Manobra de Valsalva

Encha o peito de ar, feche a boca e agora faça força!

Esta é seguramente uma frase conhecida pela maioria das mulheres que já passou pela preparação para o parto e/ou por um parto vaginal. Este tipo de respiração tem tecnicamente o nome de Manobra de Valsalva.

Na origem desta frase está o Dr. António Valsalva (1666/1723). A manobra de Valsalva foi originalmente um método de "soprar" o ouvido médio, e que ainda é praticado. É igualmente uma ferramenta de diagnóstico utilizada para avaliar a condição cardíaca e é por vezes feita como tratamento de correção de ritmos cardíacos anormais e de alívio das dores no peito.

O seu uso na obstetrícia começou quando as mães altamente medicalizadas não conseguiam sentir a forte vontade de fazer força e acreditava-se que a manobra de Valsalva iria acelerar a descida do bebé e assim dar lugar a um parto mais rápido.

O que dizem os meios científicos da utilização desta manobra no parto?

Comecemos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) transcrevendo as suas recomendações nesta matéria:

4.4 O procedimento de fazer força na segunda fase do trabalho de parto A prática de estimular o fazer força de forma prolongada e dirigida (manobra de Valsalva) durante a segunda fase do trabalho de parto é amplamente utilizada em muitas maternidade. A alternativa é apoiar o padrão espontâneo da mulher de fazer força. Vários estudos compararam estas duas práticas (Barnett e Humenick 1982, Knauth e Haloburdo 1986, Parnell e al 1993, Thomson 1993). A força involuntária resultou em três a cinco "forças" relativamente curtas (4-6 segundos) a cada contração, comparando com forças contínuas com 10-13 segundos de duração, acompanhadas por apneia forçada. O segundo método resulta numa segunda fase um pouco mais curta, mas pode causar alterações de frequência e de volume de fluxo cardíaco provocadas pela respiração. Se a mulher estiver deitada de costas, pode haver também compressão da aorta e redução do fluxo sanguíneo ao útero. Nos estudos publicados, o pH médio na artéria umbilical foi menor nos grupos com força prolongada, e havia uma tendência para depressão dos valores de Apgar. As evidências existentes são poucas, mas delas emerge um padrão onde o fazer força de forma prolongada e precoce resulta numa diminuição modesta da duração da segunda fase, mas isto não parece trazer nenhum benefício; parece haver comprometimento das trocas gasosas materno-fetal. A força espontânea curta parece ser melhor (Sleep et al 1989). Em muitos países, é comum a prática de fazer pressão no fundo do útero durante o segundo estágio do trabalho de parto, com a intenção de acelerar o nascimento. Às vezes isto é feito pouco antes do desprendimento, outras desde o início do período expulsivo. Além do aspeto do maior desconforto materno, suspeita-se que esta prática possa ser perigosa para o útero, períneo e feto, mas não existem dados de pesquisa sobre este assunto. A impressão é que, no mínimo é usado com muita frequência, sem que existam evidências da sua utilidade. (1)

Não é nossa intenção transcrever este manual da OMS, mas no ponto 4.3, é também abordada a questão de quando dar início à chamada "fazer força". A recomendação da OMS, vai naturalmente, no sentido de esperar que ela seja espontânea, tal como é suposto numa abordagem fisiológica, independentemente de a dilatação já estar completa. (1)

Apesar destas recomendações e diretrizes se manterem já há 10 anos, parece que a resistência à mudança na prática leva a que o tema continue a ser alvo de estudos.

Em Janeiro de 2006 o Gray Journal (Jornal Americano de Obstetrícia e Ginecologia) publicou um estudo que revela o seguinte: "a diferença tem pouco impacto em todo o tempo do parto, cujos especialistas dizem que pode ir além das 14 horas em média, quando às mulheres foi dito para fazer força em cada contração, deram à luz 13 minutos mais rápido que aquelas que não receberam qualquer tipo de instrução". (2)

A manobra de Valsalva foi ainda identificada como um dos fatores de risco de trauma genital em partos vaginais espontâneos e normais, hospitalares, em mulheres primíparas assistidas por enfermeiras-partadeiras, num estudo publicado no The Birth Journal em Junho de 2006. (3)

Se experimentar fazer a manobra de Valsalva, independentemente da posição em que estiver consegue perceber que o efeito gerado é o contrário ao que o corpo necessita (sensação essa que é ampliada no período expulsivo, ou seja o períneo é contraído em lugar de descontraído).

Poder-se-á ainda questionar se o tão falado e sem suporte científico, recurso à episiotomia, não será também fruto da manobra Valsalva, tendo em conta as suas consequências na zona do períneo.

Acreditar que a mulher tem que aprender a respirar para o trabalho de parto e parto, como se de uma varinha mágica se tratasse, para levar ao sucesso da experiência do parto é algo que não faz sentido.

O Lamaze Institute, que divulgou amplamente esta técnica durante vários anos, vive atualmente uma época de alguma confusão a nível internacional, exatamente pela imagem histórica que criou de uma preparação para o parto, tendo como “marca” a respiração. De forma a contrariar e a demonstrar a mudança de atitude na preparação para o parto, no seu último guia The Official Lamaze Guide, fala mesmo de repensar a respiração e relaxamento. Neste guia, a mulher é convidada a encontrar a sua própria respiração consciente, e a procurar outras formas de se manter ativa para lidar com as contrações: andar, dançar, massagens, bolas de parto, baloiçar, etc. Em suma a respiração já não é o ensino ou a prática, do Lamaze Institute.

No entanto em Portugal o método Lamaze utilizado nas preparações para o parto continua a ser aquele que o próprio Instituto Lamaze Internacional deixou já há uns bons anos.

No processo natural, é normal pensarmos que a fecundação de um bebé foi feita entre sons e gemidos de satisfação, de uma relação sexual amorosa, e isso não choca, nem surpreende ninguém. Ao escutar-se os sons emitidos pelas mulheres livres durante a fase de expulsão do bebé, sem ver a imagem correspondente, facilmente se confunde-os. Nada então faz mais sentido, que este mesmo início, termine, num período com manifestações semelhantes.

Compete à sociedade aprender que tem que escutar a mulher no parto e dar tempo para que este se concretize, pois é algo que faz parte da fecundação e do início da vida.

Poder-se-á pensar que é primitivo e animalesco, e é seguramente, tal como um orgasmo.

Aceitaria ter aulas de preparação sexual em que lhe fosse ensinado como fazer e actuar no momento de um orgasmo?

Se aos profissionais compete actualizarem-se com base nas evidências, mudarem as suas práticas, deixarem o parto fluir naturalmente no seu processo fisiológico, e participarem na tão grandiosa tarefa de apoiar a mulher, às mulheres, compete-lhes recuperarem a confiança na sua capacidade inata de qualquer “fêmea”, de parir, escutando os seus instintos, em lugar de esperarem por “ordens” externas.

Todos deveríamos re-aprender que o período expulsivo fisiologicamente funciona e que não necessita de ser cronometrado nem dirigido por técnicas respiratórias. Precisa apenas de ser espontâneo para quem está diretamente envolvido: Mulher e Bebé!

Em suma, toda a forma como se acolhe e se cuida do parto precisa de Re-Nascer, para que o Parto volte a ser algo em que possamos confiar, sem que isso signifique que não se esteja alerta.

Sandra Oliveira
Doula
BioNascimento

Referências:

- (1) - Care in normal birth: A practical guide. 1996, WHO
- (2) - Coaching women during childbirth has little impact, Dec 30, Reuters
- (3) - Leah L. Albers CNM, DrPH, Kay D. Sedler CNM, MN, Edward J. Bedrick PhD, Dusty Teaf MA, Patricia Peralta (2006)
Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births Birth 33 (2), 94–100.