

	NORMA DE PROCEDIMENTO GINEC-OBST-3067	NPG Nº 3067
---	--	-------------

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Posições verticalizadas no segundo estadio de trabalho de parto
FINALIDADE:	Guiar a prestação de cuidados na adopção de posições verticalizadas no segundo estadio de trabalho de parto
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros do Bloco de Partos
PALAVRAS-CHAVE:	Posição, expulsivo, segundo estadio, cócoras

Autor (es)	Bruno Rito, Carina Sousa, Florbela Mira, Ana Leonor Mineiro, Vera Cardoso, Rosália Marques	Data de elaboração	24/9/2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação	Rosália Marques, Fátima Romão	Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	24/9/2015

Índice

0 - INTRODUÇÃO.....	5
1-ENQUADRAMENTO HISTÓRICO	7
2- DEFINIÇÃO DE PARTO VERTICAL	9
3 - PARTO NA POSIÇÃO HORIZONTAL VERSUS PARTO NA POSIÇÃO VERTICAL.....	9
3.1 – Parto na posição horizontal	10
3.2 – Parto na posição vertical	10
4-ANÁLISE ANATÓMICA DA POSIÇÃO DE CÓCORAS	12
4.1 - Posição de cócoras simples.....	12
4.2 - Posição de Cócoras com rotação externa das pernas.....	13
4.3 - Posição de Cócoras com rotação interna das pernas.....	14
5 - INDICAÇÕES	14
6 -CONTRA-INDICAÇÕES	14
7 - PROCEDIMENTO RECOMENDADO.....	15
7.1 - Primeiro estádio trabalho de parto	15
7.2 – Segundo estádio trabalho de parto	15
7.2.1 Posicionamento da cama.....	15
7.2.2.Avaliação	16
7.2.3.Posicionamento da parturiente.....	16

7.2.4.Puxo não dirigido.....	16
7.2.5.Apoio perineo	17
7.2.6. Resolução de intercorrências	18
7.2.6.1 “Circular Cervical”	18
7.2.6.2. Distócia de Ombros	18
7.3 – Terceiro estadío do trabalho de parto.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	22
Anexo I – Posicionamento da cama.....	23
Anexo II – Posicionamento da parturiente.....	27

0 - INTRODUÇÃO

Desde que o parto foi medicalizado e trazido para o ambiente hospitalar as práticas de cuidar foram modificadas, intervindo desnecessariamente nos mecanismos fisiológicos do Parto. O posicionamento para a mulher parir, perdeu a sua condição de espontaneidade e de livre escolha da posição para parir obrigando a parturiente a assumir a posição mais confortável para o prestador de cuidados (obstetra/Parteira/ESMO) – habitualmente a posição de litotomia mais ou menos reclinada com pernas suspensas em estribos. Com o decorrer do tempo foi-se perdendo a confiança no saber apoiar um parto livre de intervenções e em posições diferentes das posições de nascimento “medicalizadas”(COPPEN,2005:35).

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (1996) para o atendimento ao Parto Normal consideram como praticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas – A liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto assim como o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; e, como praticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas – o uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.

Conhece-se do ponto de vista teórico que as posições verticais ou lateralizadas permitem um alinhamento do canal de parto, mais favorável á descida e expulsão do feto pela ampliação dos diâmetros da bacia, a ação da gravidade, e incluem outras vantagens como contrações uterinas mais fortes e eficientes que conduzem a um encurtamento do segundo estágio do trabalho de parto, e facilitam a perfusão uteroplacentária melhorando o fluxo sanguíneo (LOWDERMILK et al,2002), estão ainda associadas a níveis de satisfação da parturiente superiores (FAME e APEO,2009).

A evidência também demonstra que as mulheres preferem as posições verticalizadas e dando-lhes a capacidade de escolher adotam a posição que consideram mais natural para si (COPPEN,2005); no entanto, na prática o posicionamento em litotomia é mantido e continua a ser reproduzido na formação prática dos novos profissionais. Estamos perante uma situação em que o saber – saber, não encontra expressão na prática clínica por ausência do saber prático, da confiança e segurança do profissional. Já em 1993,

BENNET & BROWN citados por LOWDERMILK et al (2002) referiam que o posicionamento para o segundo estágio do trabalho de parto pode ser determinado pela preferência da mulher, mas é limitado pela condição materna ou fetal, pelo ambiente e pela confiança do profissional de saúde em auxiliar o parto na posição específica.

Nos últimos anos no Bloco de Partos do HGO, tem-se feito uma caminhada no sentido de desmedicalizar o parto, dando corpo às práticas preconizadas pela OMS (1996) como facilitadoras de um parto normal – Aceitação e respeito pelo plano individual do parto, presença da pessoa significativa, liberdade de movimentos, incluindo a monitorização fetal continua com recurso à telemetria, liberdade de ingestão de líquidos em trabalho de parto, utilização dos enemas e tricotomia perineal só em casos estritamente necessários, estabelecimento do contacto pele a pele na primeira meia hora de vida e pelo maior tempo possível assim como o início da amamentação na primeira meia hora de vida.

No entanto no posicionamento em período expulsivo tem-se mantido predominantemente a posição de litotomia variando o ângulo da cabeceira da marquesa de menos ou mais elevada. Nos vários planos de parto que recebemos quando se referem ao período expulsivo é frequente a solicitação da utente para escolher a posição em que se sinta mais confortável e para que o parto seja efetuado em posição vertical, aspecto que os profissionais têm vindo a evitar através da negociação com a utente.

Pretende-se que a equipa de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica coadjuvada pelos enfermeiros generalistas estejam aptos a apoiar e auxiliar as utentes na adoção de posicionamentos não supinos no período expulsivo. Pretende-se contribuir para diminuir o fosso entre o conhecimento teórico e a prática, gerando confiança dos profissionais nesta prática de cuidar específica que é a condução do período expulsivo em posição diferente da posição de litotomia, porque tal como JONGE (2008) afirma as parteiras e os seus estudantes necessitam de ser capazes de ganhar experiência na assistência do parto em posições não supinas.

A elaboração do presente guia orientador resulta da pesquisa bibliográfica efetuada e da experiência do grupo de trabalho na realização de partos nas posições de sentada e de cócoras e pretende contribuir, aliado à formação efetuada para guiar a prestação de cuidados no 2º estágio do trabalho de parto em posições verticalizadas.

1-ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

A história e a antropologia revelam que, a maioria das mulheres de todas as raças e culturas adoptava uma posição vertical durante o trabalho de parto e parto. As mulheres em sociedades sem influências da obstetrícia ocidental, actualmente, ainda adoptam preferencialmente posturas verticais durante o trabalho de parto e o parto (Sabatino [et al], 2000; Mamede F. V. [et al], 2007).

As modificações, na forma de dar à luz, ocorreram especialmente nas sociedades ocidentais dando origem à obstetrícia ocidental. A obstetrícia ocidental teve suas raízes na Europa, no século XVII, atribuindo-se a François Mauriceau, médico francês, a maior influência na mudança da posição do parto de vertical para horizontal. Ele afirmava que a posição supina seria a mais confortável para a parturiente e para o profissional que assiste o parto. O aumento do uso de fórceps e da prática das cirurgias, a partir do século XVIII, parece também ter sido um factor importante na manutenção das posições supina e de litotomia (Sabatino [et al]., 2000).

O fortalecimento de tal prática ocorreu à medida que a introdução de muitas intervenções, tais como a monitorização cardiotocográfica, o uso de perfusão ocitócica e da analgesia epidural, exigiam a manutenção das parturientes deitadas durante o trabalho de parto e parto (Sabatino [et al]., 2000).

No decorrer da progressiva medicalização do parto, a posição horizontal estabeleceu-se em definitivo por facilitar a assepsia; o trabalho do profissional durante a expulsão do feto e para observar atentamente a situação do períneo, a fim de realizar a episiotomia (Maldonado, 1991). Segundo Osava (1990), o parto em posição supina é mantido devido à comodidade dos profissionais de saúde, em detrimento do respeito aos mecanismos fisiológicos do parto e de uma participação mais activa da mulher.

O parto, à semelhança de muitos outros processos fisiológicos, é influenciado por um conjunto de atitudes e comportamentos socialmente controlados e culturalmente definidos que refletem esses valores nas diversas sociedades (Mamede F. V. [et al], 2007). Observa-se que as parturientes adotam, de certa forma, a posição litotômica, também pela influência cultural em particular no mundo ocidental onde a posição de litotomia constitui a norma.

A institucionalização do processo de parir e nascer promoveu uma série de mudanças no assistir à mulher e à família. Muitas das práticas que preservavam o respeito aos valores culturais, à autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e sua fisiologia deram lugar a outros que valorizam a tecnologia, a medicalização e a intervenção. Os progressos tecnológicos têm vindo a condicionar a fisiologia, para assegurar a segurança no parto, considerado como potencialmente patológico, e refletindo o poder que os profissionais de saúde exercem na transformação de eventos fisiológicos em processos intervencionistas e potencialmente patológicos.

Actualmente, inicia-se uma tendência para repor a tecnologia ao serviço da fisiologia, através de diferentes atitudes, sendo possível associar vigilância, segurança, analgesia e respeito pela fisiologia.

A revisão da literatura sobre esta temática, reforça a necessidade de resgatar a mulher como protagonista do seu parto, o que significa permitir, nomeadamente a escolha da posição para parir, incentivando a adoptar a posição vertical, pois o parto normal, numa posição verticalizada, favorece naturalmente a saída do feto, porque tem a força da gravidade a trabalhar a seu favor.

2- DEFINIÇÃO DE PARTO VERTICAL

Adoptamos como definição de parto vertical a definição utilizada pelo MINSA “ O parto vertical é aquele em que a parturiente se coloca em posição vertical (de pé, de cócoras, sentada, de joelhos”. (MINSA, 2005), coadjuvado pelos critérios de WALSH (2012:73) que considera como posição vertical para o parto, posições de sentada com as costas elevadas num ângulo superior a 45° na cama ou fora da cama, em posição lateral, ajoelhada, de cócoras, de gatas ou em pé e em contraposição nas posições de deitada considera a posição de semi deitada com as costas da cama num ângulo inferior a 45°, deitada na horizontal e com a face para cima e a posição de litotomia.

3 - PARTO NA POSIÇÃO HORIZONTAL VERSUS PARTO NA POSIÇÃO VERTICAL

A associação “Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses” (2000) recomenda, que todas as mulheres grávidas recebam informação sobre os benefícios das posições verticais na segunda fase do trabalho de parto. Recomenda também que as enfermeiras desencorajem as posições de supina e estimulem as posições verticais.

A OMS (1996) refere que a mulher deve ter liberdade de escolher a posição mais confortável para ela no momento do parto, e refere que posição supina é desaconselhada, devendo a mulher preferencialmente ser incentivada a adoptar a posição de pé ou deitada de lado. Salienta ainda que o profissional que estiver assistindo a mulher pode orientá-la — de acordo com o desenvolvimento do trabalho de parto — a assumir posições que facilitem este momento;

Os estudos científicos das últimas décadas, que comparam as diversas posturas adotadas durante o trabalho de parto e parto têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto, o uso de qualquer posição vertical ou deitada de lado, comparado com posições de supina ou litotomia (MINSA, 2005)

3.1 – Parto na posição horizontal

Provoca a compressão dos grandes vasos maternos (artéria aorta e via cava), pelo útero grávido: origina diminuição do gasto cardíaco, hipotensão, bradicárdia materna; provoca alterações no fluxo útero-placentário e conseqüentemente a diminuição da quantidade de oxigénio que o feto recebe. Isto traduz-se em alterações significativas do traçado cardíaco fetal, podendo conduzir a sofrimento fetal se o período expulsivo for prolongado.

- ✓ As contrações uterinas são menos eficazes
- ✓ A acção da gravidade não favorece a descida do feto ao longo da bacia. O feto é obrigado como que subir durante a expulsão para vencer a forma da curva pélvica. O ângulo da curva da escavação pélvica é mais acentuado na posição horizontal
- ✓ Os esforços expulsivos são mais difíceis – contra a força de gravidade
- ✓ Não permite a mobilidade da bacia, e o conseqüente aumento dos seus diâmetros.
- ✓ Durante o período expulsivo, os membros inferiores ao permanecerem imobilizados actuam como peso morto: não permitem os movimentos intrínsecos da bacia e os “puxos” maternos são mais difíceis, não favorecendo a expulsão final
- ✓ A posição horizontal não permite que a cabeça fetal exerça uma pressão mantida sobre o períneo, dificultando a distensão gradual do mesmo

3.2 – Parto na posição vertical

- ✓ Impede a compressão dos grandes vasos maternos (artéria aorta ou da veia cava), pelo útero gravidico, não provocando alterações na circulação materna, nem na irrigação da placenta, não afectando a quantidade de oxigénio que o feto recebe.
- ✓ Assegura um melhor fluxo útero-placentário, diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo quando o período expulsivo estiver aumentado.
- ✓ Os estudos mostram menos alterações dos padrões na frequência cardíaca fetal nas posições verticais / Menor padrão de anomalia dos batimentos cardíacos fetal

- ✓ A ventilação pulmonar materna e o equilíbrio ácido-básico materno e fetal melhoram na posição vertical, tanto no período de dilatação como no período expulsivo
- ✓ Maior eficiência das contrações uterinas durante o trabalho de parto e o período expulsivo, que se sucedem com menor frequência, mas com mais intensidade, o que provavelmente ocorre devido à melhor circulação uterina, que permite que as fibras musculares uterinas cumpram, de forma mais eficiente, sua função contrátil - verifica-se entre 30 e 40 mmHg de pressão intra-uterina na posição vertical (SABATINO,2000). Constata-se assim, menor necessidade de intervenções obstétricas, menor uso de ocitocina e menor risco de alterações do traçado cardíaco fetal.
- ✓ O peso da gravidade coopera com as contrações uterinas e com os esforços expulsivos, estando o corpo gravídico em harmonia com o sentido da força gravitacional e com o ângulo de incidência do útero
- ✓ Duração do trabalho de parto e parto mais curto
- ✓ A acção da gravidade favorece o encaixe e a descida da apresentação fetal
- ✓ O ângulo da curva da escavação pélvica é menos acentuado na posição vertical
- ✓ Promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna maximizando os puxos expulsivos maternos
- ✓ Aumento dos diâmetros da bacia: 2cm o diâmetro antero-posterior e 1cm o diâmetro transverso
- ✓ Os membros inferiores ao estarem apoiados constituem um ponto de apoio: maximizam os “puxos” maternos e funcionam como alavanca, contribuindo para o aumento dos diâmetros da bacia
- ✓ Esforços expulsivos mais eficientes. Menor esforço e maximização dos puxos expulsivos maternos pela acção da gravidade .
- ✓ A pressão constante exercida pela apresentação estimula os receptores do pavimento pélvico induzindo o seu estiramento progressivo.
- ✓ Redução da taxa de episiotomia
- ✓ Ph médio da artéria umbilical, mais elevado.
- ✓ O trabalho de parto pode ser vivenciado de forma menos dolorosa, com menos desconforto
- ✓ Permite à mulher uma maior participação no nascimento do seu filho.
- ✓ Facilita a vinculação.

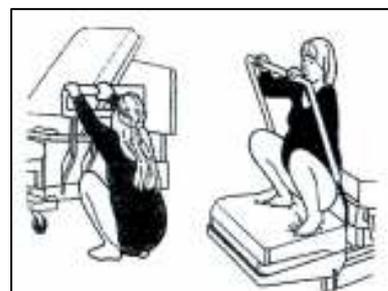
4-ANÁLISE ANATÓMICA DA POSIÇÃO DE CÓCORAS

(Calais-Germain; Parés, 2010)

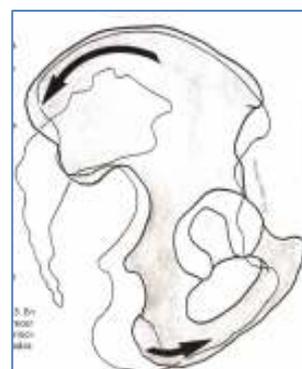
É uma posição bastante cansativa, que exige um certo trabalho de equilíbrio pois na maioria das culturas ocidentais as mulheres não estão habituadas a estar de cócoras por longos períodos de tempo. É necessário adaptar a posição, colocando um suporte debaixo dos pés e as parturientes devem descansar numa posição semi-sentada entre as contracções.

4.1 - Posição de cócoras simples

- Pernas estão em flexão máxima. O tronco está inclinado para a frente e as mãos podem ou não estar apoiadas numa barra ou numa pessoa, o tronco ajuda a empurrar o fundo uterino (vantagem mecânica)
- Bacia não está apoiada, permite libertar o sacro e cóccix; aumento os diâmetros da bacia.
- Os ilíacos são arrastados para uma forte nutação ilíaca
- O sacro é submetido a uma tracção pelos ligamentos supraespinhosos e determinados músculos das costas e é arrastado em nutação
- O estreito inferior amplia sagitalmente o seu diâmetro anteroposterior. O estreito médio amplia-se em menor medida



Nutação Sacra



Nutação Ilíaca

Vantagens:

- É uma das posições em que o estreito inferior se amplia mais
- A gravidade dirige a cabeça fetal para o estreito inferior, (vai no mesmo sentido que as contracções uterinas)
- Orientação da cabeça do feto para o triângulo anterior do períneo. Assim há uma coordenação favorável destas forças
- Contracções mais eficazes
- Esforços expulsivos mais eficazes
- Diminuição/ausência de compressão da aorta abdominal e da veia cava
- Facilita irrigação placentaria
- Melhor oxigenação fetal
- Melhora equilíbrio ácido base fetal
- Diminuição da dor na utente
- Participação mais activa da utente e companheiro

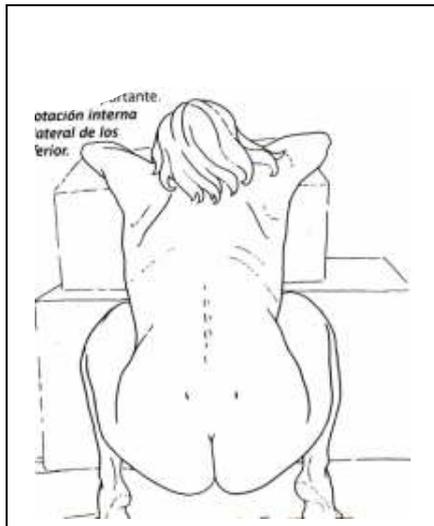
4.2 - Posição de Cócoras com rotação externa das pernas

- A rotação externa provoca a diminuição do diâmetro transverso dos estreitos médio e inferior
- As mulheres grávidas adoptam quase sempre esta posição pois o útero grávido obriga-as a separar os joelhos e quase sempre se dá uma abdução e uma rotação externa as pernas



4.3 - Posição de Cócoras com rotação interna das pernas

- Pernas estão em flexão máxima, abdução e rotação interna. Para a rotação interna das pernas é suficiente manter os joelhos verticais sobre os pés e os pés paralelos para modificar a orientação dos ilíacos.
- A rotação interna provoca a abertura lateral dos estreitos médio e inferior, abrindo lateralmente os espaços entre as espinhas isquiáticas e os isquions



5 - INDICAÇÕES

- Utente manifesta vontade em realizar parto de cócoras
- Risco gravídico baixo
- Apresentação cefálica

6 -CONTRA-INDICAÇÕES

São contra-indicações para iniciar ou manter o posicionamento vertical:

- Presença de sinais de incompatibilidade feto-pélvica
- Suspeita de sofrimento fetal
- Macrossomia fetal
- Prematuridade

- Pré-Eclampsia/ Eclâmpsia/ Síndrome de HELLP
- Antecedentes de patologia materna que interfiram com o equilíbrio
- Administração de Petidina há menos de 4 horas
- Obesidade

7 - PROCEDIMENTO RECOMENDADO

7.1 - Primeiro estágio trabalho de parto

Grande parte do sucesso do parto na posição verticalizada depende de todo um trabalho realizado previamente pelo enfermeiro especialista, na sua capacidade de condução do trabalho de parto utilizando as várias técnicas ao seu dispor como por exemplo a deambulação, a bola de pilates o recurso à hidroterapia, massagem, reflexologia.

A aquisição de competências sobre as vantagens do parto verticalizado assim como a disposição para realizar o parto em diferentes posições poderá fazer a diferença.

1. Promover a deambulação, utilização da bola de parto e liberdade de posicionamento.
2. Avaliar a indicação para adotar o posicionamento verticalizado.
3. Informar a utente sobre opção de posicionamento verticalizado no período expulsivo.
4. Validar com a utente, a opção de posicionamento em posição verticalizada.
5. Informar e treinar o posicionamento para o período expulsivo a adotar.
6. Envolver o acompanhante no apoio.

7.2 – Segundo estágio trabalho de parto

Os esforços expulsivos devem iniciar-se e manter-se de acordo com a necessidade da utente.

Recomenda-se a técnica de apoio do períneo com as mãos pousadas, só apoiando/sustendo a deflexão do cabeça fetal após saída dos parietais.

7.2.1 Posicionamento da cama (ver Anexo I - Posicionamento da cama)

Título do Documento	Posições verticalizadasno segundo estadio do trabalho de parto	Versão	1	Pág. 15 de 28
---------------------	--	--------	---	---------------

- a. Posicionar pernas- retirar apoio pé e rodar o apoio da coxa
- b. Elevar a cabeceira da cama a 80%
- c. Colocar rolo, feito com resguardo, para apoio dos calcaneos

7.2.2.Avaliação

- a. Avaliar com a utente a altura de assumir o posicionamento – Nível da apresentação versus emergência da necessidade da utente de realizar esforços expulsivos. Posicionar a utente muito cedo pode conduzir ao cansaço e dificuldade em manter a posição.
- b. Envolver o acompanhante

7.2.3.Posicionamento da parturiente

- d. Ajudar a utente a posicionar-se (ver Anexo II – Posicionamento da parturiente)
- e. Colocar o campos cirúrgicos - Colocar o Campo sub Nadegueiro com bolsa de forma a fazer uma pequena barreira na região maleolar



7.2.4.Puxo não dirigido - Promover o período expulsivo com Puxo não dirigido



Solicitar a parturiente para colocar as suas mãos nas pernas para a realização dos esforços expulsivos



Solicitar a parturiente para alinhar os seus pés com os joelhos ou em rotação externa.

7.2.5. Apoio perineo

- a. Utilizar a técnica de “hands off”



Não tem qualquer vantagem fazer-se protecção do períneo.

Deve-se **orientar** a utente no sentido de efectuar o “puxo” apenas quando sentir essa necessidade. (pequenos esforços de 4 a 6 seg)

NÃO estimular a utente a fazer esforço expulsivo continuado acompanhado de apneia forçada (10 a 15 segundos – compromisso de trocas gasosas materno fetais)

7.2.6. Resolução de intercorrências

7.2.6.1 “Circular Cervical”



Identificação da circular cervical através do método habitual.



Após a identificação da circular cervical recosta-se a utente e procede-se à laqueação com 2 pinças de Kocher seguido de secção do cordão entre as 2 laqueações.

O posicionamento da cama torna o movimento de recostar a utente, rápido, seguro e permite uma boa exposição do perineo para executar a técnica de laqueação.

7.2.6.2. Distócia de Ombros

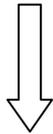
Entende-se por distócia de ombros a situação onde após o nascimento da cabeça fetal não é possível libertar os ombros. É considerada uma emergência obstétrica com uma taxa de incidência de cerca de 1% nos partos que ocorrem na posição de litotomia.

Devido ao facto de ocorrer aumento dos diâmetros da bacia: 2cm no diâmetro antero-posterior e 1cm no diâmetro transversal com a utente na posição de cócoras faz com que a distócia de ombros não seja percebida pelo profissional.

Se analisarmos a posição de Cócoras ela corresponde anatomicamente à Manobra de McRoberts em que ocorre uma Hiperflexão das coxas maternas sobre o abdômem, no entanto na posição de cócoras a bacia fica livre permitindo um aumento dos seus diâmetros

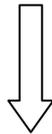
Alterações Anatômicas/mecânicas na posição de Cócoras

- O sacro bascula para a frente
- O promontório avança e o cóccix retrocede
- Aumenta a distância entre o cóccix e o púbis
- Abdução e rotação externa da perna



Amplia o Estreito Inferior da Bacia

- O isquion bascula para a frente
- Aumenta a distância entre o cóccix e o púbis
- Permite aumentar o diâmetro entre as espinhas isquiáticas

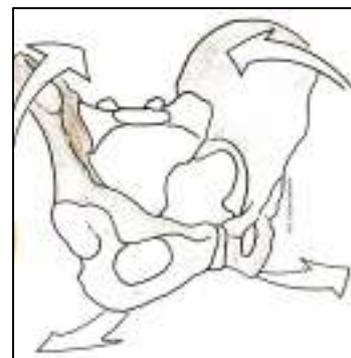
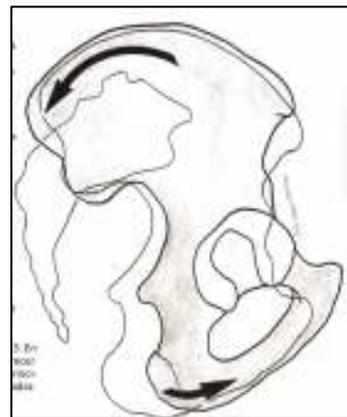
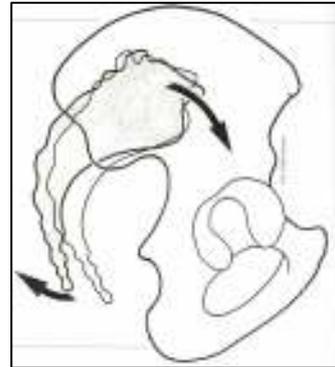


Amplia o Estreito Inferior da Bacia

- Flexão e rotação interna da perna
- O isquion báscula para fora e para a frente
- As articulações sacroilíacas e da sínfise púbica aproximam-se em cima e separam-se em baixo



Amplia o arco Púbico



Na grande maioria dos casos a manobra de McRoberts resolve a distócia de ombros. Caso seja necessário a realização da episiotomia e aplicação da manobra de Woods (rotação do ombro posterior) a marquesa correctamente posicionada (ângulo de 80°) permite rapidamente aplicar a técnica



Após nascimento da cabeça fetal e identificada a distócia de ombros

Recostar a utente para trás



Colocar as pernas nas perneiras

7.3 – Terceiro estágio do trabalho de parto

1. Realizar a dequitação com a utente recostada.

Neste estágio do trabalho de parto ocorre a separação e expulsão da placenta, sendo considerados aqui como principais riscos a hemorragia durante e após a dequitação. A hemorragia pós parto é umas das principais causas de mortalidade materna, sendo definido como hemorragia pos parto uma perda sanguínea genital de volume superior a 1000 ml ou qualquer outro volume com



consequências hemodinâmicas. Sabe-se também que a incidência da hemorragia aumenta com a presença de fatores de risco tais como, trabalho de parto prolongado, atonia uterina, retenção parcial ou total da placenta e as lesões do trato genital.

Segundo a OMS parece verificar-se uma maior percentagem de mulheres com perda hemática vaginal aumentada nas que adotaram a posição verticalizada, situação essa que não está totalmente definida, pois esta posição também permite a visualização mais precisa da perda sanguínea o que poderá conduzir a erro de avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALAIS-GERMAIN, Blandine e PARÉS, Núria Vives – **Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto**. Barcelona: la Leibre de Marzo, S.L., 2010;

MALDONADO, M.T. - **Psicologia da gravidez: Parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1991;

MAMEDE F. V. [et al] – **Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto**. In *Revista da escola de enfermagem Anna Nery*. 11(2),(2007).p331-336.

MAYBERRY, L.J [et al.] - **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), 2000;

MINSA - **Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural**. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de Las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva , 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Unidade de Maternidade Segura, de Saúde Reprodutiva e da Família, 1996;

OSAVA, R.H. - **Estudo das representações do parto entre enfermeiras de maternidade do Município Paulista**. Ribeirão Preto, 1990. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, 1990.

SABATINO, H. [et al] - **Parto humanizado: formas alternativas**. 2a. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 2000.

Anexo I – Posicionamento da cama

Marquesa Merivaara



Retirar o apoio do pé das pernas



Rodar a perneira num ângulo de 180°



Recolher o plano inferior da marquesa

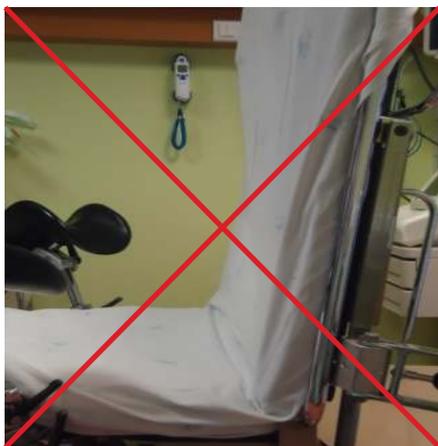


Elevar a cabeceira num ângulo de cerca de 80°

Permite que a utente possa descansar ou que o profissional possa actuar em situações de emergência recostando a



Não utilizar este tipo de posicionamento da marquesa, poderá dificultar procedimentos em situações de emergência.



Elevar o plano da marquesa para que este fique sensivelmente ao nível da cintura do profissional

Marquesa Óptima Plus



Baixar o plano inferior da marquesa



Recolher o plano para o primeiro nível 2 ou 3 de forma a minimizar o ângulo de flexão dos membros inferiores da parturiente.



Nunca recolher totalmente o plano da marquesa ou deixá-lo aberto na sua totalidade.



Anexo II – Posicionamento da parturiente

Título do Documento	Posições verticalizadasno segundo estadio do trabalho de parto	Versão	1	Pág. 27 de 28
---------------------	--	--------	---	---------------

Posicionamento da parturiente



Fixar a bata da parturiente de forma a que esta fique acima do fundo uterino. Podendo dar um pequeno nó na zona das costas



Solicitar a parturiente para apoiar os seus joelhos/ tibia na perneira da marquesa e colocar rolo para apoio de calcanhares



Colocar rolo para apoio de calcanhares