



Projeto da MCEESMO-OE

Maternidade com Qualidade

Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido

Indicador de Evidência

Descrição <p><i>A posição correcta a adoptar para o parto é subjectiva e variada de mulher para mulher. Ela influencia directa e indirectamente a sensação de dor, a capacidade de puxo, a oxigenação e o bem-estar materno-fetal; em suma a posição adoptada durante o parto influi nos resultados materno-fetais obtidos</i> (TERRY, Richard R. et al:2006)</p> <p>Em 1996, a OMS publicou um guia “Care in normal birth: a practical guide” onde, baseado na evidência científica internacional, incentiva fortemente a adoção da posição de parto escolhida pela própria mulher.</p> <p>Nas regiões com partos não “ocidentalizados”, a parturiente é livre de se colocar na posição em que mais confortável se sente. Fisiologicamente, a própria dor de parto guia a mulher no sentido de alterar a sua postura, modificando assim os diversos ângulos dos diferentes estreitos presentes no canal de parto, facilitando a expulsão fetal, evitando dessa forma distócias. De facto, a possibilidade de adoção de diversos posicionamentos durante o segundo período, permite à mulher adaptar-se às mudanças de posições fetais durante a sua descida pelo canal de parto (ROMANO; LOTHIAN:2007 e GUPTA JK; HOFMEYR GJ:2012)</p> <p>Nos séculos XVII e XVIII, o parto em posição supina foi ganhando terreno sobre as restantes posições sem o devido suporte científico e mais por influências laterais como Mauriceau ou o rei Luís XIV (DUNDES, Lauren:1987). Nos séculos seguintes, a não existência de um standard posicional para o parto e as vantagens para o corpo de medicina em utilizar a posição supina reforçou a utilização deste tipo de posicionamento para o parto (DUNDES, Lauren:1987).</p> <p>A configuração atual das salas de partos portuguesas ainda reflete muito este tipo de posicionamento a posição embora. Arriscamos a transpor para Portugal o que alguns autores referem como causa da manutenção da posição supina para o parto: a ignorância ou resistência dos profissionais (REID & HARRIS:1988), assim como fadiga/relutância materna, altas doses anestésicas via epidural, ou intolerância fetal À posição vertical materna (ZWELLING:2008)</p> <p>Hoje em dia, várias entidades mundiais recomendam a liberdade de escolha quanto à posição de parto, entre elas a OMS e o Lamaze Institute.</p>	
Evidência disponível <p>Nos últimos anos, estudos de diversas partes do mundo corroboram a inadequação da posição de litotomia de forma rotineira para o segundo período do trabalho de parto. A adopção de outro tipo de posições como a lateral, de cócoras, de gatas, reclinada ou sentada demonstram uma influência positiva tanto em termos fisiológicos como psicológicos na mulher (REID & HARRIS: 1988 e ROMANO, LOTHIAN:2008)</p> <p>A mecânica de todo o esqueleto materno vai influenciar tanto o primeiro como o segundo estadios do trabalho de parto, de forma direta e indireta.</p> <p>Assim, a posição de litotomia implica a imobilidade do osso sacro e dos estreitos no canal de parto. O decúbito dorsal também promove uma maior compressão da artéria aorta, dificultando a oxigenação fetal. Na variante posição de Mac Roberts, existe uma hiperflexão das coxas sobre o abdómen o que permite diminuir a curvatura lombo-sagrada a rotação cefálica da sínfise púbica, facilitando a expulsão do ombro anterior. A ocorrência de períneo intacto nesta posição é menor do que nas posições não supinas de parto (TERRY, Richard R. et al:2006). A este tipo de posicionamento supino está diretamente relacionado um aumento da percepção da dor por parte da mulher (WHO:1996)</p> <p>A posição ereta, engloba posições de pé, sentada e de cócoras. Às posições eretas estão associados melhores resultados na mãe, em termos da influência direta da gravidade, da menor compressão dos vasos sanguíneos centrais</p>	Resultados <p>Comparando as diversas posições adotáveis pela parturiente durante o período expulsivo, os resultados expectáveis são os seguintes:</p> <p>Litotomia -</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumento da sensação algica da parturiente e consequente Maior necessidade de analgesia farmacológica.• Maior duração da descida, rotação e expulsão fetais.• Menos eficácia dos puxos expulsivos implicando promovendo o alongamento do período expulsivo• Maior número de episódios desacelerativos ou mesmo de traçados cardiotocográficos não tranquilizadores do ponto de vista fetal (WHO:1996).• Maior necessidade de episiotomia e de instrumentalização do parto e Menor hemorragia; (deJONG et al:2007)• Score de Apgar tendencialmente mais baixo (WHO:1996).• Maior ocorrência de lacerações de 3º e 4º grau <p>Posição ereta -</p> <ul style="list-style-type: none">• Redução de período expulsivo, instrumentalização do parto, episiotomias e padrões anormais da FCF.



Projeto da MCEESMO-OE

Maternidade com Qualidade

(como a Aorta e Veia Cava) – com melhores resultados consequentes em termos de Tensão arterial materna, irrigação sanguínea da placenta e pH fetal-, maiores diâmetros pélvicos, maior eficácia das contrações uterinas (promovendo maior eficácia dos puxos), menor duração do período expulsivo (REID, HARRIS:1988 e GUPTA JK; HOFMEYR GJ:2012)

A posição de pé, por dar total liberdade de movimentos possibilita a realização tanto de movimentos de grande como de pequena amplitude e pode ser utilizada para facilitar a progressão de uma apresentação ainda alta. É possível a transição desta posição para cócoras (ou outra).

A **posição de cócoras** maximiza a influência da gravidade e implica a abdução dos membros inferiores influenciando positivamente os diâmetros pélvicos – facilitando deste modo a fase de expulsão-; os esforços expulsivos são mais eficazes e as distócia de ombros pode ser corrigida com esta posição. (REID&HARRIS:1988 e ROMANO, LOTHIAN:2008). Na variante **sentada**, uma desvantagem apontada a esta posição (no uso do banquinho maia, por ex.) é um aumento da hemorragia pós parto, que é explicada pelo maior engurgitamento sanguíneo do períneo nesta posição (de JONG, P.R. et all:1997). Esse ingurgitamento pode dever-se ao facto do retorno venoso estar comprometido pela pressão exercida quando a mulher se encontra sentada ou semi-sentada numa superfície dura (deJONG et all:2007), o que não se verifica na posição de cócoras.

A **posição lateralizada**, promove a assimetria dos estreitos o que pode facilitar a descida de apresentações fetais ainda altas através da maior amplitude no estreito inferior. Esta posição está associada a uma maior taxa de períneos intactos (SHORTEN et all:2002) o acesso ao períneo está facilitado (REID &HARRIS:1988)

A **posição de gatas**, possibilita uma melhor oxigenação do feto já que o seu peso é ressentido sobre o ventre/púbis aliviando a aorta e a veia cava. Numa apresentação posterior ainda alta, esta posição favoriza a sua rotação para anterior, e favoriza a rotação fetal, se a cabeça já estiver encaixada (Manobra de Gasking) A bacia tem grande liberdade de movimentos

- Aumento do índice de Apgar e da participação ativa da parturiente
- Maior número de lacerações perineais (menor taxa de episiotomia) – embora frequentemente nunca superiores a grau II, sobrestimação da hemorragia de parto.
- Menor intervenção profissional.
- Menor desconforto, maior tolerância à dor, menor dificuldade nos puxos, (de JONG, P.R. et all:1997)

Posição de cócoras

- Melhores diâmetros pélvicos
- Maior eficácia dos puxos diretamente influenciada pela maximização da ação da gravidade
- Menos acesso visual ao períneo
- Maior taxa de laceração perineal
- Maior hemorragia pós-parto

Posição lateralizada

- Os puxos, nesta posição, envolvem um menor risco de laceração e episiotomia do que em litotomia (SHORTEN et all:2002).
- Pela maior amplitude do estreito inferior, a expulsão pode estar facilitada nesta posição.
- Bom acesso ao períneo

Posição de gatas

- A maior facilidade de rotação da apresentação fetal facilita a sua progressão no canal de parto.
- Melhor oxigenação fetal
- Menor sensação de dor
- Maior descanso entre contrações (ROMANO, LOTHIAN:2008)

Situação em Portugal

Embora não exista dados estatísticos sobre esta matéria em Portugal, a configuração das salas de partos nos hospitais portugueses e o ainda muito reduzido empoderamento das grávidas quanto aos seus direitos no processo de parto/ aceitabilidade de planos de parto pelos profissionais de obstetria dão-nos uma indicação bastante clara e implícita da prevalência absoluta da posição de litotomia no segundo estadió do trabalho de parto.

No que respeita à percepção das mulheres e de profissionais sobre a liberdade de escolha de posição de parto, os estudos são escassos em Portugal mas existem a nível dos países ocidentais e evidenciam que: as primeiras não recebem muito pouca informação durante a sua gravidez e é-lhes oferecida pouca oportunidade de tomada de decisão sobre o seu parto. Os técnicos insistem na utilização da litotomia, sem a anuência da mulher, mantendo um enfoque intervencionista que subtrai a esta, a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor da sua autonomia. (GUPTA JK; HOFMEYR GJ:2012)

A analgesia epidural, como fonte primária de alívio das dores de parto, em detrimento de outros apoios farmacológicos e comprovadamente eficazes (como o banho de imersão) elimina muitas vezes qualquer tipo de controle da parturiente quanto à sensação e à ação na região perineal e nos membros inferiores, impedindo-lhe assim que possa optar por outro tipo de posicionamento.

Em Portugal um grupo de peritos juntou-se no sentido de realizar um documento em que se promova o parto normal (ORDEM DOS ENFERMEIROS:2012). Neste documento esta patente a necessidade de oferecer à parturiente um apoio contínuo durante o trabalho de parto e nascimento, maximizando o uso das suas próprias potencialidades. De entre as diversas intervenções que recomendam evitar utilizar de forma rotineira é a posição de litotomia para o parto

Recomendações, tendo em conta a evidência disponível

Estudos defendem que o posicionamento em litotomia para o parto como rotina não deve ser incentivado. Pelo contrário, a melhor atitude a tomar é de dar livre escolha à parturiente mesmo para o período expulsivo: as posições erectas apresentaram em vários estudos inúmeras vantagens em relação à litotomia: mesmo se o risco de lacerações é superior, a taxa de períneos intactos também é maior e, se a perda



Projeto da MCEESMO-OE Maternidade com Qualidade

sanguínea tende a ser maior, esta não apresenta qualquer risco significativo para a mulher (ROMANO, LOTHIAN:2008)

A própria forma de se gerir a dor de trabalho de parto deve ser revista; preferir formas não farmacológicas de gestão da dor de parto, é impedir que a mulher se veja impedida de se movimentar /posicionar como mais deseja. A analgesia escolhida não deveria impedir a mulher de se movimentar como deseja; uma posição erecta, permite uma maior capacidade de movimentação e de posicionamento, tornando a mulher mais proactiva no seu parto (GAYESKI; BRUGGEMANN:2009)

A resistência dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica a esta mudança nas práticas obstétricas não tem fundamentação científica válida e, no que concerne a enfermagem, pode inclusive, ferir o seu código deontológico ao impedir deliberadamente à parturiente, o direito de participação ativa nos seus cuidados durante o parto.

Compreende-se que se torna urgente a incorporação do respeito aos direitos humanos das mulheres sublinhando-se os direitos sexuais e reprodutivos na perspetiva da promoção da saúde, no âmbito da sexualidade e reprodução. Neste sentido é fundamental informar as mulheres sobre o parto (analgesias, posicionamentos...) e o plano de nascimento, para que assim possam tomar decisões sobre práticas clínicas que se realizam no seu próprio corpo (empowerment).

O registo dos diferentes posicionamentos usados no partos e dos resultados obtidos poderia facilitar o conhecimento das real situação portuguesa nesta matéria e por isso deveria ser incentivada.

Bibliografia

DUNDES, Lauren ; MHS The Evolution of Maternal Birthing Position. American Journal of Public Health. May 1987. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1647027/>

de JONG, P.R. et all Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Volume 104, Maio 1997

deJONG et all Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. British Journal of Obstetrics and Gynecology Março 2007

REID, Anthony J.; HARRIS, Nancy L. Alternative Birth Positions. Canadian Family Physician vol 34 Setembro 1988 disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219163/>

GUPTA JK; HOFMEYR GJ. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review) The Cochrane Collaboration. 2012. disponível em URL: <http://apps.who.int/whqlibdoc/reviews/CD002006.pdf>

Ordem dos Enfermeiros; APEO. Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada. Lisboa. Maio 2012. Disponível em URL:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Livro%C2%ABPeloDireitoaoPartoNormal-umaVis%C3%A3oPartilhada%C2%BBpublicadonoDialInternacionaldoEESMOParteira.aspx>

<http://www.lamaze.org/HealthyBirthPractices> (5: Get Upright & Follow Urges to Push)

ROMANO, Amy M.; LOTHIAN, Judith A. Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing Jan/Fev 2008

SHORTEN, Allison et all. Birth position, accoucheur and perineal outcome: informing women about choices for vaginal birth. Birth. Volume 29 issue 1, March 2002

TERRY, Richard R. et all. Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives. The Journal of the American Osteopathic Association April 2006. Disponível em URL: <http://www.jaoa.org/content/106/4/199.full.pdf+html>

World Health Organization. Care on normal Birth: practical guide. Genebra, WHO 1996. Disponível em URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

ZWELLING, Elaine The Emergence of High-Tech Birthing. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nurses Jan/Fev 2008 volume 37



Projeto da MCEESMO-OE

Maternidade com Qualidade

Indicador de Medida

Objetivo Estratégico	Metas	Indicador de Medida
<p>Aumentar a livre escolha da posição de parto pelas parturientes</p>	<p>Promover a livre escolha da posição de parto pela parturiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar as parturientes para as diferentes posições a adotar • Envolver o convivente significativo • Reduzir em 50% a opção pela posição de litotomia em partos eutócicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de registos de partos não realizados em posição de litotomia durante o ano 2012 (se existente) • Nº de registos de partos não realizados em posição de litotomia durante o 1º trimestre do estudo • Taxa de redução no 1º trimestre do estudo (se pré existente em 2012) • Nº de registos de partos não realizados em posição de litotomia durante o 2º trimestre do estudo • Taxa de redução 2º trimestre do estudo. • Nº de registos de partos não realizados em posição de litotomia durante no 2º semestre do estudo. • Taxa de redução 2º semestre do estudo
		<p>Itens a avaliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre a importância da mecânica corporal e o desenvolver do trabalho de parto: Sim/ Não • Existência de plano de parto que contemple a escolha livre da posição de parto: Sim/Não • Registo do grau de laceração/episiotomia consoante a posição de parto adotada: Sim/ Não • Registo do grau de satisfação da parturiente quanto à opção tomada para a posição de parto: Sim/Não
		<p>Taxa de cumprimento da equipa de EESMO para com os objetivos do indicador</p> <p>Taxa de partos não realizados em posição de litotomia</p> <p>Inferior a 19% ---- Insuficiente Entre 20% e 34% ---- Suficiente Entre 35% e 49% ---- Bom Igual ou superior a 50% ---- Muito Bom</p>

Elaborado por Ana Paula Gaudêncio, Vitor Rocha, Teresa Bastos