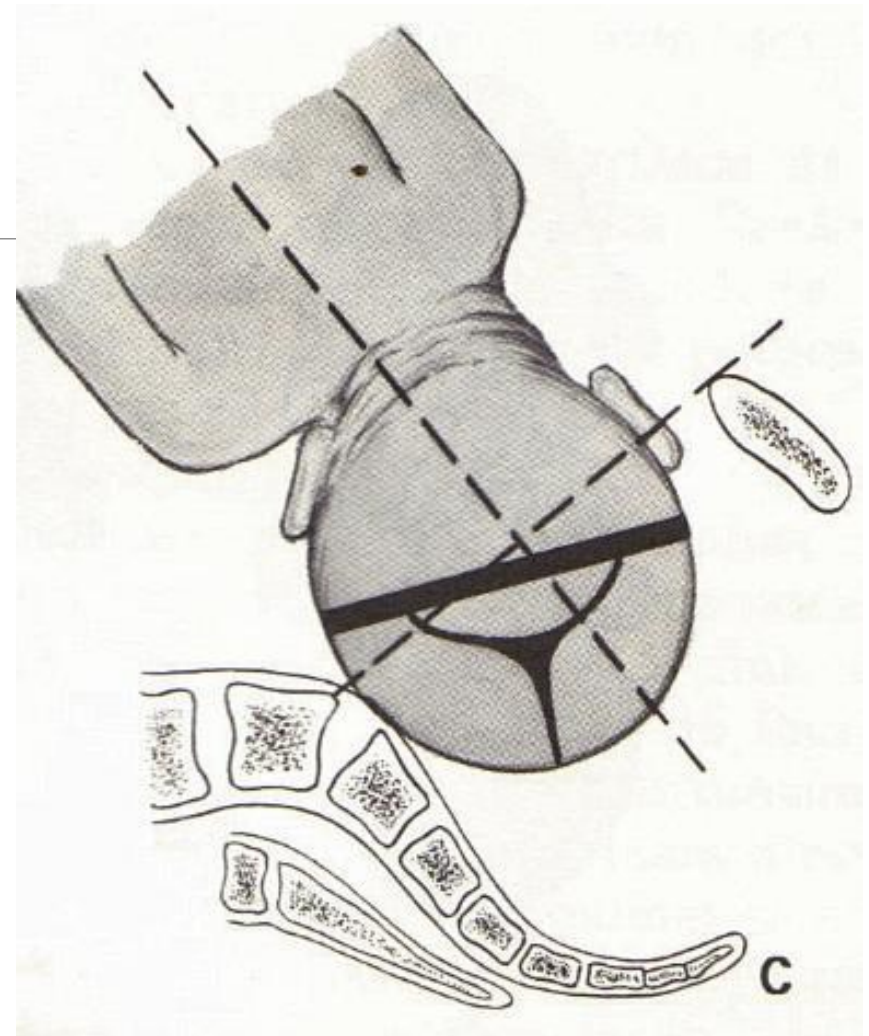
ASSINCLITISMO POSTERIOR



ASSINCLITISMO ANTERIOR



ASSINCLITISMO POSTERIOR



ASSINCLITISMO ANTERIOR

Períodos Clínicos do parto

1

- **Dilatação:** que se inicia com as contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo do útero.

2

- **Expulsão:** que se inicia com a completa dilatação do colo e vai até o nascimento da criança.

3

- **Dequitação:** começa com a saída total da criança e termina com a eliminação da placenta e seus anexos.

4

- **Período de Greenberg ou quarto período:** corresponde às primeiras 1 ou 2 horas após a saída da placenta.

Contratilidade Uterina

- **Conceito:** é o fenômeno mais importante do trabalho de parto, indispensável para fazer dilatar o colo e expulsar o concepto.
- **PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS TOCOMÉTRICOS**
 - Avaliar as pressões intra-uterinas: amniótica, intramiometrial, placentária e puerperal.
 - Dinâmica uterina (DU)
 - **Distócia motora**



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: manual técnico. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de tecnologia no SUS-CONITEC. Diretriz nacional de assistência ao parto. Brasília, 2016.

CUNNINGAM, F. G. Obstetrícia de Williams. 24ª Ed. Editora McGraw-Hill.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. O cuidado em enfermagem materna. 5ª edição. Editora Artmed, 2002.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Obstetrícia Fundamental. 12ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013.

RICCI, S. S. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. Zugaib Obstetrícia. 3ª ed. Editora Manole, 2016.

Obrigada!!!

