

Fisioter Bras 2019;20(6):782-90
<https://doi.org/10.33233/fb.v20i6.2872>

REVISÃO

Recursos fisioterapêuticos na dor pélvica gestacional: revisão da literatura e proposta de manual de orientação

Physiotherapeutic resources in gestational pelvic pain: review and proposal of guidance manual

Renata Stefânia Olah de Souza*, Bianca Mesquita de Moraes*, Claudia de Oliveira**, Patricia Andrade Batista***, Rossana Pulcineli Vieira Francisco****, Clarice Tanaka*

*Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, **Departamento de Fisioterapia, Universidade Santa Cecília, Santos/SP, ***Departamento de Fisioterapia, Universidade Ibirapuera, São Paulo, ****Disciplina de Obstetrícia, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP

Recebido em 23 de maio de 2019; aceito em 25 de novembro de 2019.

Correspondência: Renata Stefânia Olah de Souza, Rua Uruguaiana, 1144, 13026-002 Campinas SP

Renata Stefânia Olah de Souza: obstetricia.renataolah@gmail.com
Bianca Mesquita de Moraes: obstetricia.biancamesquita@gmail.com
Claudia de Oliveira: claufisio2005@yahoo.com.br
Patricia Andrade Batista: pab.fisio@gmail.com
Rossana Pulcineli Vieira Francisco: rossana.francisco@hc.fm.usp.br
Clarice Tanaka: cltanaka@usp.br

Resumo

Introdução: Este estudo apresenta uma revisão da literatura a respeito da dor pélvica gestacional, uma dor sentida entre as cristas ilíacas posteriores, as dobras glúteas e as articulações sacroilíacas, podendo irradiar para a região posterior da coxa e ocorrer junto com a dor na sínfise púbica. **Objetivos:** Fazer uma revisão da literatura, levantando estudos sobre quais intervenções fisioterapêuticas foram mais eficazes no tratamento de mulheres portadoras de dor pélvica gestacional sem associação à dor lombar, e propor um manual de orientação para essas pacientes. **Métodos:** Revisão da literatura, consultando-se artigos publicados entre os anos 2008 e 2019, nas bases de dados Pedro, Pubmed e Scielo. **Resultados:** Os resultados desta pesquisa apontam que os recursos fisioterapêuticos encontrados nos estudos amenizaram a dor pélvica gestacional e contribuíram para funcionalidade das gestantes; nenhum, porém, foi capaz de zerar as queixas das pacientes. **Conclusão:** Existem recursos fisioterapêuticos para a dor pélvica gestacional que reduzem a dor e melhoram a funcionalidade das gestantes; porém, pelo baixo número de estudos sobre essa dor considerada isoladamente da dor lombar, sugerem-se mais pesquisas sobre abordagens fisioterapêuticas que se mostrem mais efetivas para mulheres nessa condição.

Palavras-chave: gestação, dor pélvica, dor da cintura pélvica, Fisioterapia, modalidades fisioterapêuticas.

Abstract

Introduction: This study is a literature review of gestational pelvic pain, a pain felt between the posterior iliac crests, gluteal folds and sacroiliac joints, which may radiate to the posterior thigh and may occur along with pain in the pubic symphysis. **Objectives:** To review the literature and to study which physiotherapeutic interventions were most effective in treating women with gestational pelvic pain without association with low back pain, and to propose a guidance manual for these patients. **Methods:** Literature review, consulting articles published between 2008 and 2019, in the Pedro, Pubmed and Scielo databases. **Results:** The results indicate that the physiotherapeutic resources softened gestational pelvic pain and contributed to the functionality of pregnant women; none, however, was able to clear the patients' complaints. **Conclusion:** There are physical therapy resources for gestational pelvic pain, which reduce pain and improve the

functionality of pregnant women; however, due to the low number of studies on this pain considered separately from low back pain, further research on physiotherapeutic approaches that are more effective for women in this condition is suggested.

Key-words: pregnancy, pelvic pain, pelvic girdle pain, Physical therapy, physiotherapeutic modalities.

Introdução

A dor pélvica gestacional (DPG) é um distúrbio musculoesquelético que afeta a pelve durante a gestação, sendo caracterizado por dor em área localizada entre a crista ilíaca posterior, a dobra glútea e as proximidades das articulações sacroilíacas. Dentre todas as mulheres que relatam dor em região lombopélvica, estima-se que cerca de 50% experimentam a DPG durante a gravidez, 33% a vivenciam junto com a dor lombar e 30% a continuam sentindo no pós-parto [1]. Apesar de a DPG ter um impacto importante na qualidade de vida das mulheres, as gestantes são encorajadas a acreditar que ela é normal na gravidez [1].

A DPG geralmente tem início no segundo trimestre gestacional e se intensifica entre 24 e 36 semanas de gestação [2]; é causa de problemas emocionais e sociais por acarretar limitações físicas e por gerar grande interferência nas atividades de vida diária, ao dificultar movimentos como caminhar, levantar, manter-se em pé, sentar, subir escadas e virar-se na cama; compromete o sono e, por vezes, a relação sexual [1].

Sua fisiopatologia ainda não é clara, mas sugere-se ser resultante da combinação de alterações biomecânicas e hormonais naturais da gestação. Seu risco de ocorrência aumenta em casos de mulher que tenha história de trauma pélvico e de DPG em gestações anteriores, que seja multípara, obesa e/ou realize trabalhos manuais pesados [1,3].

A maior parte dos estudos não faz distinção entre DPG e dor lombar e, por isso, a literatura é vasta quando se trata de dor lombopélvica [3]. Nos últimos anos foram realizados diversos estudos sobre as intervenções fisioterapêuticas no tratamento da dor lombopélvica gestacional. A educação postural da paciente [4], a acupuntura, os cintos pélvicos, os exercícios [5] e também a terapia manual [6] são intervenções sugeridas no controle da dor. São necessários, porém, mais estudos sobre a DPG, dissociando-a da dor lombar, pois muitas gestantes são portadoras apenas da DPG e diferenciar uma da outra é importante para a escolha de um tratamento específico [4].

A presente revisão tem como objetivo primário, mediante busca de ensaios clínicos randomizados (ECRs) dos últimos 11 anos, levantar os estudos sobre quais intervenções fisioterapêuticas são mais eficazes no tratamento de mulheres portadoras de DPG sem associação à dor lombar; e, como objetivo secundário, apresentar um Manual de Orientações para gestantes, pensado a este estudo. Ele tem a finalidade de melhor informar as grávidas sobre a DPG.

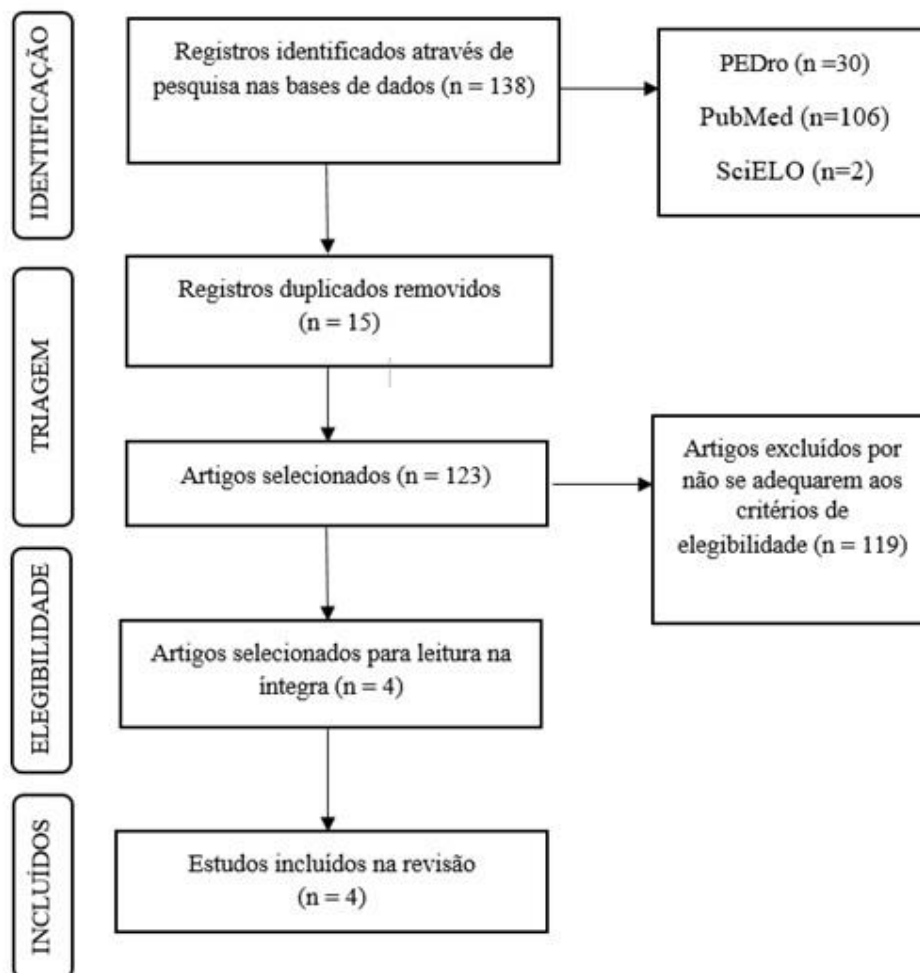
Material e métodos

Para a presente revisão, foram consultadas as bases de dados Pubmed, Scielo e Pedro, nas quais foram pesquisados os ECRs publicados entre janeiro de 2008 e maio de 2019, com os seguintes descritores em inglês pregnant, pregnancy, pelvic pain, pelvic girdle pain, physiotherapy e physiotherapeutic modalities, e em português gestação, dor, dor da cintura pélvica, fisioterapia e modalidades fisioterapêuticas. Os descritores foram combinados em pares com os operadores booleanos and e or. Optou-se por uma busca ampla para que o máximo de estudos aparecesse nos resultados.

Os estudos encontrados foram lidos e selecionados de forma independente, por duas das autoras. Ambas aplicaram os critérios de elegibilidade, iniciando a seleção dos estudos pela leitura do título e do resumo, para identificar artigos que compreendessem aplicação de técnica fisioterapêutica. Essa etapa foi seguida da leitura do texto completo de dois tipos de estudos: aqueles cujos títulos e/ou resumos não forneceram informações suficientes para serem selecionados; e os que se encaixaram em todos critérios previamente determinados. A elegibilidade dos estudos ocorreu por meio da estratégia PICOS, que identifica os seguintes componentes: população (P), intervenção (I), comparação (C), resultados (outcomes, em inglês - O) e tipo de estudos (study, em inglês, S) [7]. Os critérios de inclusão e exclusão estão especificados na Tabela 1 e na Figura 1.

Tabela I - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados para a revisão.

PICOS	Inclusão	Exclusão
P – Participate (População)	Gestantes com DPG	Mulheres não gestantes
I – Intervention (Intervenção)	Técnicas fisioterapêuticas no tratamento de DPG	Yoga, acupuntura, cintos pélvicos, técnicas não aplicadas por fisioterapeutas
C – Comparision (Comparação)	Grupos controle e intervenção; Grupo de intervenções distintas	-
O – Outcome (Resultado)	Redução de dor, melhora de função	-
S – Study (Estudo)	ECRs	Estudos de caso, estudos não randomizados, revisões

**Figura 1** - Fluxograma da seleção de artigos para a revisão.

Para a criação do Manual de Orientações - colocado como Apêndice deste estudo - foram utilizadas informações extraídas dos próprios estudos e das diretrizes europeias de DPG [1]. Foi direcionado para gestantes portadoras de DPG. Seu conteúdo elenca conhecimentos sobre a pelve e a DPG, definindo-a e relatando suas principais causas, localização, fatores de piora, formas de diagnóstico, tratamento fisioterapêutico indicado, dúvida mais comum e propostas de postura para obtenção de conforto ao longo da gestação e do parto. Para facilitar o entendimento do conteúdo, o manual foi redigido utilizando-se linguagem informal, própria das

conversas do dia a dia. O Manual de Orientações foi avaliado por duas revisoras de conteúdo convidadas, mas ainda não foi validado com gestantes.

Resultados

A busca nas bases de dados resultou em 138 artigos. Após exclusão dos estudos repetidos (n=15) e dos artigos cujos títulos e/ou resumos não condiziam com os critérios de elegibilidade (n=119), foram selecionados 4 artigos para leitura na íntegra, após considerados os critérios de seleção adotados nesta pesquisa, os mesmos foram incluídos na presente revisão. Esses estudos caracterizam-se conforme o especificado na Figura 3.

ARTIGO	POPULAÇÃO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS	NOTA PEDro
Ceprnja e Gupta (2018) [8]	80 gestantes Grupo TENS como primeira intervenção e Grupo MET como primeira intervenção	Ambos os grupos fizeram as mesmas intervenções, porém em ordens distintas. Uma única sessão de TENS placebo com eletrodos não condutores, MET em flexão ou extensão de quadril e tratamento fisioterapêutico convencional (massagem dos tecidos moles, fornecimento de apoio pélvico, mobilização, manipulação, exercícios, gravação, educação postural, educação sobre modificação da atividade e crenças relacionadas à instabilidade pélvica)	Ambos os grupos apresentaram melhora em dor e função, mas sem diferença significativa entre eles	9/10
Vaidya (2018) [9]	30 gestantes Grupo Maitland e Grupo TENS.	Grupo TENS: 5 sessões, 3x/semana, por 30min, sobre área dolorosa, frequência de 150Hz, largura de pulso de 80-100ms e intensidade de acordo com limiar da paciente. Grupo Maitland: 5 sessões, 3x/semana, com mobilizações grau 1 e 2 por 30segundos, dirigidas à espinha ilíaca posterosuperior. Ambos os grupos: exercícios de estabilização lombopélvica	Ambos os grupos apresentaram melhora, principalmente o grupo Maitland	7/10
Scott et al. (2018) [10]	23 gestantes Grupo Água e Grupo Solo	Cada grupo realizou quatro sessões semanais de exercício que incluiu aquecimento, desaquecimento, relaxamento pélvico, exercícios de controle e estabilidade. Ambos os programas foram focados em exercícios e grupos musculares semelhantes	Exercício na água parece oferecer maiores benefícios clínicos às gestantes em comparação com o exercício de terra.	5/10
Melkersson et al. (2017) [11]	97 gestantes Grupo Controle e Grupo Intervenção	Grupo Intervenção: manipulação de alta velocidade em osso cuboide, com paciente em decúbito dorsal e perna relaxada sobre um travesseiro; manipulação de articulação subtalar com paciente deitada sobre o lado afetado e joelhos fletidos; mobilização de tibia distal, maléolo lateral e articulação talocrural com paciente agachada; 1 sessão semanal, por 6 semanas; 1 sessão, 1 semana após fim de tratamento e uma sessão 3 meses após o parto	Pequena redução de dor, segundo a EVA.	9/10

EVA = Escala Visual Analógica de dor; TENS = estimulação elétrica transcutânea: sigla derivada do inglês *Transcutaneous electrical nerve stimulation*; MET = medida para estimar o custo energético da atividade física, independentemente do peso; sigla derivada do inglês *Metabolic Equivalent of Task*.

Figura 3 - Características dos estudos.

Discussão

Esta revisão objetivou verificar quais das intervenções fisioterapêuticas apresentadas nos textos disponíveis nas bases de dados consultadas são usadas para tratar da DPG e quais constituem recursos eficazes nesse tratamento. Objetivou também propor um manual de orientação para pacientes que sofrem de DPG.

Somente quatro estudos preencheram os critérios de elegibilidade para inclusão nesta revisão. Todas as intervenções nos grupos estudados - como a aplicação do TENS, aplicação de técnica de energia muscular [8], mobilização das articulações sacroilíacas (Maitland) [9], exercícios no solo e na água [10] e manipulações dos pés [11] - mostraram melhora nos critérios avaliados, mas nenhuma foi capaz de zerar a DPG. Não foram encontrados estudos que, preenchendo os critérios de elegibilidade, verificassem a utilização de outros recursos terapêuticos comumente utilizados na prática clínica, como bandagens elásticas e termoterapia.

Vale ressaltar que, no estudo de Ceprnja e Gupta [8], não foi possível determinar qual intervenção proposta em seu protocolo foi determinante para a redução de dor e melhora de função durante a sessão, e que o protocolo consistiu em apenas um único atendimento.

Foram encontrados poucos estudos sobre tratamentos exclusivamente para DPG; existem, porém, muitos sobre dor lombopélvica durante a gestação, ou dor pélvica associada à gestação e que se estendeu no período pós-parto. Verstraete *et al.* [12] publicaram uma revisão em que citam diversas opções (medicamentosas, cirúrgicas e não cirúrgicas) para manejo da DPG e mostraram que há evidências positivas em relação à fisioterapia pré e pós-parto, com prescrição de exercícios personalizados e leves, com foco em estabilização lombopélvica. Colla *et al.* [13] verificaram o efeito de exercícios terapêuticos realizados com 1781 gestantes e puérperas; não chegaram, porém, a um consenso sobre a prescrição dos mesmos para o controle da DPG. No estudo de Gutke *et al.* [5], houve maior efetividade na acupuntura e no uso de cintos pélvicos quando comparados aos exercícios terapêuticos. Na revisão de Van Bentem *et al.* [4] os autores verificaram que exercícios terapêuticos associados à educação postural da paciente tiveram efeito positivo sobre a dor, diminuindo a incapacidade para atividades laborais e a ausência ao trabalho. Na presente revisão, contudo, a acupuntura e o uso de cintos pélvicos não foram abordagens sugeridas para o manejo da DPG, pois não são ações exclusivas de fisioterapeutas, fato que impossibilita a comparação entre os estudos selecionados e o que a literatura oferece.

Como os artigos analisados mostraram que a educação postural da paciente associada a intervenções fisioterapêuticas promove efeito positivo sobre a dor [4], este estudo foi complementado por um Manual de Orientações dirigido a gestantes portadoras de DPG. Redigido em linguagem simples e contendo informações básicas sobre a DGP, esse material foi proposto pelas autoras com o fim de contribuir para o bem-estar físico, emocional e social das mulheres grávidas.

Conclusão

Esta revisão demonstrou que há técnicas fisioterapêuticas destinadas ao manejo da DPG; que todas possuem efeito positivo sobre a dor, atenuando-a; que todas contribuíram para diminuir a incapacidade laboral das gestantes; mas que nenhuma foi capaz de amenizar completamente as dores das pacientes.

Apesar de existirem algumas evidências sobre a eficácia do tratamento da DPG, maior aprofundamento e mais pesquisas sobre abordagens fisioterapêuticas mais efetivas fazem-se necessários. Também são necessários mais estudos sobre o tratamento de DPG isolado do tratamento de dor lombar gestacional, uma vez que muitas mulheres apresentam somente a DPG, sem comprometimento lombar.

Referências

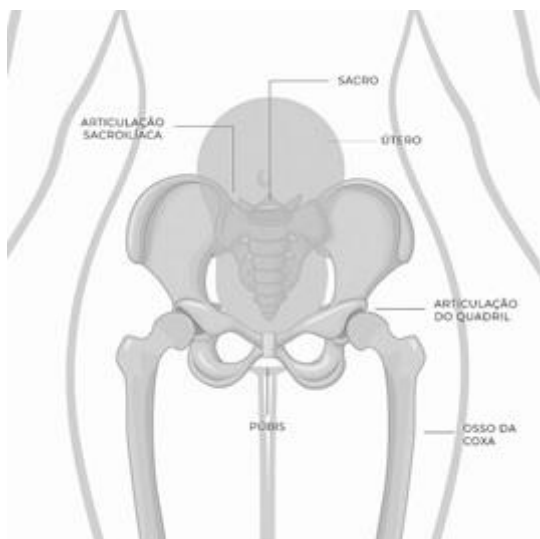
1. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J* 2008;17(6):794-819. <https://doi.org/10.1007/s00586-008-0602-4>

2. Wun WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieën JH, Wuisman PI et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. *Eur Spine J* 2004;13:575. <https://doi.org/10.1007/s00586-003-0615-y>
3. Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain Practice* 2010;10:60-71. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2009.00327.x>
4. Van Benten E, Pool J, Mens J, Pool-Goudzwaard A. Recommendations for physical therapists on the treatment of lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther* 2014;44(7):464-73. <https://doi.org/10.2519/jospt.2014.5098>
5. Gutke A, Betten C, Degerskär K, Pousette S, Olsén MF. Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapy modalities. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;94(11):1156-67. <https://doi.org/10.1111/aogs.12681>
6. Hall H, Cramer H, Sundberg T, Ward L, Adams J, Moore C, et al. The effectiveness of complementary manual therapies for pregnancy-related back and pelvic pain: A systematic review with meta-analysis. *Medicine* 2016;95(38):e4723. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004723>
7. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res* 2014;14(579). <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
8. Cęprnja D, Gupta A. Does muscle energy technique have an immediate benefit for women with pregnancy-related pelvic girdle pain? *Physiother Res Int* 2019;24:1746. <https://doi.org/10.1002/pri.1746>
9. Vaidya SM. Sacroiliac joint mobilisation versus transcutaneous electrical nerve stimulation for pregnancy induced posterior pelvic pain- a randomised clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2018;12(1):YC04-YC07. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/26696.10781>
10. Scott KL, Hellawell M. Effects of water- and land-based exercise programmes on women experiencing pregnancy-related pelvic girdle pain: a randomized controlled feasibility study. *Journal of Pelvic, Obstetric & Gynaecological Physiotherapy* 2018;122:21-29.
11. Melkersson C, Nasic S, Starzmann K, Bengtsson Bostrom K. Effect of foot manipulation on pregnancy-related pelvic girdle pain: a feasibility study. *J Chiropr Med* 2017;16(3):211-9. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2017.05.003>
12. Verstraete EH, Vanderstraeten G, Parewijck W. Pelvic Girdle Pain during or after pregnancy: a review of recent evidence and a clinical care path proposal. *Facts Views Vis Obgyn* 2013;5:33-43.
13. Colla C, Paiva LL, Thomaz RP. Therapeutic exercise for pregnancy low back and pelvic pain: a systematic review. *Fisioter Mov* 2017;30(2):399-411. <https://doi.org/10.1590/1980-5918.030.002.ar03>

Apêndice

O que é a DPG?

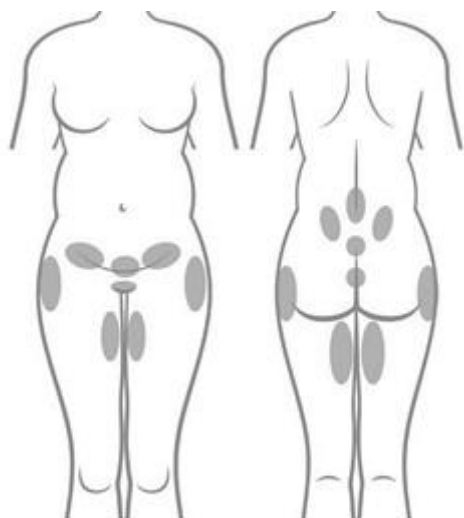
A pelve (Fig. 1) é um anel formado por ossos muito fortes que, unidos, transmitem as forças dos braços para as pernas, abrigam muitos órgãos e protegem o bebê na barriga da mãe. A união desses ossos da pelve se dá por meio de articulações.



Arquivo pessoal das autoras

Figura 1 - A pelve.

A dor pélvica gestacional (DPG) é uma dor que pode ser sentida tanto na parte da frente quanto na parte de trás do corpo. Essa dor geralmente se localiza entre as nádegas, a parte baixa das costas (articulação sacroilíaca), as laterais da pelve e o púbis, podendo também irradiar-se para a parte de trás das pernas, para a articulação da coxa (quadril) e para a virilha. Pode ocorrer em metade das mulheres grávidas; e, após o nascimento do bebê, pode permanecer em um terço delas, atrapalhando muito o bem-estar físico, emocional e social das mesmas. A DPG pode piorar em algumas situações, como quando a mulher grávida se vira na cama, mantém relação sexual, sobe e desce escadas, fica muito tempo em pé, caminha por longas distâncias, entra em carros e/ou sai deles.



Arquivo pessoal das autoras

Figura 2 - Locais da DPG.

Qual a causa da DPG?

A DPG é causada por vários fatores. Entre eles, estão a ação dos hormônios naturais da gestação, a mudança da postura da grávida e da forma com que se movimenta. Se você ainda tiver uma história anterior de trauma ou de dores na região pélvica, se realizar trabalho físico intenso ou se for obesa, terá mais chances de desenvolver a DPG.

Como a DGP é diagnosticada?

Apesar ser comum na gestante, sentir dor nunca é normal. Por isso, comunique ao seu obstetra qualquer dor ou incômodo na pelve. Depois de alguns testes que devem ser feitos, caso seja necessário, o médico poderá indicar tratamento medicamentoso.

Depois disso, você deverá ser encaminhada para um(a) fisioterapeuta especializado(a) em gestantes. Ele(a) irá realizar uma avaliação específica e traçar, para o seu caso, um plano de tratamento que poderá incluir: exercícios posturais em solo e na água, exercícios de estabilização da pelve, terapia manual e terapia por meio do uso de aparelhos TENS. Além disso, ele(a) lhe dará orientações sobre a melhor forma de se movimentar e de descansar.

A DPG pode prejudicar o bebê ou o parto?

Apesar de ser intensa e, muitas vezes, limitar as atividades do dia a dia, a DPG é sentida apenas pela mãe. Ela não afeta seu bebê. Também não é uma indicação de cesariana, não impede o parto normal. Fique tranquila! O(a) fisioterapeuta pode prepará-la, orientando-a sobre quais são os melhores movimentos para a hora do parto e ajudando-a a buscar alívio e conforto nesse momento.

Dicas de posturas para maior conforto durante a gravidez

Durante a gestação, é importante que você se mantenha ativa, mas identifique e evite as atividades que piorem suas dores. Sempre que necessitar, peça ajuda para lidar com as atividades diárias de casa e/ou do trabalho.

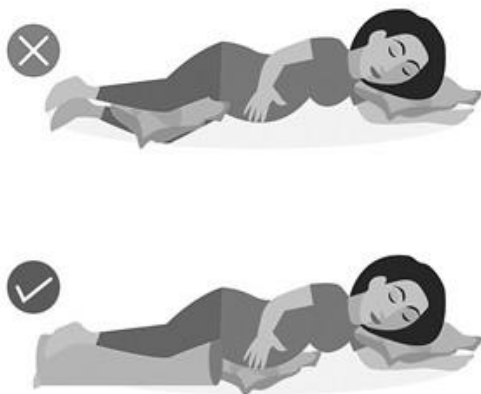
Procure sentar-se para vestir as roupas ou calçar os sapatos.

Se trabalha em pé ou se precisar ficar em pé por muito tempo, procure não descarregar todo seu peso sobre uma perna só. Se trabalha sentada, evite ficar com pernas cruzadas e mantenha a coluna bem apoiada; pode usar uma almofada para encostar-se.

Ao subir escadas, suba devagar, um degrau de cada vez, usando o corrimão como apoio, por segurança.

Para as relações sexuais, busque posições confortáveis, como deitada de lado ou ajoelhada, em quatro apoios. Conforto é muito importante também nesse momento.

Ao deitar-se, prefira a posição de lado, com um travesseiro entre os joelhos e os tornozelos, e outro travesseiro apoiando a barriga. Ao entrar num carro ou sair dele e ao se virar na cama, experimente girar o corpo com os joelhos unidos.



Arquivo pessoal das autoras

Figura 3 - Posições confortáveis para dormir.

Dicas de conforto durante o parto

A DPG exige alguns cuidados para garantir conforto à gestante durante o trabalho de parto e parto. O ideal é que você busque a melhor posição para o trabalho de parto. Pode ser muito confortável a posição em que a gestante fica ajoelhada em quatro apoios e com muitas almofadas apoiando a barriga.

Se houver possibilidade, use banho de chuveiro ou banheira durante o trabalho de parto para reduzir as dores. Se não tiver, use bolsa de água quente ou sementes nas regiões doloridas.

O calor é ótimo recurso para aliviar as dores.

Fazer movimentos circulares sentada em uma bola de pilates pode ajudar. Muitos hospitais possuem bolas para exercícios.

Peça para seu (sua) acompanhante massagear toda a sua pelve e quadris durante o trabalho de parto. Se for agradável, essa massagem pode ser feita também durante as contrações.

Na hora em que o bebê for nascer, evite ficar deitada de barriga para cima, com as pernas muito afastadas, pois nessa posição há maior tensão e maior ocorrência de dores. Converse com os profissionais que estarão cuidando de você sobre as posições mais confortáveis para alívio da DPG.



Arquivo pessoal das autoras

Figura 4 - *Posições confortáveis para o trabalho de parto.*