

# Práticas de Nascimento Saudáveis

de Lamaze® International

## #5: Evite dar à luz de costas e siga a necessidade, do corpo, de fazer força

Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE

*Numa classe de Lamaze, uma grávida pergunta sobre como fazer força durante o parto: “O hospital onde planeio ter o bebê tem uma cama de partos, mas ainda vejo muitas imagens que mostram as mulheres a darem à luz deitadas e com as pernas para cima. Existe vantagem de uma posição sobre a outra? Também, tenho ouvido que sustar a respiração para empurrar o bebê não é seguro para ele. Como é que posso ajudar o meu bebê a nascer de forma segura?”*

Através da história, as imagens mostram que as mulheres têm usado muitas posições para dar à luz os seus bebês incluindo em pé, sentadas, de gatas e deitadas de lado. Até os médicos começarem a usar fórceps no século XVII, as mulheres raramente eram mostradas a dar à luz deitadas de costas. Com o apoio e encorajamento dos membros da família e das parteiras, as parturientes usavam objectos tais como postes e cordas para ganhar impulso enquanto faziam força para ajudar a saída do bebê. Frequentemente, usavam apoios para o parto tais como bancos para as ajudar a acocorar-se, agachar-se ou ajoelhar-se (Gupta & Nikodem, 2000). Recentemente, a investigação ajudou-nos a compreender como as parturientes empurram quando ninguém as orienta a fazer força de uma determinada forma. Seguindo a sua própria necessidade de fazer força (empurrar o feto) normalmente, as mulheres, esperam que cada contracção se instale e fazem força por cerca de cinco segundos, fazem algumas inspirações curtas e depois voltam a fazer força, (Roberts & Hanson, 2007).

Em contraste, um estudo recente sobre mulheres que deram à luz nos Estados Unidos em 2005, refere que 57% pariram deitadas de costas, e 35% pariram numa posição semisentada (Declercq, Sakala, Corry, & Applebaum, 2006). Só 21% das mulheres deste estudo seguiram a sua própria vontade de fazer força. As restantes mulheres referiram que as enfermeiras e outros profissionais de saúde lhe disseram que deveriam fazer força de uma determinada forma.

### Posições para o período expulsivo (posições para fazer força empurrando o bebê)

As sessões de Lamaze fornecendo informação sobre as diferentes posições de parto podem ajudá-la a sentir-se mais preparada e mais satisfeita com a sua experiência de parto. Escolher as posições em que se sente mais confortável, pode contribuir para uma experiência de parto globalmente mais positiva, tanto mais, que fazê-lo contribui para o progresso do trabalho de parto.

Usando diversas posições durante o período expulsivo ajuda-a a colaborar com o seu bebe à medida que ele roda e desce através da sua bacia. As posições que escolhe, com frequência, fazem-na sentir mais confortável e ajudam na progressão do seu bebê. Não existe uma posição que seja a melhor para todas as mulheres e todos os bebês. Cada posição tem vantagens e desvantagens e podem ser benéficas em diferentes situações (Simkin & Ancheta, 2005; Simkin & O’Hara, 2002).

### Posições

As posições verticais - tal como de pé, de joelhos, ou de cócoras - usam o efeito da gravidade para ajudar o seu bebê a descer na sua bacia. Estar de cócoras aumenta a dimensão da bacia, criando mais espaço para o bebê se adaptar e progredir na descida (N. Johnson, V. Johnson, & Gupta, 1991; Simkin & Ancheta, 2005). A posição de cócoras é a mais cansativa, por isso poderá sentir necessidade de descansar entre contrações numa posição em que não use a gravidade, tal como deitada de lado,

### verticais

semi-sentada ou de gatas.

Algumas mulheres usaram a “posição de cócoras apoiada” ou posição “suspensa”, como descritas por Penny Simkin, uma respeitada educadora para o nascimento. Nesta posição, você é suportada debaixo dos braços colocando muito pouco peso sobre as pernas ou pés. Esta posição é mais útil para alguém numa fase de período expulsivo mais longa e ao alongar o seu tronco, cria mais espaço para o bebê se mexer, o que permite libertar mais os movimentos da bacia (Simkin & Ancheta, 2005).

### **Posições que não usam a gravidade**

As posições que não usam a gravidade para ajudar o movimento de descida do bebê – tal como de gatas, deitada de lado e semisentada - são relaxantes e ajudam no caso de se sentir cansada. Deitar-se de lado ajudará a tornar mais lento um trabalho de parto que esteja a progredir demasiado rápido e pode ajudar a evitar lacerações da área entre a vagina e o ânus durante a expulsão do bebê. (A. Shorten, Donsante, & B. Shorten, 2002). A pesquisa demonstra que a posição de gatas ajuda a aliviar a dor localizada nas costas durante o trabalho de parto. (Stremler et al., 2005).

### **Tipos de fazer força**

Quando faz força respondendo à necessidade natural e urgente de fazer força, designa-se por “força espontânea” o que significa que você está a fazer o que o seu corpo lhe diz para fazer. Esta necessidade urgente vem e vai diversas vezes durante cada contracção. Cada um destes esforços expulsivos ou necessidade de fazer esforços expulsivos dura usualmente de cinco a sete segundos. Contudo, quando o seu prestador de cuidados lhe diz para bloquear a respiração e fazer força contando até 10 segundos, repetindo duas a três vezes durante a contracção, está a usar o “empurrar ou fazer força dirigido”.

Responder à necessidade de fazer força com curtos períodos de bloqueio da respiração num ambiente calmo e tranquilo, tem muitas vantagens. O seu bebê receberá mais oxigénio através da placenta, será menos provável que se sinta fisicamente exausta, e existe menos risco de traumatismo do perineo, músculos do assoalhado pélvico e vagina (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf, & Peralta, 2006; Roberts & Hanson, 2007). Se está a ser muito difícil fazer força espontaneamente de forma eficaz, fazer força de forma dirigida pode ajudar. Contudo, fazer força espontaneamente será habitualmente mais fácil e seguro tanto para si como para o seu bebê.

### **O que nos diz a investigação**

De acordo com o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, uma organização internacional muito respeitada que define as melhores práticas com base na evidência, a utilização de qualquer posição vertical ou deitada de lado comparada com a de deitada de costas com as pernas em perneiras está associada aos seguintes resultados:

Período expulsivo mais curto;

Uma ligeira diminuição do uso de ventosas e fórceps;

Menos episiotomias;

Menos probabilidade de experienciar dor severa;

Menos traçados cardíofetais anormais;

Um ligeiro aumento de lacerações de segundo grau (apenas no grupo de mulheres que parem em posições verticais); e

Um aumento na perda de sangue esperada, apesar de não existir evidência de problemas graves ou a longo termo causados pela perda de sangue extra (Gupta, Hofmeyr, & Smyth, 2004).

Deitada de costas pode causar baixa da pressão arterial e menos fluxo de sangue para o seu bebê

devido ao peso de útero sobre os vasos sanguíneos major (Roberts & Hanson, 2007). Quando se deita de costas com as pernas em perneiras, você está na verdade a empurrar o seu bebê fazendo força contra a força da gravidade.

A pesquisa não apoia o uso rotineiro dos esforços expulsivos com “força dirigida”, e alguns pesquisadores referem mesmo que é prejudicial fazê-lo. Bloquear a respiração por um longo período naturalmente diminui o fluxo de oxigênio para o seu bebê. A pesquisa sugere que isto é um factor stressor e pode ser prejudicial para o seu bebê (Roberts & Hanson, 2007). Também, a força excessiva que é feita durante os esforços expulsivos pode ser prejudicial para o seu perineo, resultando em mais lacerações e enfraquecimento dos músculos do assoalhado pélvico que perdura vários meses após o parto (Schaffer et al., 2006). O enfraquecimento destes músculos está associado com incontinência (perda involuntária de urina ou fezes). Ouvir o seu corpo, fazer força quando sente necessidade, e parar o seu bebê entre contrações reduz o risco de lacerações (Albers et al., 2006).

Um estudo mostrou que a duração média do período expulsivo diminui 13 minutos nas mulheres que usaram a força dirigida (Bloom, Casey, Schaffer, McIntire, & Leveno, 2006). Contudo, desde que você e o seu bebê estejam bem, não existe benefício clínico para encurtar o período expulsivo (Janni et al., 2002). Porque não existem benefícios importantes na utilização da força dirigida e existe possibilidade de causar danos quando usada, é melhor para si e para o seu bebê se fizer força como e quando sentir necessidade.

### **Recomendações de Enfermeiras**

A Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) recomenda que todas as mulheres grávidas recebam informação sobre os benefícios do posicionamento vertical no período expulsivo (Mayberry et al., 2000). A associação recomenda também que as enfermeiras desencorajem as posições de deitadas de costas e em vez disso, encorajem posições de cócoras, semisentada, de pé e de joelhos. A AWHONN recomenda ainda que as parturientes não comecem a fazer esforços expulsivos até sentirem a necessidade de o fazer e que quando fizerem força, o façam de acordo com o que o seu corpo solicita. A AWHONN também propõe que a enfermeira deva encorajar, incentivar a produção de sons, gemidos, ou expirar durante a fase em que faz força e sustar a sua respiração por menos de seis segundos, à medida que fizer força (empurrar) como resposta às suas contrações.

### **Recomendações do Lamaze International**

Lamaze International recomenda as posições verticais, de gatas ou laterais para parir. Durante o período expulsivo, você deve fazer força (empurrar o bebê) quando e da forma que o seu corpo solicita, e deve escolher as posições para o parto que sejam mais confortáveis para si. Deve estar confiante de que respondendo ao que sente, ou seja, ao que o seu corpo solicita vai tornar o parto mais fácil e seguro para si e para o seu bebê.

Para aprender mais sobre partos seguros e saudáveis, leia *The Official Lamaze Guide: Giving Birth with Confidence* (Lothian & DeVries, 2005), visite o website do Lamaze Internacional ([www.lamaze.org](http://www.lamaze.org)) e inscreva-se para receber os e-mails “Lamaze -Building Confidence Week by Week”

Ultima revisão: Julho 2009

### **Referências**

Albers, L. A., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D., & Peralta, P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33(2), 94-100.

Bloom, S., Casey, B., Schaffer, J., McIntire, D., & Leveno, K. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(1), 10-13

Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2006). Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women’s childbearing experiences. New York: Childbirth Connection.

Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Smyth, R. (2004). Position in the second stage of labour for women

without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD002006.

Gupta, J. K., & Nikodem, C. (2000). Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 92(2), 273-277.

Janni, W., Schiessl, B., Peschers, U., Huber, S., Strobl, B., Hantschmann, P., et al. (2002). The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(3), 214-221.

Johnson, N., Johnson, V., & Gupta, J. (1991). Maternal positions during labor. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 46(7), 428-434.

Mayberry, L. J., Wood, S. H., Strange, L. B., Lee, L., Heisler, D. R., & Nielsen-Smith, K. (2000). *Second-stage management: Promotion of evidence-based practice and a collaborative approach to patient care*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).

Roberts, J., & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3), 238-245.

Schaffer, J., Bloom, S., Casey, B., McIntire, D., Nihira, M., & Leveno, K. (2006). A randomized trial of the effects of coached vs. uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5), 1692-1696.

Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29(1), 18-27.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2005). *The labor progress handbook* (2nd ed.). Malden, MA: Blackwell Science.

Simkin, P., & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacological relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(Suppl. 5), S131-S159.

Stremler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willan, A. R. (2005). Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*, 32(4), 243-251.

#### Acknowledgements

This healthy birth practice paper was revised and updated by Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE.

The six healthy birth practice papers were originally written in 2003 by Lamaze International as the 6 Care Practice papers.