

## **Contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, para o bem-estar materno fetal**

**Relatório de estágio apresentado para obtenção de grau  
de mestre na Especialidade de Enfermagem de Saúde  
Materna e Obstetrícia**

**Ana Rita Viegas Gonçalves Ascensão**

**Orientadora:  
Profª Mª Lurdes Torcato**

**Co-Orientadora:  
Profª Teresa Carreira**

2016, Abril





**Santarém**

**Instituto Politécnico de**

**Escola Superior de Saúde de Santarém**

**Relatório de estágio apresentado para obtenção de  
grau de mestre na Especialidade de Enfermagem de  
Saúde Materna e Obstetrícia**

**Ana Rita Viegas Gonçalves Ascensão**

**Orientadora:  
Prof<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Lurdes Torcato**

**Co-Orientadora:  
Prof<sup>a</sup> Teresa Carreira**

2016, Abril



*Às Professoras Lurdes Torcato e Teresa Carreira pela orientação e colaboração nesta caminhada,  
sem a qual a realização deste trabalho não seria possível.*

*Aos meus pai, avó e irmão por tudo o que têm feito... pelo apoio absoluto e constante! Por estarem  
sempre lá...*

*Ao meu noivo, que apesar da distância sempre me apoiou e compreendeu as minhas ausências,  
dando-me uma força imensa para continuar este percurso...*

*Às colegas do serviço que sempre será “o meu ”, pela sua compreensão e apoio nos momentos  
mais difíceis no decorrer deste Curso...*

***A Todos um MUITO OBRIGADA***



*“Nas grandes batalhas da vida,  
o primeiro passo para a vitória,  
é o desejo de vencer...”*

Gandhi



## SIGLAS e ABREVIATURAS

1<sup>a</sup> - Primeira

1<sup>o</sup> - Primeiro

2<sup>o</sup> - Segundo

3<sup>o</sup> - Terceiro

4<sup>o</sup> - Quarto

5<sup>o</sup> - Quinto

6<sup>o</sup> - Sexto

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

art<sup>o</sup> - artigo

AV – Atividade de Vida

AV's – Atividades de Vida

cm - Centrimetros

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESMO – Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

f. – folha

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

h – hora

I – Um

II - Dois

III - Três

IV – Quatro

n<sup>o</sup> - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pág. - Página

PBE – Prática Baseada na Evidência

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RN – Recém-Nascido

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

TP – Trabalho de Parto

XIX - Dezanove

XX – Vinte

## RESUMO

Para garantir o bem-estar materno-fetal, ao longo do parto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica deve adequar as suas intervenções a cada mulher/família, promovendo a individualização e a continuidade dos cuidados. Ao desenvolver práticas específicas, apoiadas pela evidência científica, o Enfermeiro Especialista favorece a promoção do processo fisiológico do parto.

Foi utilizada a metodologia PI[C]O, de forma a dar resposta à pergunta **“Quais as intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, junto das parturientes, que são promotoras do bem-estar materno-fetal?”**.

Através desta Revisão Sistemática de Literatura, conclui-se que a deambulação, a presença/participação ativa do acompanhante, o uso de técnicas não farmacológicas para controlo da dor, a ingestão de líquidos/refeições ligeiras durante o trabalho de parto são intervenções promotoras do bem-estar materno-fetal.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica; Trabalho de Parto; Mulher; Bem-estar Materno-fetal



## ABSTRAT

To ensure maternal-fetal welfare during birth, the nurse-midwife must adapt the interventions according to each women/family, by promoting care individualization and continuity. While developing specific practices supported by scientific evidence, the nurse-midwife encourages the promotion of childbirth physiological process.

the PI[C]O methodology was used to reply to the question "What Maternal Health Nursing and Obstetrics specialized interventions on the mothers are promoters of maternal and fetal well-being?"

Through the present comprehensive review of literature, it could be concluded that ambulation, the presence/active participation of the companion, usage of non-pharmacological techniques for pain control, fluid intake/refreshments during labor are interventions that promote maternal-fetal welfare.

**Keywords:** Midwife; labor; maternal-fetal health care; woman.



## INDICE

f.

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1. DA PRÁTICA À TEORIA ...e...DA TEORIA À PRÁTICA</b> .....	23
<b>2. A ENFERMAGEM E O TRABALHO DE PARTO</b> .....	29
2.1. TRABALHO DE PARTO. A OMS RECOMENDA.....	31
2.2. TRABALHO DE PARTO .....	34
2.3. MODELO DE ROPER, LOGAN E TIERNEY – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS .....	45
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	53
<b>4. DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA CLÍNICA</b> .....	61
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	67
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	75
ANEXO I – CATEGORIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DE PARTO NATURAL.....	77
ANEXO II - CONJUGAÇÃO PALAVRAS CHAVE.....	83
ANEXO III – ARTIGOS SELECIONADOS .....	87
ANEXO IV – FICHA DE LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	93



## ÍNDICE DE FIGURAS

f.

<b>Figura 1:</b> Curvas de Friedman. A – Dilatação cervical. B – Descida da apresentação .....	37
<b>Figura 2:</b> Indicação Visual da direção da “linha púrpura” .....	39
<b>Figura 3:</b> “Losango de Michaelis” .....	40
<b>Figura 4:</b> Reflexo de Ferguson.....	41
<b>Figura 5:</b> Esquema/Resumo da pesquisa.....	55



## ÍNDICE DE TABELAS

	f.
<b>Tabela 1:</b> Padrões Evolutivos normais do parto 1º estágio .....	37
<b>Tabela 2:</b> Padrões evolutivos normais do parto 2º estágio .....	42
<b>Tabela 3:</b> Padrões evolutivos normais do parto 3º estágio .....	43
<b>Tabela 4:</b> Critérios para a formulação da questão de investigação .....	53
<b>Tabela 5:</b> Limitadores da pesquisa nas base de dados .....	54
<b>Tabela 6:</b> Critérios de inclusão e exclusão .....	54
<b>Tabela 7:</b> Resumo das fichas de leitura dos artigos .....	59



## **INTRODUÇÃO**

A frequência neste Curso de Mestrado surge como oportunidade para aprofundar conhecimentos na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, e em simultâneo, a obtenção do grau de Mestre na mesma área.

Tendo como base todo o caminho formativo já percorrido ao longo do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mais especificamente no âmbito do Estágio IV- ESMO na Sala de Partos, realizo este relatório com o objetivo de contribuir para a melhoria da prática baseada na evidência, no campo da Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

Este Relatório tem como referencial teórico principal, o Modelo de Roper, Logan e Tierney, fazendo referência ao desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem, tendo como pilar de desenvolvimento da Prática Baseada na Evidência (PBE), sustentada pela Revisão Sistemática da Literatura (RSL), de acordo com uma metodologia PI[C]O, pretendendo também ser uma reflexão sobre a ação.

A partir da década de 40 do século XX, foi intensificada a hospitalização do parto, medicalizando excessivamente a assistência ao trabalho de parto (TP) e parto, principalmente para as gestantes de baixo risco. Este facto, contribuiu para o aumento de procedimentos invasivos e intervencionistas, muitas vezes de forma desnecessária e sem participação da mulher e da família. (Moura *et al.*, 2007).

O parto deixou de ser visto como um processo natural, privativo, familiar e feminino, passando a ser vivenciado em Instituições de Saúde, com a presença de vários profissionais a conduzir este processo.

Perante esta problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem desenvolvido inúmeras pesquisas relacionadas com a assistência ao parto normal.

Segundo a OMS, o parto natural ou normal é definido como, o parto de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até ao nascimento. O recém-nascido nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. (OE, 2012)

Atualmente, de acordo com Silva (2012) que cita Davis-Floyd, “ (...) *várias vezes continuam a levantar-se, reclamando o regresso ao parto normal, com opiniões diferentes acerca do local do parto, atores e cenários.*”, surgindo a opinião de que é necessário humanizar o parto.

Moura et al. (2007), diz-nos que

A humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania.

Humanizar é dar liberdade. É deixar a mulher viver a experiência do parto naturalmente, sem recorrer a métodos invasivos desnecessários.

Parto humanizado, significa não intervir ou interferir rotineiramente neste processo natural, transferindo todo o protagonismo para a tríade, capacitando a mulher para que seja o centro de todo este processo, reconhecendo e respeitando as necessidades individuais de cada gestante/casal e a forma como pretendem passar por esta experiência, permitindo a liberdade de movimento, assim como a posição das mulheres durante o parto, promovendo o contato pele a pele imediato entre a mãe e o recém-nascido.

Um dos objetivos principais do parto humanizado, passa pela obtenção em pleno do bem-estar materno-fetal. ‘*Bem-estar*’, nas línguas latinas, é uma palavra composta por ‘*bem*’ (substantivo masculino) e pelo verbo ‘*estar*’ (‘existir, viver’). Inicialmente este termo (bem-estar), surgiu para designar a satisfação das necessidades físicas. Contudo adquiriu novo significado quando a OMS definiu o conceito de ‘*saúde*’, mais do que ausência de doença, mas sim como uma situação de completo bem-estar físico, psíquico e social. Assim sendo, bem-estar passou a expressar portanto a saúde no sentido mais amplo, em todos os seus aspetos.

As recomendações da OMS para o atendimento ao parto normal, segundo vários autores estimulam a valorização da fisiologia do parto, o respeito dos direitos de cidadania e incentivam uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos. (OMS, 1996).

Uma vez que o EEESMOG, “(...) *assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher (...)*”(Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro), este acaba por ter um papel muito importante para potencializar a humanização deste processo, reconhecendo a autonomia da mulher, respeitando as suas escolhas enquanto ser humano, sustentando as suas decisões em

evidências científicas que permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher, do feto e do recém-nascido.

Sabendo que qualquer processo de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica deve ser delineado de acordo com a individualidade de vida de cada mulher, sempre fundamentado pelos estudos mais atuais, surgiu a seguinte questão: “Quais os procedimentos na humanização do parto, desenvolvidos pelo EEESMOG, que são promotores do bem-estar materno-fetal?”

Perante tal problemática surge então a tese por mim desenvolvida, enquadrando-se no parto humanizado e na promoção do bem-estar materno fetal por parte do EEESMOG ao longo do trabalho de parto, mais especificamente no 1º Estádio do TP.

Este trabalho centra-se no 1º estágio do TP, visto ser neste período em que se encontram mais inquietudes referentes ao bem-estar materno-fetal. Por esta razão será o estágio mais descrito ao longo do trabalho, contudo serão desenvolvidos sucintamente os restantes estádios.

Assim sendo, neste trabalho pretendo desenvolver os seguintes objectivos:

- Identificar as intervenções do EEESMOG no parto humanizado, promotoras do bem-estar materno-fetal;
- Analisar a evidência científica da Prática Clínica Especializada em Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, na perspectiva da PBE;

Uma vez que este trabalho se centra no 1º estágio do TP, visto ser neste período em que se encontram mais inquietudes referentes ao bem-estar materno-fetal, este será o estágio mais descrito ao longo do trabalho, embora sejam também desenvolvidos sucintamente os restantes estádios.

Este trabalho divide-se em 5 capítulos. No primeiro capítulo, realizo o enquadramento da situação e o levantamento da questão inicial; no segundo capítulo será desenvolvida a contextualização teórica; o terceiro corresponde ao enquadramento metodológico; o quarto será a análise e reflexão procurando dar resposta à pergunta identificada e por último, apresento a bibliografia consultada para a realização do mesmo.



## **1. DA PRÁTICA À TEORIA ...e...DA TEORIA À PRÁTICA**

Numa perspetiva de encontrar uma temática para ser a base de elaboração deste relatório, foram fundamentais todos os ensinamentos clínicos realizados ao longo do Curso, pois de todos eles pude colher saberes importantes para a prestação de cuidados enquanto EEESMOG.

Este trabalho surge então de uma curiosidade/inquietude relativa aos cuidados prestados pelo EEESMOG no parto humanizado/natural, que apareceu ao longo do Estágio IV- ESMO na Sala de Partos. Como enfermeira de cuidados gerais e futura especialista, tudo é uma novidade e a procura de conhecimentos é constante...

O Estágio IV – ESMO na Sala de Partos, foi realizado num Hospital pertencente à Rede Nacional dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado.

No desenvolvimento de competências técnico-científicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e acompanhante, durante o trabalho de parto, procurei construir os meus conhecimentos com a ajuda da enfermeira cooperante ao longo deste percurso formativo.

O EEESMOG é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado no domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE,2011). Demonstram também, níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. As competências específicas que pretendi adquirir e desenvolver no Estágio IV – ESMO na Sala de Partos, foram ao encontro das unidades de competência H3.1, H3.2 e H3.3 mencionadas no Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro.

Uma das competências do EEESMOG é cuidar da mulher inserida na família e comunidade (competência H.3 do Regulamento nº 127/2011 de 18/Fevereiro), na qual se insere a promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto (competência H3.1), o diagnóstico precoce e prevenção de complicação na saúde do binómio parturiente/recém-nascido (competência H3.2).

De modo a desenvolver e aperfeiçoar competências a este nível de intervenção do EEESMOG, cuidei da mulher inserida na comunidade e família durante o trabalho de parto, vigiando o progresso do TP, promovendo o bem-estar materno-fetal, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto e aplicando as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica (Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro).

Desenvolvi e aperfeiçoei também competências cognitivas, técnicas e científicas no que diz respeito à avaliação do “(...)bem-estar materno fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados (...)”, através da interpretação do traçado cardiotocógrafo, da deteção precoce de sinais de alerta e da identificação precoce de complicações, referenciando à equipa multidisciplinar as situações que estavam para além da atuação autónoma do EEESMOG, cooperando “(...)com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez” (Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro).

No acolhimento à grávida, procurei realizar a avaliação inicial de enfermagem, com o objetivo de obter informações sobre a aceitação da gravidez pela mulher e família, realização de consultas de vigilância pré-natal, conhecimento da grávida sobre fisiologia e conduta no trabalho de parto e parto, experiências e expectativas em relação ao parto e ao RN, preocupações, medos, queixas.

Todavia, devido a vários condicionalismos estruturais, nem todas as temáticas puderam ser desenvolvidas, entre os quais técnicas não farmacológicas no alívio da dor, a mobilização da parturiente durante o TP, utilização da bola de pilates, bem como nutrição materna e consequentemente aporte energético para o feto ao longo do TP, ou seja, formas de humanizar o parto, garantindo o bem-estar do binómio materno-fetal durante o TP.

A OMS tem desenvolvido inúmeras pesquisas relacionadas com a assistência ao parto humanizado. Há movimentos que defendem o parto como um processo que deve respeitar a individualidade das mulheres, colocando-as como protagonistas e buscando uma adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões dessas pessoas.

Desde os anos 90 que a OMS pretende que exista uma mudança no olhar do profissional de saúde sobre a parturiente e sua família

.Em 1985, a OMS ao reunir-se com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), elaborou uma série de recomendações baseadas em evidências científicas, as quais abrangem a assistência ao parto normal, preconizando medidas para que a mulher em trabalho de parto tenha suporte emocional e atenção, intervindo-se apenas quando necessário.

São muitas as ocasiões, em que não se permite que o processo fisiológico do parto se inicie, realizando um diagnóstico precoce da fase ativa do parto, originando assim uma série de intervenções, que podem complicar a sua evolução e o resultado obstétrico.

No decorrer do tempo, pude verificar que nós, os profissionais de saúde, ainda estamos muito agarrados ao modelo das normas tradicionais, apresentando inúmeras dificuldades em alterar a forma de atuação, nomeadamente no que diz respeito à assistência à mulher durante a condução do seu TP, a fim de garantirmos plenamente o seu bem-estar bio-psico-social.

A competência: *“atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”* (Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro), ficou condicionada pelas normas impostas pelo serviço, nomeadamente no que respeita à deambulação durante o trabalho de parto, condicionando a mulher à cama, à ingestão de líquidos /aporte calórico, ao uso da bola de Pilates, bem como no que diz respeito ao uso de técnicas não farmacológicas para controlo da dor durante o TP.

Uma das muitas questões que me surgiu foi: *“Uma vez que o modelo de cuidados utilizado pela enfermagem em saúde materna pauta-se atualmente pela humanização da assistência, porque não se incentivam esses princípios?”*

O EEESMOG deve procurar uma assistência personalizada, disponibilizando informação à mulher, de modo a que esta seja o centro em todo este processo natural, garantindo os direitos da mulher ao longo do TP, evitando intervenções desnecessárias e questionando-se em relação aos procedimentos realizados apenas por rotina.

No decorrer do tempo, verifiquei pouca abertura por parte de alguns elementos da equipa de saúde na aplicação de técnicas não farmacológicas no alívio da dor no TP/parto, na possibilidade de hidratação/ingestão ou até mesmo a adoção de outras posições por parte da parturiente durante o durante o 1º estágio do TP /parto, levando-me a refletir e investigar mais acerca destas temáticas, tendo sempre como base as competências comuns de enfermeiro especialista: *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro).

Embora existam competências definidas e delimitadas para os diferentes elementos da equipa de saúde, ainda se vivencia muito na prática a imposição de normas, regras e rotinas, limitando a execução das mesmas.

Apercebi-me igualmente, que alguns EEESMOG pelo facto de não se sentirem familiarizados com tais práticas, também se encontravam um pouco resistentes em inseri-las na sua prática diária, descurando o facto de que para o bom desenvolvimento do TP, é

necessário providenciar o bem-estar físico e emocional da mulher, favorecendo deste modo a redução dos riscos e complicações.

Muitas foram as vezes em que me disseram...

*“As senhoras não podem comer rebuçados!”*

*“Pode dar chá, à senhora da cama 1. Mas só um bocadinho. O fundo do copo...”*

*“Podes dar um rebuçado, mas sem que ela te veja...”*

*“Não se pode levantar...”*

Sempre foi notório, que apesar da resistência por parte de alguns elementos, a equipa de saúde encontrava-se motivada para melhorar os cuidados prestados à mulher/casal durante o TP, procurando o bem-estar bio-psico-social da tríade.

No ano de 2013, em Portugal, foi lançado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) o *“Projeto Maternidade com Qualidade”*, com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade nos cuidados através da obtenção de mais e melhores cuidados de saúde, o aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade nos cuidados, a melhoria da eficiência dos cuidados.

Dentro deste projeto foram determinados 5 indicadores de evidência e medidas: hidratação / ingesta em trabalho de parto; estímulo a posições não supinas durante o TP; alívio da dor / medidas não farmacológicas no TP; episiotomia / a utilização na prática clínica e amamentação / 1ª hora após o parto.

Dado que este trabalho se desenvolve em torno das intervenções do EEESMOG durante o 1º estágio do TP, para promover o bem-estar materno-fetal, apenas serão tidos em conta os três primeiros indicadores deste projeto.

Aproveitando a oportunidade do serviço querer aderir a este projeto e alterar algumas das suas práticas, foram constituídos vários grupos de trabalho, de forma a ser feita uma revisão da informação relativa a estas temáticas, com o intuito de fundamentar a prática da equipa no dia-a-dia.

Tendo presente o Regulamento das Competências Comuns, o qual nos diz que o EEESMOG deve conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua dos cuidados, procurei ser englobada num desses grupos de trabalho. (Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro) e foi assim, que em parte se deu o início deste trabalho de mestrado.

A procura de mais suporte bibliográfico relativo às técnicas utilizadas para garantir o bem-estar da tríade durante o TP, trazendo ganhos para os cuidados de saúde, nomeadamente

no que diz respeito aos três primeiros indicadores referidos anteriormente, durante o 1º estágio do trabalho de parto, foi outro dos motivos implicados na respectiva escolha.



## 2. A ENFERMAGEM E O TRABALHO DE PARTO

Nos últimos anos, a Enfermagem teve uma grande evolução quer no que diz respeito à formação pós graduada, quer ao nível da complexidade e reconhecimento por esta profissão.

Em 1996, surge o primeiro documento, a regular a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções da mesma e descrevendo os direitos e deveres dos enfermeiros – o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

Neste documento a Enfermagem assume-se como uma profissão autónoma

(...) que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (...), (OE, 1998)

Segundo o REPE (OE, 1996), o Enfermeiro

(...) é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. (OE, 1996)

Os Mestrados em Enfermagem, nos quais estão incluídos os Curso Pós-Licenciatura de Especialização, vieram habilitar o enfermeiro à obtenção do título de Enfermeiro Especialista, assegurando a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar “ (...) *cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.*” (OE, 1998)

De acordo com, o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. (Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro)

Independentemente da área de especialidade, existem competências comuns que podem ser aplicadas nos diferentes ambientes de cuidados de saúde. Estas competências envolvem as “ (...) *dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.*”. (Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro)

A especialização em Enfermagem da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica é um aprofundamento de conhecimentos nesta área tão específica, de modo a ser possível uma prestação de cuidados de qualidade. Os cursos de Mestrado em ESMO vêm possibilitar uma reflexão sobre a ação procurando fundamentá-la através de evidências científicas.

Ao EEESMOG,

(...) são reconhecidas competências (...) que lhe permitem realizar a vigilância de saúde da mulher ao longo do ciclo reprodutivo, a vivenciar processos de saúde/doença nos períodos pré concepcional, pré, intra e pós natal e ao recém-nascido até ao 28º de dia, assim como no âmbito da Educação Sexual, Planeamento Familiar, Ginecologia, Climatério e Saúde Pública. (Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro)

Apesar de o EEESMOG, conforme está descrito no Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro, assumir a responsabilidade pelo exercício nas “(...) *seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional(...); 2. Gravidez (...); 3. Parto – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério(...); 5. Climatério (...); 6. Ginecologia (...); 7. Comunidade (...)*”, visto que este trabalho se centra no exercício do EEESMOG durante o trabalho de parto, principalmente no 1º estágio do TP, apenas a terceira área de atividade de intervenção se encontra desenvolvida.

A preocupação com a qualidade no desempenho de qualquer função é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o correr dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição.

De acordo com Hesbeen (1998), “ *O prestador de cuidados é um perito porque dispõe de diferentes saberes provenientes tanto da sua vida pessoal quanto da sua formação e da sua experiência profissional*”. Contudo, os saberes dos peritos não devem anular os da pessoa que recebe os cuidados, mas sim permitirem ajudar a pessoa a mobilizar os seus, de modo a ter ganhos em saúde.

A função de perito deve permitir aumentar o “número de caminhos” possíveis a seguir, ou seja, permitir à pessoa cuidada e seus familiares a identificação das suas diferentes possibilidades e os diferentes caminhos que se lhe oferecem.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, a competência profissional encontra-se estreitamente ligada à qualidade nos cuidados, ou seja, de acordo com a OE, “*só com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade*”. (OE, 2011)

Na procura da excelência dos cuidados, o EEESMOG deve pretender que os seus clientes, neste caso a família/casal, alcancem os níveis máximos de satisfação.

De modo a atingir estes níveis de satisfação, segundo o Regulamento referido no parágrafo anterior, entre outros aspetos é importante procurar estabelecer-se uma parceria com o casal/família no planeamento do processo de cuidados, bem como procurar minimizar o impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente, forçadas pelo modelo de assistência de saúde. (OE, 2011). Tal parceria deve ser estabelecida nos vários contextos de intervenção do EEESMOG.

De acordo com uma visão partilhada pela OE e pela APEO, no documento nomeado “*Pelo direito ao parto normal*”, o parto normal / natural é designado pela OMS “*Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. (...)*”, em que a “*(...) criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. (...)*”, e em que “*(...) depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.*” (OE, 2012)

Uma vez que, o parto é um marco importante do processo de transição para a maternidade e um dos momentos mais marcantes de todo o processo de maternidade/paternidade, o EEESMOG deve prestar um cuidado integral à parturiente/família, tendo em conta todos os aspetos envolvidos nesse processo, tais como os físicos, sociais, culturais, económicos, espirituais e emocionais.

## 2.1. TRABALHO DE PARTO. A OMS RECOMENDA...

Em 1996, um grupo de especialistas de diversos países, com base nas melhores evidências científicas apresentadas em trabalhos publicados em todo o mundo, elaborou um relatório intitulado “*Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*” da autoria da OMS.

O referido documento identificou as práticas mais utilizadas durante o TP, procurando estabelecer normas de boas práticas para a conduta do TP e parto sem complicações, baseando-se na evidência científica.

Através desta publicação, a OMS (1996) classificou as práticas relacionadas com o parto normal / natural em quatro categorias (posteriormente mais desenvolvidas no ANEXO I):

- Categoria A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. (Exemplo: o uso do plano de parto);
- Categoria B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas. (Exemplo: a realização de tricotomia);
- Categoria C – Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão (Exemplo: amniotomia precoce);
- Categoria D – Práticas frequentemente usadas de modo inadequado (Exemplo: Jejum prolongado).

Apesar da existência destas recomendações desde 1996, determinadas práticas desnecessárias e desaconselháveis ainda continuam a ser realizadas, em algumas salas de parto do país. Infelizmente, existe a tentação para tratar todos os partos rotineiramente com o mesmo alto grau de intervenção exigido por aqueles que apresentam complicações.

A preocupação com a excessiva intervenção no TP/parto, devido ao aumento das cesarianas, um problema transversal a muitos países, levou a OMS a emitir recomendações com vista a definir o trabalho de parto normal, identificando práticas comuns e estabelecendo normas de boa prática na assistência ao parto sem complicações.

Com o mesmo ponto de vista, em 2012, é publicado pela OE, um documento de consenso “*Pelo direito ao Parto Normal- Uma visão partilhada*“, onde são assumidos os seguintes pressupostos, relacionados com a assistência na gravidez e no parto:

O nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deve intervir para corrigir da normalidade; Os profissionais de saúde que neles participam são o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres. (OE, 2012: 9).

Nesta mesma publicação, como uma das medidas promotoras do parto normal, preconiza-se a fomentação de práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do TP, nascimento e pós-parto, que incluem: o respeito pelo ritmo do trabalho de parto, a utilização do partograma para o registo do progresso do TP, a oferta de acesso a líquidos claros a gosto durante o TP, o apoio na liberdade de movimentos da mulher, oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical e a possibilidade de contato pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e amamentação.

Para além dos critérios referidos anteriormente, foram também determinados como critérios de inclusão para o parto normal, a rutura artificial de membranas - sempre que não realizada com o intuito de induzir o trabalho de parto; a monitorização fetal contínua; o controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos; a correção de distócias dinâmicas; a realização da episiotomia devido a razões maternas ou fetais; uma conduta ativa no 3º período do trabalho de parto; um parto com complicações minor – tais como hemorragia pós-parto ligeira e facilmente controlada, laceração de 1º e 2º grau e reparação perineal, bem como as situações em que ocorre administração de antibiótico para profilaxia da infeção neonatal.

Indução do trabalho de parto com prostaglandinas ou ocitócicos ou com rutura artificial de membranas, uso ventosas, fórceps, a realização de cesariana, são situações então excluídas da denominação de parto normal.

Outra medida, assumida pela OE em prol do parto natural, foi que práticas e procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado, devem ter utilização mínima por parte dos profissionais. Nessas incluem-se a tricotomia perineal, o uso de clisteres, descolamento de membranas no pólo inferior, aceleração do trabalho de parto, exames vaginais repetidos, a restrição de alimentos e água à parturiente, bem como o confinamento à cama. Administração de fluidos intravenosos, controlo farmacológico da dor, a algaliação, a utilização da posição de litotomia, esforços expulsivos dirigidos pelo pessoal de saúde, manobra de Kristeller, episiotomia e exploração manual do útero são também medidas a não serem usadas. (OE, 2012)

Apesar destas medidas estarem suportadas pela evidência, ainda se constata nas maternidades portuguesas alguma resistência dos profissionais de saúde para a mudança de paradigma no cuidado assistencial às parturientes.

Uma adequada evolução do TP, como defende a OMS (1996), passa por um adequado diagnóstico da fase do TP em que se encontra a gestante, pois um diagnóstico incorreto do TP pode conduzir a estados de ansiedade e intervenções desnecessárias.

Porém, deve ser também referido que a avaliação de risco de determinado TP e parto, não deve ser uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado ao longo da gestação e do TP. A qualquer momento, complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mulher/parturiente para um nível mais complexo de assistência.

As vantagens do parto normal são tantas que é difícil enumerá-las, a natureza segue o seu rumo, facilitando a adaptação do recém-nascido(RN) à vida extra-uterina, potencializando o processo de vinculação, facilitando a interação mãe/RN, bem como maior interação/participação com o companheiro/pai. (APEO, 2009:15)

De acordo com OE,

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, tem como foco de atenção proporcionar/atender a mulher nas distintas fases do trabalho de parto incluindo a dor e as técnicas não farmacológicas no seu alívio, bem como estabelecerem uma relação de ajuda, confiança e empatia visando o conforto e bem-estar materno fetal.(OE, 2015)

Para que seja possível ao EEESMOG avaliar se está diante de um trabalho de parto/parto de baixo risco, este deve ser detentor de conhecimentos relativos a todos os estádios do mesmo, podendo preservar a sua autonomia, sabendo identificar precocemente todas as situações que fogem ao normal, podendo encaminhar para uma assistência mais complexa.

Sendo assim, posteriormente será narrado o processo envolvente em cada Estádio, bem como as correspondentes intervenções que o EEESMOG pode executar autonomamente.

## 2.2. TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto e o nascimento representam o término da gravidez e o início da vida extra-uterina para o RN (Bobak *et al.*, 1999).

O parto é um evento marcante na vida de um(a) mulher/casal, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo, daí que o seu modelo de assistência tenha evoluído, ao longo dos tempos, com o objetivo de melhorar a saúde perinatal. (APEO, 2009)

Segundo Graça (2012), trabalho de parto pode ser definido como “ (...) o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.”

Bobak *et al.* (1999:226), diz-nos que “O trabalho de parto é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, placenta, e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto (...)”.

Este é considerado normal quando “a mulher se encontra no termo ou perto do termo da gravidez (...), só existe um feto com apresentação de vértice, e o trabalho de parto não ultrapassa as 24 horas” (Bobak *et al.*, 1999:226). Clinicamente, o trabalho de parto ocorre desde o início da contratilidade regular até á expulsão da placenta, e o seu diagnóstico é crucial na medida em que determina a sua duração.

Este trabalho vai ser centrado na intervenção do EEESMOG durante o TP, ou seja, nos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o TP, estando este englobado no ponto 3 das áreas de intervenção descritas anteriormente.

De acordo com o Regulamento nº 127/2011 de 18 /Fevereiro,

O EEESMOG, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.. (OE, 2011)

Segundo Bobak *et al.* (1999: 226), “ O trabalho de parto pode ser abordado em duas perspectivas: quanto aos mecanismos envolvidos no processo, ou quanto aos vários estádios que a mulher atravessa.”, sendo esta última, a abordagem dada ao longo deste trabalho.

O trabalho de parto pode ser dividido em vários estádios, contudo o número de estádios não é consensual, havendo alguns autores, tal como Graça (2012), que defendem que este se pode dividir em três estádios (dilatação, período expulsivo e dequitação), e outros que acrescentam um quarto estádio, que consiste no período de recuperação imediata após o parto, durando cerca de duas a quatro horas após a expulsão da placenta (Bobak *et al.*, 1999: 227 ).

No entanto, são concordantes no que diz respeito ao facto de que os diferentes estádios têm características e tempos bem definidos, sendo estes diferentes nas nulíparas e multíparas.

Lowdermilk e Perry (2006) dizem-nos que, o TP pode ser influenciado por cinco fatores: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição da mãe e as reações psicológicas. Deste modo, o EEESMOG deve conhecer e compreender os fatores essenciais do TP, os processos envolvidos, a normal sucessão de acontecimentos e as adaptações sofridas tanto pela mãe como pelo feto.

### **Primeiro Estádio do trabalho de parto**

O primeiro estágio do trabalho de parto inicia-se, quando se instalam as contrações uterinas dolorosas, e termina aquando a dilatação completa do colo. Tal informação, é corroborada por Bobak *et al.*, ao dizer-nos que “ *O primeiro estágio do trabalho de parto inicia-se com as primeiras contrações uterinas regulares e termina quando o colo se encontra com a dilatação completa.*”. (Bobak *et al.*, 1999: 227)

Este estágio, por norma é muito mais longo que o segundo ou o terceiro estágio. Contudo, vários fatores essenciais podem alternar tal princípio, como por exemplo o facto de se estar perante uma múltipara ou uma primípara. “ *Em algumas múltiparas, a dilatação pode estar completa em menos de 1 hora. Na primípara, a dilatação completa do colo raramente é conseguida em menos de 24 horas.*” (Bobak *et al.* 1999: 227).

Graça (2012) refere que Friedman dividiu o primeiro estágio em duas fases principais - fase latente e fase ativa. Bobak *et al.* (1999: 227), divide ainda em mais uma, a de transição.

A fase latente precede o trabalho de parto ativo e compreende o período que decorre entre o início das contrações regulares até ao momento em que o colo está completamente apagado e com cerca de três centímetros de dilatação. A duração desta fase é muito variável, podendo ser influenciada por fatores externos, como por exemplo a analgesia epidural prematura.

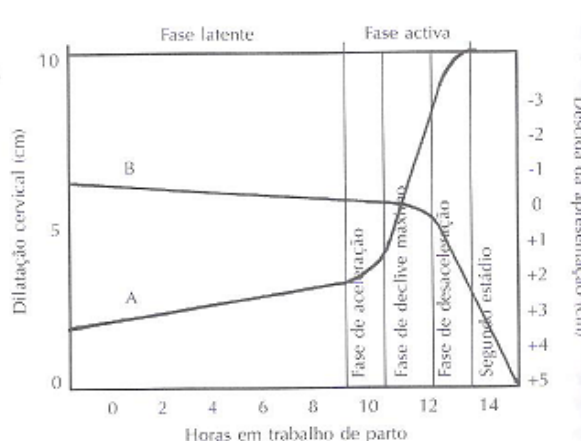
Posteriormente a esta fase, inicia-se a fase ativa. Nesta, o colo irá dilatar-se até atingir os dez centímetros e concomitantemente inicia-se a descida da apresentação fetal no canal de parto.

A fase ativa pode ainda, ser subdividida em três períodos, de acordo com o padrão de dilatação do colo: período de aceleração, período de declive máximo e período de desaceleração. Friedman, segundo Graça (2012), considera que o período de declive máximo reflete a eficácia da contratilidade uterina, enquanto que o período de desaceleração fornece informações acerca da relação feto-pélvica.

Ao contrário da fase anterior, esta tem um ritmo e duração mais previsíveis.

Na figura 1 encontra-se a representação gráfica do trabalho de parto segundo Friedman, onde é possível observar a relação entre a dilatação cervical e o tempo (curva hiperbólica), bem como entre a descida de apresentação e o tempo (curva sigmóide). Além disso, também é possível verificar as diferentes fases do primeiro estágio do trabalho de parto claramente divididas e identificadas. Ao ser preenchido este gráfico, também designado como partograma, torna-se numa ferramenta fundamental para os profissionais de saúde, uma vez que torna possível identificar os padrões normais e anormais do trabalho de parto.

**Figura 1: Curvas de Friedman. A – Dilatação cervical. B – Descida da apresentação**  
(Fonte: Graça, L. M.- Medicina Materno-Fetal. Lisboa: Lidel, 2012.)



Para além do partograma, Friedman “estabeleceu também os limites de normalidade dos padrões evolutivos do TP em nulíparas e múltiparas” (Graça, 2012), que se encontram representadas na Tabela 1.

<b>1º ESTÁDIO</b>	<b>Nulípara</b>	<b>Múltipara</b>
<i>Duração fase latente</i>	Até 20h	Até 14h
<i>Dilatação na fase ativa</i>	>1,2 cm/h	> 1,5 cm/h
<i>Duração fase de desaceleração</i>	Até 3 h	Até 1h
<i>Descida da apresentação</i>	>1 cm/h	> 2cm/h

**Tabela 1: Padrões Evolutivos normais do parto 1º estágio**  
(Fonte: Graça, L. M. - Medicina Materno-Fetal. 4ª Ed. Lisboa, 2012.)

O trabalho de parto nas primíparas e nas múltiparas evolui de modo diferente. Em média, numa primípara este pode durar até 21 horas, enquanto que numa múltipara até 14 horas.

De acordo com Bobak *et al.* (1999: 227), “*A duração total média do primeiro estágio do trabalho de parto varia, na primípara, entre as 3,3 horas e as 19,7 horas; mas gravidezes subquentes, os valores situam-se entre 0,1 e 14,3 horas.*”.

Tal recomendação é

(...) suportada pelas linhas de alerta e acção que a própria OMS definiu para o uso do partograma. Assim, a linha de alerta seria ultrapassada se a dilatação em quatro horas fosse inferior a 1 cm por hora, e a da acção se isto continuasse a ocorrer depois de outras quatro horas, ainda que a OMS também refira que “uma progressão lenta tem que ser motivo de avaliação, NÃO de intervenção”(APEO,2009).

O partograma torna-se assim numa ferramenta essencial para o TP, visto que vai permitir “ (...) realizar uma adequada avaliação da evolução do trabalho de parto e reduzir o número de intervenções”. (APEO, 2009: 43)

Nele, o EEESMOG deve registar sinais vitais maternos, evolução do TP, o estado fetal, características do líquido amniótico, assim como a evolução da dilatação e dinâmica uterina.

No parto normal, está assumido que a avaliação dos sinais vitais devem ocorrer apenas de 4h/4h ( excepto na presença de alguma alteração).

Para assegurar o bem-estar fetal, a auscultação intermitente do foco é recomendável no grupo de mulheres que no início do trabalho de parto são consideradas de baixo risco. Quando realizada, é aconselhável que seja efetuada durante 60 segundos como mínimo, a cada 15 minutos no período de dilatação e a cada 5 minutos no período expulsivo. Sempre que surjam alterações na frequência cardíaca fetal (FCF) ou na evolução do trabalho de parto, a auscultação deve passar de intermitente a contínua.

A avaliação do estado da bolsa amniótica, assim como a cor e quantidade de líquido servem para avaliar o bem-estar fetal. A saída de mecónio espesso após a rutura das membranas, torna-se sinal de que o feto pode encontrar-se em sofrimento. A ausência de líquido amniótico deve ser também considerada um fator de risco, bem como a presença de líquido amniótico levemente tinto de mecónio.

Tradicionalmente, bem como nos dias que correm, o toque vaginal é considerado o método mais aceite para avaliar a progressão do trabalho de parto, destronando assim outros

métodos menos invasivos, contudo tão válidos quanto este. A OMS, diz-nos que o número de toques vaginais deve ser limitado aos estritamente necessários durante o primeiro estágio do TP, geralmente um em cada quatro horas.

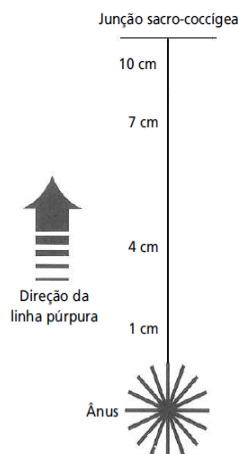
As outras técnicas menos invasivas que se podem utilizar para avaliar a evolução do parto, passam pela palpação abdominal - avaliando-se a descida da cabeça fetal em termos de quintos palpáveis por cima da sínfise púbica, bem como a interpretação do comportamento e dos sons maternos (o comportamento da mulher, a sua aparência e condutas, assim como o fluxo e as secreções vaginais).(APEO, 2009)

Respirações “forçadas”, sons intensos e a necessidade de puxar podem ser também identificados como sinais de evolução do TP. Apesar disso, se na evolução do parto surgem dúvidas se acaso a dilatação está completa, deve ser feito um toque vaginal. (APEO, 2009: 48)

Existem ainda outros métodos, contudo ainda carecem de estudos que os avaliem, no entanto parecem ser de utilidade, sendo um deles a avaliação da linha púrpura (linha roxo-violácea) que aparece nas margens do ânus com o início da fase ativa do parto e vai ascendendo por entre as nádegas até ao nascimento coincidindo com a dilatação completa. (Figura 2)

**Figura 2: Indicação Visual da direção da “linha púrpura”**

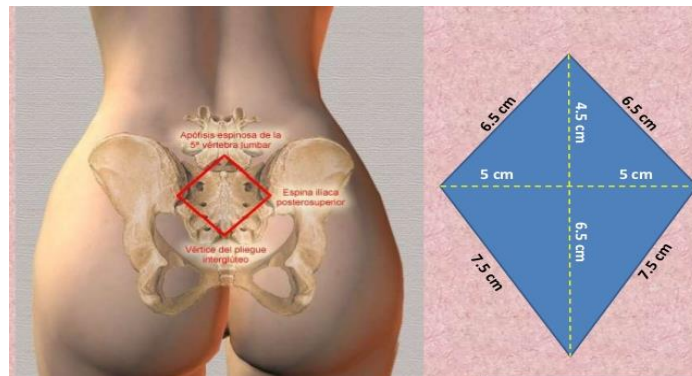
(Fonte: Hobbs L. Assessing cervical dilatation without VEs. Watching the purple line. Pract Midwife. 1998)



O aparecimento do “Losango de Michaelis” como indicativo da dilatação completa em mulheres cuja posição permite uma ligeira deslocação do triângulo formado pelos cóccix, sacro e últimas vértebras lombares. (Figura 3)

**Figura 3: “Losango de Michaelis”**

(Fonte: <http://es.slideshare.net/HctorDaniloVelardeVa/dimetros-de-la-pelvis-aterna>)



Neste estágio, o EEESMOG deve ter sempre presente em mente que componentes tais como o estado emocional da parturiente; as relações interpessoais (entre a mulher e sua família/acompanhante, entre a mulher e a equipa de saúde); o conforto e bem-estar em amplo sentido e as condições do ambiente (por exemplo, o respeito à intimidade e privacidade, um ambiente tranquilo e confortável), são também uma meta a alcançar, para que possa promover o bem-estar materno-fetal.

É importante explorar as expectativas da parturiente em relação à experiência de trabalho de parto, com o objetivo de ajudá-la a desenvolver expectativas realistas, capacitando-a, para que possa atingir os seus objetivos para o trabalho de parto, possibilitando uma experiência mais satisfatória e positiva. (Pacheco *et. al*, 2012)

Se no período inicial do TP a parturiente pode falar despreocupadamente das suas expectativas, de forma alegre e descontraída, com aumento do número de contrações e sua intensidade, à medida que a dilatação avança, os níveis de dor, raiva, medo, tristeza e cansaço vão ser cada vez mais elevados, diminuindo os níveis de energia e as emoções positivas. Os sentimentos negativos resultam, na maior parte das vezes, da dor sentida. (Frias e Franco, 2008)

Assim, o EEESMOG deve lembrar-se sempre que a mulher se encontra mais frágil emocionalmente, visto que a associação do TP/parto à dor, gera ansiedade à parturiente. Muitos procedimentos são temidos, com receio de se tornarem experiências negativas. (Sarmiento e Setúbal, 2003: 264)

Para além da dor física, o ambiente estranho, o grau de dependência da parturiente e a invasão da intimidade intensificam o sofrimento, o medo e a ansiedade.

Socialmente, existem expectativas quanto ao desempenho da mulher, bem como relativas à saúde do RN, tornando este processo numa experiência emocionalmente intensa, criando um misto de ansiedade/alegria para a parturiente.

### Segundo Estádio do trabalho de parto

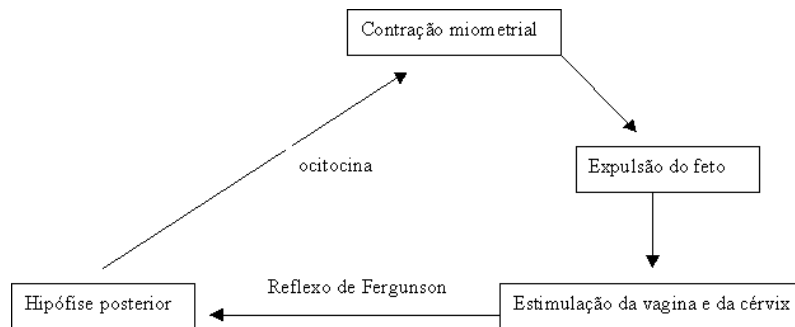
O segundo estágio do TP compreende o período expulsivo, ou seja, o período que medeia a dilatação completa até à expulsão do feto (Machado, 2010). Lowdermilk e Perry (2006) denominam este estágio como o período em que o feto é expulso. Este, tem início com a dilatação cervical completa (10cm) e apagamento do colo (100%) e termina com a expulsão do feto.

As mesmas autoras descrevem que este é composto por três fases: a latente, a descida e a transição. Estas fases são caracterizadas pelos comportamentos verbais e não verbais da parturiente, pela dinâmica uterina involuntária, pelos esforços expulsivos voluntários e pela descida da apresentação.

Lowdermilk e Perry (2006) referem que o feto, ao longo da fase latente, continua a descer de forma passiva através do canal de parto e roda para a posição anterior como resultado das contrações uterinas persistentes.

#### Figura 4: Reflexo de Ferguson

(Fonte: [http://www.mcguido.com.br/mecanismo\\_parto.htm](http://www.mcguido.com.br/mecanismo_parto.htm))



A fase de descida, ou fase de esforço ativo como descrevem Lowdermilk e Perry (2006), é caracterizada por uma forte necessidade de fazer esforços expulsivos à medida que o reflexo de Ferguson (Figura 4) é ativado quando a apresentação exerce pressão sobre os receptores distendidos do pavimento pélvico.

Nesta altura verifica-se a libertação de ocitocina pela hipófise posterior, provocando contrações uterinas expulsivas mais intensas. A necessidade de fazer esforços expulsivos intensifica-se à medida que a descida do feto progride. Na fase de transição, a apresentação

encontra-se no períneo e os esforços expulsivos são mais eficazes para promoveram a expulsão do feto (Lowdermilk e Perry, 2006).

A duração deste estágio é influenciada por vários fatores, tais como a eficácia das contrações uterinas primárias (contrações musculares uterinas) e secundárias (através do uso dos músculos abdominais para realizar esforços expulsivos); o tipo e quantidade da analgesia usada; a condição física emocional, posição, nível de atividade, paridade e adequação pélvica da mulher em trabalho de parto; tamanho, apresentação e situação do feto; e a fonte e tipo de suporte que a mulher recebe (Lowdermilk e Perry, 2006). Tal como ocorre no 1º estágio do TP, Friedman e Cohen estabeleceram limites de normalidade dos padrões evolutivos do trabalho de parto em nulíparas e em múltiparas. (Tabela 2)

<b>2º ESTÁDIO</b>	<b>Nulípara</b>	<b>Múltipara</b>
<i>Duração normal</i>	Até 45-60 minutos	Até 15-20 minutos

**Tabela 2: Padrões evolutivos normais do parto 2º estágio**

(Fonte: Graça, L. M. - Medicina Materno-Fetal. 4ª Ed. Lisboa, 2012.)

Lowdermilk e Perry (2006) argumentam que no caso das mulheres múltiparas, o parto acontece alguns minutos após a dilatação completa. Nas nulíparas os esforços expulsivos fazem-se cerca de uma a duas horas antes da expulsão do feto acontecer.

A avaliação durante o segundo estágio do trabalho de parto é contínua, sendo as normas e o tipo de avaliações determinadas pelos profissionais e pela instituição.

Este estágio, torna-se um dos momentos mais importantes e exigentes para o EEESMOG e parturiente/companheiro, exigindo-lhe competências técnicas, científicas e relacionais.

Muitas das vezes, este estágio é associado pela parturiente à dor. A sensação dolorosa sentida pela mulher no trabalho de parto é muito variável, estando sujeita a influências psíquicas (comportamento, motivação, cultura e educação).

Cada parto é um momento único e singular, repleto de sentimentos e emoções fortes, pelo que procurei apoiar psico-emocional a parturiente / companheiro durante este estágio, uma vez que este período é muitas vezes vivido com alguma exaustão.

Para além de associado à dor de maior intensidade, encontra-se muitas vezes associado ao receio da morte, do RN e/ou da própria.

O novo papel de mãe que lhe é atribuído socialmente e que ela gostaria de desempenhar, frequentemente intimida a parturiente, elevando os seus níveis de ansiedade.

Geralmente, o período expulsivo termina com um grande sentimento de alívio, após a saída do RN. O culminar deste estágio é também para muitas mulheres, um momento em que ocorre um misto de emoções: segurar num ser desconhecido, mas que contraditoriamente conheceu intimamente durante os longos nove meses, durante os quais foi desenvolvida uma relação. (Colman e Colman, 1994)

### **Terceiro Estádio do trabalho de parto**

O terceiro estágio decorre entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta e das membranas fetais.

Após o nascimento do RN as contrações mantêm-se de forma a promover o descolamento da placenta, através da rotura das vilosidades que a mantêm ligada à decídua do revestimento basal do endométrio, sendo esta, geralmente, expulsa na contração uterina seguinte. Estas contrações ocorrem 5 a 7 minutos após o nascimento do RN.

A duração do terceiro estágio do TP é variável de mulher para mulher, podendo ir até 1 hora. Apesar disso, o risco de hemorragia materna aumenta à medida que aumenta a duração deste estágio (Lowdermilk e Perry, 2006).

Segundo Graça (2012), que cita Friedman e Cohen, os padrões evolutivos normais do parto para este estágio do TP são apresentados na Tabela 3.

<b>3º ESTÁDIO</b>	<b>Nulípara</b>	<b>Multípara</b>
<i>Duração normal</i>	Até 30 minutos	Até 30 minutos

**Tabela 3: Padrões evolutivos normais do parto 3º estágio**

(Fonte: Graça, L. M. - Medicina Materno-Fetal. 4ª Ed. Lisboa, 2012.)

O objetivo deste estágio é o descolamento rápido e a expulsão da placenta, executada de forma eficaz e segura.

Segundo Lowdermilk e Perry (2006), quando cessa a circulação materna para a placenta, o débito cardíaco aumenta como resultado da mobilização do sangue das extremidades inferiores. Por outro lado, em resposta a este aumento do débito cardíaco, a frequência cardíaca diminui, mantendo-se com valores ligeiramente mais baixos do que os valores anteriores à gravidez, durante aproximadamente uma semana.

Outra adaptação materna após o parto diz respeito à involução uterina, ou seja, ao retorno do útero ao estado não gravídico. Este processo inicia-se imediatamente após a expulsão da placenta, através da contração do músculo liso. Desta forma, no final do terceiro

estádio do trabalho de parto, o útero pesa cerca de 1000g, encontrando-se aproximadamente 2 cm abaixo do nível do umbigo (Bobak *et al.*, 1999).

Neste estágio, a mulher demonstra psicologicamente um grande alívio, estando receptiva a qualquer informação, mas pode também demonstrar alguma exaustão.

Os sentimentos de receio ou medo podem ainda estar presentes, estando estes mais direcionados com o bem-estar do RN.

#### **Quarto Estádio do trabalho de parto**

O quarto estágio do trabalho de parto dura em geral cerca de 2 horas após a expulsão da placenta. Este é o período de recuperação imediata, em que a hemostase é restabelecida. Consiste num período muito importante para detecção precoce de eventuais complicações pós parto.

Neste período, os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar a mulher e a sua família, no período inicial da parentalidade. Assim, este não é apenas um período de recuperação do trabalho de parto, mas também, um momento muito importante para que a mulher e o RN se conheçam e estabeleçam relações com os restantes membros da família (Lowdermilk e Perry, 2006). É momento para inicial a amamentação, caso não tenha sido possível o seu início ainda no estágio anterior.

Neste estágio o EEESMOG, deve estar atento às características das perdas vaginais. Estas devem ser avaliadas e interpretadas em conjunto com o tamanho e consistência do útero; as alterações nos sinais vitais - a hipotensão e a taquicardia podem indicar perdas hemáticas importantes; e ao alívio da dor, através de analgésicos ou utilizando medidas não farmacológicas como o uso de frio (gelo).

A diurese deve ser também vigiada nas primeiras horas. No caso de retenção urinária, deve-se proceder ao esvaziamento vesical. Também se deve ter em conta o períneo, no caso de episiotomia ou laceração, com o objetivo de identificar precocemente eventuais complicações (Graça, 2012).

As intervenções EEESMOG no 4º estágio do trabalho de parto, passam essencialmente por uma observação cuidada da mulher, de modo a detetar possíveis complicações tendo especial atenção às situações que podem predispor a uma hemorragia (Bobak *et al.*, 1999).

Para além da observação física, existem outros cuidados, nomeadamente as medidas de higiene e conforto, de manutenção do equilíbrio hídrico e nutricional, assim como a

atenção às necessidades emocionais dos pais e a promoção dos cuidados educacionais maternos e da criança.

Sendo a parentalidade um processo construído ao longo do tempo da gravidez, no período imediatamente após o parto os pais ainda estão a desenvolver a caminhada que terão de fazer ao longo das suas vidas, dada a irreversibilidade inerente a este processo de transição. Deste modo, o EEESMOG deverá estar disponível para os acompanhar neste período e continuarem o trabalho iniciado durante a gravidez.

A promoção dos laços vinculativos deve ser incentivada logo após o parto através contato pele a pele entre a mãe/pai/recém-nascido.

De modo a incentivar a amamentação, mas atendendo sempre à opção de escolha da mulher, o EEESMOG deve ajudar a parturiente a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, procurando responder às dúvidas que surjam.

A amamentação deve ser iniciada o mais cedo possível, na sala de partos ou durante a primeira hora de vida, visto ser o momento em que o recém-nascido se encontra mais desperto, com um reflexo ou instinto de sucção vigoroso, antes de mergulhar no sono. Para além de favorecer a aprendizagem do recém-nascido, também vai estimular a subida do leite.

### 2.3. MODELO DE ROPER, LOGAN E TIERNEY – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

Este trabalho tem por base alguns dos conceitos pertencentes ao Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney cuja intenção não foi analisar, colocar em causa ou testar o modelo em si, mas sim utilizar os seus conceitos para ajudar a perceber a importância da deambulação durante o TP, da alimentação/ingestão da parturiente e do uso de técnicas não farmacológicas para controlo da dor e para o bem-estar da parturiente/feto.

Assim, considerou-se importante abordar de forma sumária este Modelo de Enfermagem para se poder enquadrar e compreender os contextos envolvidos neste trabalho de mestrado.

Tomey e Alligood (2004), dizem-nos que os modelos teóricos não são a teoria contudo, podem contribuir para organizar e estruturar estratégias de atuação que assentem nos seus sistemas abstratos dos conceitos globais que apresentam.

O Modelo inicial de Nancy Roper foi reformulado pela respetiva autora conjuntamente com duas outras colegas enfermeiras, Winifred Logan e Alison Tierney, sendo em 1980 apresentado como o Modelo de Enfermagem de Atividades de Vida. A sua reformulação tornou-o num modelo mais completo e mais adaptado às necessidades da prática de enfermagem. (Tomey e Alligood, 2004)

Este é um Modelo de Vida cuja “(...) *essência está na ideia de que todos os indivíduos estão envolvidos em atividades que lhes permitem viver e crescer.*”. O mesmo está intimamente ligado aos contextos da vida atual e aos fatores que a influenciam, uma vez que o Homem é visto como “*um indivíduo ocupado a viver toda a sua vida*”, desde que nasce até morrer, desenvolvendo os seus projetos de vida. São as atividades que o Homem desempenha que o caracteriza. (Roper *et al.*, 2001)

O modelo de vida que sustenta o Modelo de Enfermagem de Roper – Logan – Tierney é uma tentativa de identificar as características principais deste fenómeno complexo que é a vida. Segundo esta perspectiva foram definidos cinco componentes que se encontram na base deste modelo (Roper *et al.*, 2001):

- Atividades de Vida (AV's);
- Duração de vida (etapas de vida, ciclo vital);
- *Continnum* dependência/independência;
- Fatores que influenciam as AV's;
- Individualidade da vida.

Também, o modo como cada individuo vivência cada atividade de vida, irá contribuir para a individualidade da mesma. Foi nesta perspectiva que este modelo foi selecionado, porque durante as diferentes fases da vida e no surgimento de diversos acontecimentos a pessoa tende a adaptar-se de forma a adequar as suas atividades de vida. O trabalho de parto/parto em meio hospitalar é um estágio da vida da mulher, que apesar das indicações da OMS, pode ainda restringir a realização de algumas das atividades.

As atividades de vida, tais como manter um ambiente seguro, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, mobilizar-se e comunicar são algumas das que podem estar condicionadas ao longo do processo natural do parto.

As AV's, são assim denominadas, visto serem essenciais para o normal funcionamento do corpo, tanto na sua dimensão física, como na psíquica, na espiritual e na social, devendo ser satisfeitas, se não pelo próprio, pelo profissional de saúde, neste caso pelo EEESMOG.

A capacidade de mobilização é uma das características de todos os seres vivos e a capacidade de mover livremente o corpo é uma atividade humana necessária e muito valorizada. Tem implicações em todas as outras atividades, quer consciente, quer inconscientemente. A atividade física constitui um impulso humano básico, com importância

durante toda a vida. A falta ou perda de mobilidade pode ter um elevado impacto (Roper *et al.*, 2001).

A deambulação ao longo do TP, ajuda a regularizar as contrações, a encurtar o tempo do trabalho de parto e a aliviar as dores das contrações.

Em 2012 a OE, diz-nos que o EEESMOG, deve “ (...) apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical”. (OE, 2012)

Com base no consenso nacional em relação ao parto natural, tornou-se importante construir um plano nacional para a humanização do parto em Portugal. De forma a incentivar práticas que promovam o processo fisiológico do parto, na mulher com gravidez de baixo risco, o EEESMOG deve apoiá-la a ter liberdade de movimentos e posições durante o trabalho de parto (APEO, 2009).

A posição vertical durante o TP é benéfica e envolve principalmente os seguintes mecanismos: ação da gravidade; descompressão dos grandes vasos maternos; aumento dos diâmetros do canal de parto, do ângulo de encaixe, da ventilação pulmonar materna; e melhora a eficácia das contrações (Mamede *et al.*, 2007).

A posição de supina está contra-indicada no trabalho de parto, uma vez que a compressão exercida na aorta-cava pode comprometer tanto a mãe como o bem-estar fetal. Enquanto no leito, a posição a adotar deve passar pelo decúbito lateral esquerdo.

Segundo a APEO (2009), existem várias posições que podem ser adotadas durante o TP. A posição de decúbito lateral, preferencialmente esquerdo, a posição vertical, a de sentada numa bola de Pilates e a de pé apoiada com as mãos na parede, separando as pernas, oscilando e girando as ancas durante as contrações.

A posição de joelhos vai permitir abrir a pélvis e libertar a tensão lombar, enquanto que a posição de quadrúpede ou de gatas, se torna útil quando a dor é localizada na zona lombar.

Cabe ao EEESMOG, motivar as grávidas a adotar posturas vantajosas e facilitadoras do TP, baseando as suas sugestões em factos científicos, respeitando sempre a preferência de cada mulher, visto que “ (...) a possibilidade de adoção de diversos posicionamentos durante o primeiro estágio do TP, permite à mulher adaptar-se às mudanças de posições fetais durante a sua descida pelo canal de parto.” (OE, 2013)

Uma vez que é também da responsabilidade do EEESMOG, a avaliação do bem-estar fetal, para se proceder ao registo cardiotocográfico fetal (CTG), contínuo ou intermitente, o uso da telemetria pode ser uma solução adequada que permite a deambulação.

Segundo Roper *et al.* (2001) em todas as culturas a higiene pessoal e vestir-se é uma preocupação pessoal, transversal a todas elas. Normalmente é realizada em privado ou em presença de pessoas íntimas. Os hábitos de higiene iniciam-se em criança através da educação que é transmitida pelos vários membros da família.

A mulher, em trabalho de parto, pode sentir a atividade de vida higiene pessoal e vestir-se um pouco prejudicada, quer pela quantidade de sangue e suor que o TP/ parto envolve, quer pela exposição de suas zonas corporais íntimas.

O condicionamento desta atividade encontra-se intimamente relacionada com a anterior. Se não for permitido a deambulação à parturiente, esta estará confinada ao leito, não podendo satisfazer na totalidade esta necessidade.

Ao permitir a realização de uma higiene pessoal através de um duche, o EEESMOG, está também a fazer uso de uma técnica não farmacológica de controlo da dor.

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. (Gallo *et al.*, 2011)

Outra AV que se encontra condicionada durante o TP é o comer e o beber. Segundo Roper *et al.* (2001), a vida humana não se consegue manter muito tempo sem alimentação, tornando-se esta atividade essencial, desempenhando um papel significativo no padrão de vida diária, sendo extremamente condicionador do bem-estar.

A alimentação reveste-se de múltiplas funções: nutricional, preventiva, cultural, terapêutica, emocional...

Roper *et al.* (2001), diz-nos que o corpo humano é um “(...) conjunto complexo de milhões de células e o ciclo de crescimento e desenvolvimento de cada uma delas, bem como a sua actividade constante, requerem uma fonte de energia que irá ser obtida por meio da ingestão de comida e de líquidos.” (Roper *et al.*, 2001: 38)

É no útero que começa esta AV. O crescimento/desenvolvimento do feto encontra-se dependente da nutrição recebida da mãe, através do cordão umbilical, sendo esta importante para que ele nasça forte e saudável.

Durante o trabalho de parto, a necessidade de aporte de nutrientes para a parturiente/feto mantêm-se. O trabalho de parto requer enormes quantidades de energia e

como o tempo de duração do mesmo é imprevisível, as fontes de energia devem ser mantidas com a finalidade de assegurar o bem-estar materno-fetal. (OMS,1996)

De acordo com a OE (2013), “ *Na prática obstétrica, ainda é comum a restrição da ingestão de alimentos substituída pela administração de fluidos endovenosos para prevenir ou tratar a desidratação, cetose e/ou desequilíbrio electrolítico*”.

Junior *et al.* (2011), diz-nos que “*Durante o processo de parturição, o dispêndio de energia é equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias.*”, informação que é corroborada pela OMS (1996).

Segundo Peroçoli e Melo (2007),

Quando o trabalho de parto é prolongado e o suprimento de glicose é escasso, a gliconeogénese pode ser insuficiente. Durante o trabalho de parto normal, aumenta a concentração de ácidos graxos livres e cetonas corporais, desencadeando maior mobilização de outros substratos que não a glicose e diminuição relativa dos carboidratos.

A OMS (1996) diz-nos que, as complicações acima mencionadas, especialmente a desidratação e cetose, podem ser prevenidas através da oferta de líquidos por via oral (como água, sumos de frutas sem polpa, chá, café e refrigerante) durante o trabalho, e pela oferta de refeições ligeiras, como por exemplos sopas sem resíduos.

A restrição alimentar durante o trabalho de parto, começou aproximadamente há 50 anos, quando as mulheres pariam sob efeito de anestesia geral e sem proteção das suas vias aéreas.

Mouta, citado por Junior *et al.* (2011) diz-nos que,

A restrição alimentar deve-se ao risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso a parturiente venha a regurgitar durante um procedimento anestésico; porém, evidências apontam que o risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que atualmente é muito baixo, além dos cuidados do profissional que administra a anestesia.

A tradição está baseada na crença, de que o jejum reduz os conteúdos no estômago, diminuindo portanto, a possibilidade de ocorrer aspiração de vômito, enquanto a mulher se encontra sob o efeito da anestesia. Contudo, segundo Dias *et al.* (2001), outras “ (...) *pesquisas revelaram que o jejum prolongado não era garantia de esvaziamento gástrico*”.

Em muitos países, o medo de aspiração do conteúdo gástrico durante a anestesia geral (Síndrome de Mendelson) continua a justificar a regra de não comer e beber, durante o trabalho de parto. (Beggs, 2002)

De acordo com o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG, 2009), as mulheres com um trabalho de parto normal, podem beber pequenas quantidades de líquidos claros, tais como: água, sumo de fruta sem polpa, bebidas gaseificadas, chá claro, e bebidas desportivas. “*Os fluidos com partículas sólidas, tais como sopa, devem ser evitados, no entanto.*” (ACOG, 2009).

A Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA), a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá e o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, são também da opinião que sejam dados líquidos às mulheres de baixo risco, líquidos suaves e pobres em gorduras, durante o trabalho de parto.

Em relação a esta temática, o enfermeiro tem que ter em atenção a cultura, valores e crenças de cada mulher, visto que estes pontos poderão influenciar a forma como a mulher encarar a questão da alimentação. A alimentação é um tema cercado por crenças e mitos em todas as sociedades.

Também a AV comunicar, pode encontrar-se comprometida através dos receios da parturiente.

O medo da dor está muito presente ao longo do TP e tal como já foi dito anteriormente cabe ao EEESMOG desmitificar este conceito. O controlo da dor vai trazer benefícios psicológicos e fisiológicos à mulher.

A anestesia epidural é uma das técnicas mais utilizada para controlo da dor, contudo de acordo com Dhany e Mitchell (2012), esta técnica pode levar a um segundo estágio do TP mais prolongado, aumentando a probabilidade de ocorrer um parto instrumentado. A parturiente pode apresentar algum deste tipo de efeitos secundários: hipotensão, bloqueio motor ao nível dos membros inferiores, retenção urinária ou febre.

Segundo a APEO (2009), devem ser incentivadas técnicas de relaxamento, de distração, de respiração, musicoterapia, aromaterapia, hidroterapia, estimulação nervosa eléctrica transcutânea, acupunctura, hipnose e massagem.

No 1º estágio do TP, o acompanhante tem um papel importante. Mais uma vez, cabe ao EEESMOG incentivar a presença deste e torná-lo participativo e ativo no trabalho de parto.

Para a APEO,

Na assistência ao parto normal é necessário dispor de pessoas sensibilizadas, com uma formação e experiência na assistência ao parto normal, isto porque, é importante saber as terapêuticas complementares que se utilizam no alívio da dor nesse momento, além do alívio farmacológica. Essa formação deve abarcar os aspectos da comunicação e relação assistencial, e em especial, os aspectos relativos ao trabalho em equipa. (APEO, 2009:70)

A atividade de vida dormir também se encontra intimamente comprometida durante o TP. O sono é uma atividade fundamental para regenerar energias e forças para a realização de todas as atividades diárias da vida. Os adultos, passam cerca de 1/4 a 1/3 das suas vidas a dormir, gastando na maior parte das vezes mais tempo do que o necessário .

A mudança de ambiente, os ruídos existentes em meio hospitalar, a intervenção constante dos profissionais de saúde, a ansiedade e os receios da parturiente, influenciam em muito, a manutenção desta AV durante o TP.

Muitas mulheres ao entrarem num Hospital, são rodeadas de algum receio/medo associados à doença. O ambiente físico em que a mulher se encontra durante o TP vai influenciar a sua evolução (APEO, 2009).

São diversos os fatores que influenciam o ambiente e, conseqüentemente, a evolução do trabalho de parto, tais como: os ruídos, gritos e queixas de outras parturientes; a temperatura do ambiente, a falta de privacidade, a condição das camas e possibilidade de realizar atividades de relaxamento.

Para manutenção desta AV, deve-se providenciar um ambiente aquecido, preservar a intimidade, evitar ruídos ou excesso de luminosidade.

Cada cultura/etnia tem as suas crenças, mitos e práticas sobre a gestação, o parto da parturiente, pelo que o EEESMOG, deve ter também em atenção este factor, visto que a mesma pode condicionar a atuação do profissional de saúde.

De acordo com Bobak *et al.* (1999: 297),

Os cuidados de enfermagem a uma mulher em trabalho de parto, incluem ajudar a mulher a participar no nascimento da sua criança, à medida dos seus desejos satisfazer os resultados esperados por ela mesma, ajudando a mulher a manter a sua energia e ajudar a mulher a controlar o desconforto.

Foi, tendo em consideração uma enfermagem individualizada, respeitando que o TP e o parto pode ser um momento da vida da pessoa, que pode causar algumas dificuldades na

realização das atividades de vida da mulher, quer pelos fatores influenciadores, quer pela alteração na dependência/independência que o TP/parto pode provocar, que se levantou a questão relacionada com o papel que o EEESMOG pode ter nos trabalhos de parto de baixo risco, nomeadamente no que diz respeito à manutenção do bem-estar materno-fetal.

Assim, numa perspetiva de fundamentar na evidência todas as perspetivas práticas já encontradas no que se refere à garantia do bem-estar materno-fetal e, tendo como a autonomia do enfermeiro na realização deste ato, delimito a questão: **“Quais as intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (I), junto das parturientes (P), que são promotoras do bem-estar materno-fetal (O)?”**

### 3. METODOLOGIA

A prática baseada na evidência (PBE) visa a melhoria do cuidado, identificando e promovendo práticas que funcionem, eliminando as ineficientes ou prejudiciais.

Segundo Rosa e Godinho (2011) ,

A enfermagem baseada na evidência é assim um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática da enfermagem.

A revisão sistemática da literatura foi a metodologia utilizada na pesquisa. A conceptualização teórica relacionada com a temática possibilitou um percurso que envolveu conceitos transversais à prática de enfermagem até conceitos específicos, permitindo a formulação da seguinte questão PI[C]O :

**“Quais as intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (I), junto das parturientes (P), que são promotoras do bem-estar materno-fetal (O)?”**

Tendo estabelecido as componentes chave da questão (Tabela 4), foram consideradas quatro palavras-chave: “Midwife”, “Natural birth”, “ Health Care” e “Women” que se verificaram descritores na MeSH Browser.

P	Participantes	Quem foi estudado?	Parturiente	Palavras-Chave:
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções especializadas em ESMO	
C	Comparações	Podem ou não existir	-	
O	Outcomes	Resultados/efeitos ou consequências	Promoção do bem-estar materno-fetal	

**Tabela 4: Critérios para a formulação da questão de investigação**

A etapa seguinte baseia-se na pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO e tendo sido consultadas as seguintes bases de dados informatizadas: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing and Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina.

Dos limitadores escolhidos para a pesquisa, identificados em pormenor seguidamente (Tabela 5), podem-se destacar: booleano/frase; texto completo; prática baseada em evidências; humano; qualquer autor é enfermeira.

BASES DE DADOS	LIMITADORES
<b>CINAHL Plus with Full Text</b>	Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF
<b>MEDLINE with Full Text</b>	Humano;
<b>Nursing and Allied Health Collection: Comprehensive</b>	Texto completo em PDF
<b>MedicLatina</b>	Texto Completo em PDF

**Tabela 5: Limitadores da pesquisa nas base de dados**

Em relação ao friso cronológico foi determinado o período entre Dezembro de 2005 e Dezembro de 2015, de modo a serem selecionados os artigos publicados nos últimos dez anos, com o objetivo de obter os estudos mais recentes relacionados com esta temática.

Assim, partindo da pergunta foram definidos critérios para inclusão/exclusão de estudos na revisão sistemática de literatura (Tabela 6)

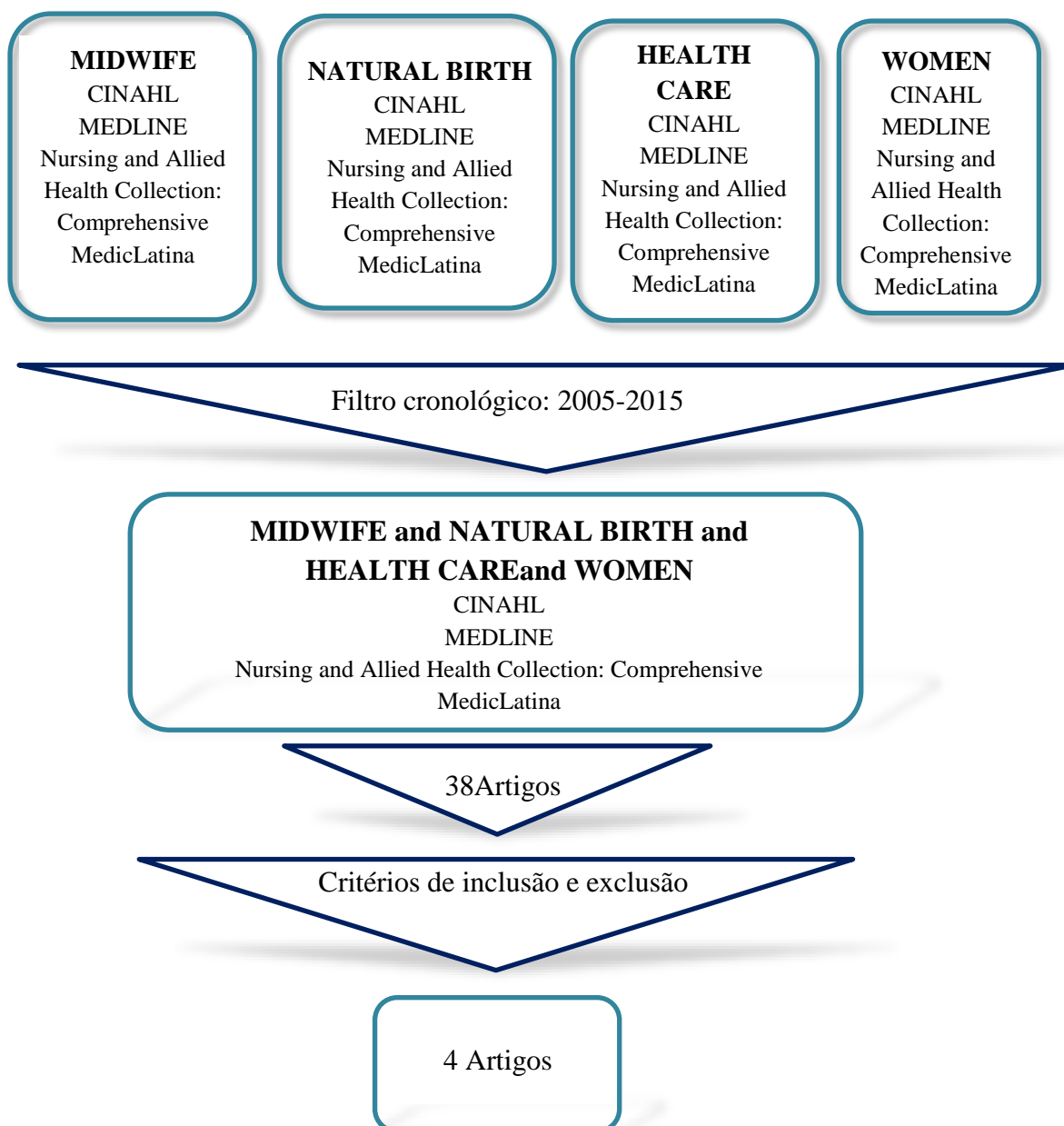
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Artigos relacionados com a temática	Todos os artigos que não contemplem a temática
Artigos publicados entre Dezembro 2005 e 2015 (inclusive)	Artigos anteriores a Dezembro de 2005
Artigos em língua inglesa, francesa, espanhola ou portuguesa	Artigos em outras línguas que não inglesa, francesa, espanhola ou portuguesa
Artigos com evidência científica, quantitativos e/ou qualitativos e revisões sistemáticas da literatura	Artigos que não apresentem metodologia científica
Artigos em <i>Full text</i> em formato <i>PDF</i>	Artigos sem <i>Full texto</i>

**Tabela 6: Critérios de inclusão e exclusão**

Inicialmente, a pesquisa efetuou-se com as palavras-chave isoladas e posteriormente com a sua conjugação (ANEXO II), obtendo-se com a conjugação das quatro palavras-chave o total de 38 artigos, aos quais foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão definidos.

Em seguida, procedeu-se à leitura do título e do resumo dos artigos, com a finalidade de selecionar os artigos finais. A estrutura de pesquisa nas bases de dados encontra-se esquematizada na Figura 5.

**Figura 5: Esquema/Resumo da pesquisa**



De acordo com Galvão (2006), em 1998 foi elaborado uma classificação hierárquica das evidências, baseada na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos da América. Nesta categorização,

A qualidade das evidências é classificada em seis níveis, a saber: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com delineamento experimental; nível 3, estudo com delineamento quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com delineamento não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas. (Galvão, 2006)

Tendo filtrado os quatro artigos, os mesmos foram então caracterizados e analisados atendendo ao nível de evidência recolhida. No resumo dos artigos (Tabela 7), podem ser encontrados os títulos, autores, ano de publicação, orientação metodológica, objetivo do estudo, tipo de participantes, intervenção e os resultados obtidos/discussão (conclusão) e respectivo nível de evidência. As respectivas fichas de leitura encontram-se no ANEXO IV.

	<b>Artigo 1</b>	<b>Artigo 2</b>	<b>Artigo 3</b>	<b>Artigo 4</b>
<b>Título</b>	“Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona”	“Perception of Humanization of Birth in a Highly Specialized Hospital: Let’s Think Differently?”	“Women, Birth Practitioners, and Models of Pregnancy and Birth—Does Consensus Exist?”	“How Does Preference for Natural Childbirth Relate to the Actual Mode of Delivery? A Population-based Cohort Study from Norway”
<b>Autor Ano</b>	Compte <i>et al.</i> 2015	Behruzi, <i>et al.</i> 2014	Gibson, Erica 2014	Kringeland, <i>et al.</i> 2010
<b>Orientação metodológica</b>	Prospectivo Longitudinal.	Qualitativa	Descritivo	Quantitativo Descritivo
<b>Objetivos</b>	Comparar e analisar o modelo de assistência ao parto natural, dirigido por parteiras e por parteiras e obstetras; Estudar a saúde e bem-estar de mães e recém-nascidos no momento do parto; Avaliar o plano de parto, descrevendo a satisfação das parturientes, bem como complicações e readmissões dos recém-nascidos durante o primeiro mês de vida.	Identificar as percepções referentes a cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde, administradores e mulheres no que diz respeito à humanização do parto.	Analisar os modelos cognitivos da gravidez e parto realizados por diferentes tipos de praticantes de nascimento e seus clientes na Florida.	Avaliar até que ponto as mulheres que desejavam um parto natural, acabaram por vivenciá-lo; Avaliar a influência das emoções e fatores maternos na entrega da mulher neste processo.

<b>Participantes</b>	99 mulheres em trabalho de parto.	Seis enfermeiras; Três obstetras; Um pediatra; Um anestesista; Seis administradores de diferentes níveis hierárquicos do hospital; 10 primíparas e multíparas.	80 mulheres	39475 gestações
<b>Intervenções</b>	Foram estudadas as variáveis sociodemográficas, a satisfação das parturientes ao longo do trabalho de parto, o estado de saúde do recém-nascido ao nascer, e as complicações ou reinternamento no primeiro mês de vida do RN.	Aplicação de um questionário	Realização de entrevistas (a primeira série foi realizada com os profissionais, segunda série foi realizada aos clientes que receberam cuidados pré-natais durante o terceiro trimestre da gravidez e terceira foi realizada 6-12 semanas após o parto)	Aplicação de um questionário
<b>Conclusão</b>	Nos países menos desenvolvidos, a parteira é considerada uma figura vital para as mulheres grávidas. Nos países desenvolvidos, coexistem pelo menos dois modelos de prestação de cuidados: um primeiro modelo em que a atenção dispensada ao parto/nascimento é dada pelas parteiras, com base na premissa de que a gravidez/parto são processos normais da vida, centrando os seus cuidados nas mulheres (parto natural) e outro	O avanço tecnológico e o desenvolvimento científico têm proporcionado grandes avanços no que diz respeito à qualidade na assistência obstétrica. A hospitalização leva a uma perda de autonomia e controlo, bem como um sentimento de dependência de intervenções médicas por parte das mulheres. Sentimentos tais como tédio, solidão, stress e de impotência são também potencializados. Os profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres, devem ter em conta todo o processo fisiológico que é o	Em muitos países ocidentais, na presença de tecnologia avançada e enorme medicalização, as mulheres podem facilmente submeter-se a múltiplas intervenções durante a gravidez, trabalho de parto e parto. Muitas mulheres tornaram-se consumidoras informadas, realizando muitas vezes as suas pesquisas quando confrontadas com fazer outras escolhas, contudo ao escolher o profissional de saúde para condução/realização do seu parto, costumam escolher um obstetra sem pesquisar outras opções.	Na Noruega, a intervenção no parto aumentou de 3% em 1967 para 37% em 2006. Embora a taxa de mortalidade perinatal diminuisse de 20 para menos de 4 por 1.000 nascidos vivos nesse mesmo período, existe um consenso de que as taxas de intervenção no parto são altos. Para as mulheres de baixo risco, um parto vaginal é mais seguro, envolvendo menos riscos do que um procedimento de emergência(cesariana). A possibilidade de realmente ter um parto natural, é muito maior para multíparas do que para primíparas.

	<p>modelo de atenção compartilhada entre parteiras e obstetras. Este estudo concluiu que não foram encontradas diferenças significativas no que se refere à saúde e bem-estar materno durante o primeiro mês pós alta entre os dois modelos de assistência.</p>	<p>parto, bem como todos os aspetos psicológicos relacionados com o parto, respeitando os medos, crenças, valores e necessidades das mulheres e suas famílias.</p>	<p>As grávidas devem ser encorajadas a avaliar criticamente as suas expetativas relacionadas com a gravidez/ parto, para que possam tomar uma decisão informada sobre o tipo de assistência que gostariam de ter.</p>	<p>Dada a atitude positiva face ao parto natural, existe um potencial para um aumento no número de partos naturais e um declínio no número de cesarianas</p>
Nível Evidência	Nível V	Nível V	Nível V	Nível V

**Tabela 7: Resumo das fichas de leitura dos artigos**



#### 4. DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA CLÍNICA

Através da leitura e análise dos artigos consultados, neste capítulo procuro dar resposta à pergunta PI[C]O atrás enunciada.

O objetivo da assistência ao parto, no parto normal é conseguir uma mãe e um recém-nascido saudáveis, usando o mínimo de intervenções, mantendo a segurança. Desde 1985 que a OMS recomenda cuidados de assistência mais humanizados, menos intervencionistas, respeitando assim os direitos das mulheres, beneficiando o bem-estar materno-fetal.

A assistência ao parto normal é definida como um processo único, fisiológico, que deve englobar fatores culturais, sociais e psicológicos presentes em cada mulher. (Compte *et al.*, 2015)

De acordo com Santos *et al.* (2012), *“A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias, sendo a enfermagem responsável por minimizar tais condutas desnecessárias.”*

Kringeland, *et al.* (2010), diz-nos que na Noruega num espaço de 39 anos, apesar de a mortalidade perinatal ter sido reduzida substancialmente, houve um aumento de 34% no que diz respeito a intervenções realizadas no parto, pelo que se deve procurar reduzir esta percentagem, mantendo a segurança em todos os partos.

Tal como nos é dito por Gibson (2014), muitas das mulheres devido à existência de tecnologia reprodutiva de ponta, tendem a abraçar ativamente ou submeter-se a várias intervenções no decorrer da gravidez.

Historicamente o parto, é retratado como uma experiência muito importante na vida das mulheres, que envolve uma série de rituais no que refere aos cuidados à mulher e ao recém-nascido.

Existem fatores que podem influenciar o decorrer do TP. De acordo com Kringeland, *et al.* (2010), a idade materna pode ser um fator importante para a ocorrência de um parto natural. Neste estudo, nas mulheres com idade inferior a 25 anos, 32,8% teve

um parto natural, enquanto com idade superior aos 35 anos, a percentagem desceu para apenas 22,7%.

É igualmente constatado que as multíparas têm maior probabilidade de ter um parto natural do que as primíparas. Cerca de 61,1% das 22180 multíparas que participaram no estudo realizado na Noruega, tiveram um parto natural, enquanto que nas primíparas essa percentagem desceu para 29,3%.

A ocorrência de um parto natural, é muitas vezes condicionada por indicações médicas para intervir, bem como pelas emoções negativas e pelo medo associado ao parto.

Durante o parto, é habitual que a mulher experimente emoções como excitação, ansiedade, medo da dor, entre outras. Todas estas emoções e associações relacionadas com o TP/parto podem influenciar o decorrer desta experiência de vida.

Segundo Gibson (2014), muito desse misticismo relacionado com o parto, tem vindo a desaparecer ao longo dos tempos, dando lugar a intervenções tecnológicas cada vez mais frequentes.

A tecnologia e o desenvolvimento científico têm proporcionado grandes avanços na qualidade da assistência em Obstetrícia. Esta evolução, tornou possível a diminuição da mortalidade e morbidade materna e perinatal. Contudo, o uso excessivo de intervenções médicas e cesarianas sem indicações baseadas em evidências, contribuem para a desumanização dos cuidados. (Behruzi *et al.*, 2014)

Na generalidade existe uma grande preocupação, com o aumento contínuo de intervenções durante o trabalho de parto/parto, observando-se um aumento das cesarianas e uma perda de confiança no processo fisiológico do parto, natural e seguro (Compte *et al.*, 2015).

Na Noruega, através do estudo realizado por Kringeland, *et al.* (2010), pode-se verificar que apenas em 7,1% da amostra o parto foi induzido, 4% tiveram um parto programado, mas cerca de 88,9% das mulheres entraram espontaneamente em trabalho de parto.

Com o objetivo de alcançar o bem-estar materno-fetal durante o 1º estágio do TP, intervenções tais como tricotomia, enemas de limpeza, o uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto, o exame retal, a administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, devem ser utilizadas o mínimo possível.

O exame vaginal é algo que causa desconforto. Apesar de ser uma intervenção que permite ao EEESMOG avaliar a progressão do trabalho de parto, avaliar o colo uterino, a progressão da apresentação, a estrutura óssea da mulher, a realização brusca e frequente

deste exame pode causar dor e constrangimento à parturiente. Deste modo, o EEESMOG deve apenas realizar este exame quando considerar que seja essencial para adicionar informações importantes, para o processo de tomada de decisão em relação ao cuidado.

Rotinas tais como, punção venosa ou a administração rotineira de soros glicosados, devem ser intervenções a desconsiderar pelo EEESMOG, pois tal como nos é dito pela OMS (1996), para além de restringir os movimentos da mulher, pode também levar ao hiperinsulinismo e acidemia metabólica nos recém-nascidos.

As mulheres expõem diferentes crenças relacionadas com a gravidez e parto e perante tais crenças estarão mais inclinadas para a escolha de um médico do que um EEESMO para vigiar a sua gravidez, trabalho de parto e realização do parto. Tudo isto vai depender do facto de a mulher associar o parto a um processo fisiológico ou a um evento médico. (Gibson, 2014).

O papel do EEESMOG relativo a este facto, deve ser iniciado no período pré-natal (competência H.2 do Regulamento 127/2011 de 18 de Fevereiro), nos cuidados durante a gravidez, desmitificando receios, preparando a mulher/companheiro para o parto e para a parentalidade, promovendo o plano de parto, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações durante este período.

O estudo de *Compte et al.* (2015), diz-nos que as grávidas são pessoas na sua maioria sem patologias associadas, sãs, pelo que não necessitam de demasiadas intervenções durante a sua gravidez, trabalho de parto ou parto.

Cada vez é mais frequente que a mulher tende a optar por uma assistência menos interventiva, que respeite o processo fisiológico do parto.

Uma monitorização cuidadosa do progresso de trabalho e bem-estar fetal com auscultação intermitente, o uso de um partograma, suporte emocional (informação e presença) e físico (liberdade de posição e movimento), o respeito pela escolha da mulher em relação à presença do companheiro, a inclusão das mulheres na tomada de decisões durante o trabalho de parto/parto e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, são algumas das intervenções, nas quais o EEESMOG tem um papel fulcral.

No estudo de *Compte et al.* (2015), a amostra encontra-se dividida entre dois grupos, um que recebeu cuidados apenas por parteiras, e outro, na qual a vigilância e os cuidados foram prestados por parteiras e obstetras.

Segundo Porto et al. (2010),

Uma revisão sistemática recentemente publicada na Biblioteca Cochrane sugere que modelos de assistência ao parto para

mulheres de baixo risco envolvendo parteiras (...) associam-se a menores taxas de intervenções, menor risco de episiotomia (...) e parto instrumental (...), maior chance de parto espontâneo (...) e maior sensação de controle pela parturiente (...).

De acordo com Freitas (1997), a assistência prestada pelo EEESMOG deve ser adequada às condições da mulher, do feto e à evolução do trabalho de parto.

Pode-se verificar que, no estudo de Compte *et al.* (2015), no que se refere ao plano de parto, em ambos os grupos foi permitido à mulher deambular, utilizar a bola de Pilatos, hidroterapia e técnicas de relaxamento tais como: massagens e aplicação local de calor.

Porto *et al.* (2010), diz-nos que “*Diversos estudos têm demonstrado, (...) que a posição supina durante o primeiro período do trabalho de parto pode ter efeitos fisiológicos adversos tanto para a mãe como para o seu feto e para a progressão do trabalho de parto.*”

A liberdade de posição e de movimentos, assim como os métodos não farmacológicos para alívio da dor, são classificados pela OMS como uma prática que deve ser estimulada.

Segundo a OE (2013), “*O alívio da dor durante o trabalho de parto, contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente, devendo ser um dos cuidados prioritários do EEESMOG.*” A dor do parto envolve fatores sensoriais, emocionais e ambientais por isso, cuidar do ambiente em que se encontra a parturiente, bem como das suas necessidades individuais, pode contribuir para que o parto se desenvolva de um modo mais satisfatório para a mulher.

Métodos não farmacológicos, tais como liberdade de movimentos (deambulação / mudança de posição / bola de Pilatos), apoio contínuo à grávida, uso da água ou técnicas de relaxamento/massagem, acupuntura e acupressão, hipnose e musicoterapia, devem ser estimulados pelo EEESMOG, de forma a garantir o bem-estar materno.

De acordo com a OE (2013), a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto leva à diminuição da dor, a menos alterações na frequência cardíaca fetal, a uma diminuição na duração da primeira fase do TP, ao alargamento da pelve facilitando a descida do feto.

A recomendação do jejum durante o TP baseava-se na preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico, na eventual necessidade de uma anestesia geral, síndrome de Mendelson. (Porto *et al.*, 2010) Contudo, nas gravidezes /TP de baixo risco, a probabilidade da necessidade de anestesia geral é habitualmente muito reduzida, pelo que a ingestão alimentar (gelatinas/sopas) e de líquidos deve ser também encorajada, individualizando de acordo com as preferências da mulher, em condições de baixo risco, pois o trabalho de parto requer um gasto calórico e a reposição energética é fundamental, para assegurar o bem-estar materno-fetal.

Coutinho (2004), diz-nos que “*Com a progressão do trabalho de parto, as energias vão-se esgotando, a dor provoca angústia levando por vezes a parturiente a situações extremas (...)*”. Para um bom desenvolvimento do TP, é necessário subsistir o bem-estar físico e emocional da mulher, favorecendo a redução dos riscos e complicações. O EEESMOG deve respeitar os direitos da mulher, a sua privacidade, segurança e conforto, prestando cuidados humanizados e de qualidade, procurando aliar o apoio familiar durante o TP/parto, para que a parturiente possa vivenciar em plenitude este processo natural. (Moura *et al.*, 2007)

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) (2015) “*As mulheres e seus companheiros e/ou família devem ser considerados parceiros nas decisões e intervenções que sejam necessárias para a vigilância da gravidez*”. A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto mostrou ser uma das práticas mais benéficas nos cuidados à mulher, pelo que cabe ao EEESMOG incentivar a presença deste, tornando-o participativo e ativo no trabalho de parto da mulher.

No 2º estágio do TP, verifica-se que apesar das orientações da OMS, a episiotomia é uma técnica ainda usada rotineiramente. No total da amostra de parturientes, a episiotomia foi realizada em 23,2% dos partos, 34,3% das mulheres apresentaram lacerações de 1º grau e 9,1% lacerações de segundo grau. (Compte *et al.*, 2015)

Contudo, dividindo por grupos de assistência, naquele em que foi privilegiado o parto normal, com a intervenção apenas de parteiras, em 48,4% não foi realizada qualquer tipo de sutura, em 6,5% foi realizada episiotomia, 29% das lacerações foram de 1º grau e 16,1% de 2º grau. No grupo onde a assistência foi prestada por parteiras e obstetras, apenas em 11,8% não foi realizada qualquer tipo de sutura, a episiotomia foi realizada em 30,8% das parturientes, 36,8% apresentaram lacerações de 1º grau e 5,9% lacerações de 2º grau.

A deambulação, o controlo da dor, a ingestão de alimentos/líquidos, o posicionamento da parturiente durante o TP, o uso da bola de Pilatos, são intervenções que para além de beneficiarem o bem-estar materno, potencializam o bem-estar fetal.

Para analisar o bem-estar do recém-nascido, no estudo de Compte *et al.* (2015), foi analisado o PH do cordão umbilical e o índice de Apgar atribuído ao 1º, 5º e 9º minuto de vida.

Em relação ao PH não foram identificadas diferenças bioquímicas significativas entre os dois grupos. No grupo onde o parto natural foi promovido, apenas 2 apresentaram alterações, enquanto que no outro grupo foram verificados 6 casos onde ocorreram alterações

nos valores. Contudo, no índice de Apgar verificou-se que no parto normal, os recém-nascidos apresentaram valores superiores.

No que se refere a complicações, tanto maternas como com os recém-nascidos, a taxa foi baixa em ambos os grupos, apresentando valores inferiores no grupo em que a assistência foi prestada por parteiras (16, 5% no que diz respeito à parturiente e 18,2% em relação ao RN, enquanto que no outro grupo a percentagem sobe para 83,3% em relação à parturiente e 81, 8% nas complicações com o RN)

Neste estudo, cerca de 90,9% mostrou-se muito satisfeita com os cuidados e apoio que recebeu ao longo do trabalho de parto/parto. É de referir que apesar das diferenças entre os dois grupos, apenas 1/3 da amostra recebeu cuidados somente de parteiras.

Contudo, de acordo com OE (2015), um estudo canadiano “ (...) *concluiu que as mulheres atendidas por parteiras tendem a apresentar níveis de satisfação mais elevados em todas as suas dimensões (...)* ”, sendo o EEESMOG o profissional de referência e o mais especializado em atendimento ao parto natural.

Muitas vezes a assistência humanizada ao parto de baixo risco num Hospital Diferenciado encontra pelo caminho vários obstáculos, entre os quais a falta de comunicação entre os vários elementos da equipa de saúde, o ambiente hospitalar, o facto de muitas vezes serem hospitais-escola, levando a um maior desejo de especialização e não de humanização dos cuidados e também à presença de muitos profissionais, levando conseqüentemente à falta de privacidade e a uma descontinuidade dos cuidados. (Compte *et al.*, 2015).

A humanização do parto, deve passar pela tentativa do alcançar o máximo bem-estar máximo materno-fetal, pelo que se tornam características essenciais da mesma, a personalização dos cuidados, o reconhecimento dos direitos da mulher, o acompanhamento contínuo, a defesa da mulher e um equilíbrio entre a assistência médica, o conforto, a segurança e a humanidade.(Behuruzi *et al.*, 2014)

Assim, a atenção à mulher durante o trabalho de parto/parto deve respeitar todos os momentos significativos do mesmo e para que tudo isso ocorra há necessidade de que toda a equipa de saúde esteja preparada para a receber, receber o seu companheiro e familiares, transmitindo-lhes a todo o momento, tranquilidade e confiança.

## 5. CONCLUSÃO

Segundo a OE (2015), “*A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num Modelo de assistência em que o EESMO/parteira trabalha em parceria com a mulher.*”

Após a análise reflexiva dos artigos e tendo por base a pergunta PI[C]O, posso concluir que foram encontradas as evidências científicas que fundamentam a prática de cuidados à mulher inserida na família e comunidade, na Sala de Partos, de modo a melhorar o bem-estar materno fetal durante o trabalho de parto/parto de uma gravidez de baixo-risco.

A OMS identifica a deambulação, a ingestão de refeições ligeiras/líquidos, o uso de técnicas não farmacológicas (massagens, aplicação de calor, aromoterapia), a alternância de decúbitos, a presença de um acompanhante como intervenções promotoras do bem-estar materno-fetal, pelo que devem ser cada vez mais incentivadas, pelo EEESMOG, na sua prática diária.

A elaboração do Relatório permitiu a reflexão e a análise crítica das atividades realizadas ao longo do Estágio IV – ESMO na Sala de Partos, atividades estas que permitiram a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, nos Regulamentos nº 122 e 127/2011 de 18 de Fevereiro.

A OE (2015), diz-nos que “*O cuidado prestado por EEESMO/Parteira é, naturalmente, holístico(...)*”, pois é tido em conta todas as dimensões da Mulher (social, emocional, espiritual, cultural, física/biológica e psicológica), incluindo todos os sentimentos e expectativas, promovendo e protegendo ativamente o seu bem-estar.

Nos últimos anos tem havido um novo olhar sobre o efeito de muitas práticas em obstetrícia. Vários investigadores têm vindo a afirmar que a satisfação com a experiência de parto é passível de influenciar o bem-estar psicológico da mulher, bem como a sua interação com o RN. (Costa *et al.*, 2003)

A tomada de decisão que orienta o exercício autónomo do EEESMOG, integra resultados da evidência científica, sendo que, tal como nos é referido pela OE (2015), “ *Os resultados da prestação de cuidados (...) são medidos/avaliados pelos ganhos em saúde para a mulher e, a autonomia dos EEESMO (...) , traduz-se em ganhos saúde para as mulheres, crianças e famílias.*”

A prestação de assistência de enfermagem na área da saúde materna é especialmente gratificante para mim e, sinto que ao longo de todo o percurso desta etapa formativa desenvolvi capacidades, colocando-as em prática, de modo a sentir-me mais enriquecida de experiências consciencializadas.

Este trabalho permitiu-me também refletir sobre os meus interesses pessoais, interesses profissionais e sobre o desenvolvimento de competências específicas, incentivando a ligação da teoria à prática, permitindo assim consolidar saberes na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Os resultados alcançados neste relatório, vão de encontro com as orientações da OMS relativas às práticas a serem estimuladas no parto natural/normal, visto que em ambos se identifica a deambulação, a presença/participação ativa do acompanhante, o uso de técnicas não farmacológicas para controlo da dor, a ingestão de líquidos/refeições ligeiras durante o trabalho de parto como intervenções promotoras do bem-estar materno-fetal.

Apesar de, atualmente, não me encontrar a prestar cuidados num serviço relacionado com a Saúde Materna, Obstétrica ou Ginecológica, pretendo entregar uma cópia deste trabalho, no serviço onde decorreu o Estágio IV- ESMO na Sala de Partos, de modo a facultar à equipa de enfermagem os resultados obtidos, a fim de proporcionar ganhos na saúde das mulheres assistidas nesta Instituição.

Considero, que com todo este processo de aprendizagem, consegui na plenitude todos os objetivos previamente definidos para a caminhada a que inicialmente me propus.

*“Todos os dias quando medito  
Considero cada erro  
Aperfeiçoo cada acto  
Aprendo com o mundo e vou seguindo com a vida”  
Santos*

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) (2009). *Iniciativa Parto Normal*. Documento de consenso. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-49-3.
- Beggs, Jennifer A.(2002). Eat, Drink, and Be Labouring?.*The Journal of Perinatal Education*. Acedido em 07 de Março de 2015 em [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595100/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595100/)
- Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) (2009). *Recommendations Relax on Liquid Intake during Labor*. Acedido em 01 de Janeiro de 2014 em [www.acog.org/About\\_ACOG/News\\_Room/News\\_Releases/2009/Recommendations\\_Relax\\_on\\_Liquid\\_Intake\\_during\\_Labor](http://www.acog.org/About_ACOG/News_Room/News_Releases/2009/Recommendations_Relax_on_Liquid_Intake_during_Labor)
- Colman, A. D., Colman, L. L. (1994). *Gravidez - A Experiência Psicológica*. Portugal: Edições Colibri.
- COSTA, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. (2003) – Parto: Expectativas, Experiência, Dor e Satisfação. *Psicologia: Saúde e Doenças*. Lisboa. ISSN: 1645-0086. 4(1), p. 47-67.
- COUTINHO, Emília de C. (2004) – A Experiência de Ser Cuidada na Sala de Partos. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. Outubro, N.º 30
- Decreto-Lei nº104/1998. Diário da República nº 93/1998 - Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa

- Dhany, Asha L. ; Mitchell, Theresa. (2012). *Aromatherapy and Massage Intrapartum Service Impact on Use of Analgesia and Anesthesia in Women in Labor: A Retrospective Case Note Analysis*. The journal of alternative and complementary medicine. 18(10), p. 932-938
- Dias, Israel Esteves; Souza, Silvana Regina Rossi; Wall, Marilene Loewen; Silveira, Juliana Taques Pessoa da Silveira (2011). Alimentação e hidratação no trabalho de parto: um cuidado de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE online*. Maio. ISSN 1981-8963 Acedido em 01 de Janeiro de 2014 em [www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1363/1937](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1363/1937)
- Direcção Geral de Saúde (DGS) (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Gráfica Maiadouro. Lisboa Acedido em 4 de Abril de 2016 em <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Freitas, Fernando [et al.] – *Rotinas em Obstetrícia*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes
- Frias, Ana; Franco, Vítor. (2008). Percepção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. ISSN: 0214-9877, nº 1, p: 37-46. Acedido a 20 de Fevereiro de 2016 em [http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD\\_010120\\_37-46.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_37-46.pdf)
- Gallo RBS, et al. (2011). Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FENIMA*. 39(1), p:41-8. Acedido em 20 de Fevereiro de 2016 em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>
- Galvão, Cristina Maria. (2006) – Níveis de Evidência. *Acta Enfermagem*. Acedido em 06 de Março de 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>
- Graça, Luís Mendes. (2012) - *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel

- Hesbeen, Walter. (1998). *Qualidade e Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7
- Junior, Hudson Pires de Oliveira Santos; Gauvalda, Dulce Maria Rosa; YI WEI Chang (2011). Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*. Florianópolis. ISSN0104-0707, 4(20). Acedido em 01 de Janeiro de 2014 em [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400010&script=sci_arttext)
- Lowdermilk, Deitra Leonard; Perry, Shannon E. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16
- Mamede, Fabiana V.; Mamede, Marli V.; Dotto, Leila M. G. (2007) - Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Revista Anna Nery R. Enfermagem*, p. 331-336. Acedido em 20 de Fevereiro de 2016 em [www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf)
- Médicas. 1997. p.127-135.
- Moura, Fernanda M. J.; Crizostomo, Cilene Delgado; Nery, Inez Sampaio; Araújo, Olívia Dias; Mendonça, Rita de Cássia M. (2007). A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Acedido em 12 de Janeiro de 2014 em [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso.>](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso.>) ISSN 0034-7167
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Parecer nº 03/2010. Acedido em 06 de Setembro de 2014 em [www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer3\\_MCEESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013). *Projeto da MCEESMO – OE, Maternidade de qualidade*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Pelo direito ao parto normal- Uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2015). *O enfermeiro e o parto normal*. 2015. Acedido a 01 de Dezembro de 2015 em [www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Documents/ARTIGOS%202015/Enfemeiro%20e%20parto%20normal%20julho%202015%20-%20C%C3%B3pia.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Documents/ARTIGOS%202015/Enfemeiro%20e%20parto%20normal%20julho%202015%20-%20C%C3%B3pia.pdf)
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1996). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: OMS, p.53
- Pacheco, Alexandra; Costa, Raquel; Figueiredo, Bárbara (2012). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. Lisboa, 13(1), p. 15-31. Acedido em 20 de Fevereiro de 2016 em [www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a03.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a03.pdf)
- Peroçoli, José Carlos; Melo, Célia Regina Maganha - Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (mel) em parturientes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto . ISSN 0104-1169 (2007) Jul./Agosto, vol.15, nº4. Acedido a 01 de Janeiro de 2014 em [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400014&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000400014&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Porto, Ana Maria F.; Amorim, Melania M. R.; Souza, Alex S. R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *FENINA*. Outubro. 38(10)
- Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº 35/2011 – Série II. Ministério da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Regulamento nº127/2011 de 18 de Fevereiro. Diário da República nº 35/2011 – Série II. Ministério da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

- Ribeiro, Oliverio de Paiva; Carvalho, Fernando M.; Ferreira, Luis Miguel; Ferreira, Paulo Jorge. (2008). *Qualidade dos cuidados de Saúde*. Acedido a 09 de Setembro de 2014 em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357>
- Roper, M.; Logan, W.; Tierney, A. J.. (2001). *O Modelo de Enfermagem*. 3ª Edição. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda. Lisboa.
- Santos, Gilmar S.; Souza, Joyce L. O.; Almeida, Ludmila Santos de; Gusmão, Mónica Hermida (2012). A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto. *Diálogos e Ciência*. ISSN1678-0493. p. 224 – 228
- Sardo, Dolores Silva. (2005). Outras visões e formas de assistir ao parto: que autonomia e responsabilidade para o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. ISSN 1646-3625, n.º 6, p. 57-59
- Sardo, Dolores; Marques, Rosália. (2008). Parir em Portugal – Que realidade? *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. ISSN 1646-3625, n.º 9, p. 66-68.
- Sarmento, Regina; Setúbal, M<sup>a</sup> Sílvia Vellutini. (2003). Abordagem psicológica em Obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista Ciências Médicas*. Campinas. Julho/Setembro, p. 261-268
- Silva, Teresa Maria. (2012). Assistência ao parto: significado para as mulheres. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. Almada. ISSN 1646-3625, n.º 2, p. 29-33.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. p. 25-37. Acedido em 14 de Setembro de 2014 em [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/fish\\_cant\\_see\\_water\\_the\\_need\\_to\\_humanize\\_birth.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/fish_cant_see_water_the_need_to_humanize_birth.pdf)



ANEXOS



ANEXO I – CATEGORIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DE PARTO NATURAL



<b>Categoria A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação dos fatores de risco da gravidez durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e o parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo de nascimento.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico em que o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e o parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante trabalho de parto e parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Métodos não-invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e desinfecção adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do RN e no manuseio da placenta.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estímulo a posições não-supinas durante o trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilização profilática de ocitocina profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de até uma pequena perda de sangue.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condições estéreis ao cortar o cordão.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevenção da hipotermia do recém-nascido.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame rotineiro da placenta e das membranas.</li></ul>

<b>Categoria B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso rotineiro de enema.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso rotineiro de tricotomia.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cateterização venosa profilática de rotina.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Exame retal.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de pelvimetria por raios X.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Massagens ou distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de controlar hemorragias.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavagem uterina rotineira após o parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisão uterina (exploração manual) rotineira do útero depois do parto.</li></ul>
<b>Categoria C: práticas em relação a quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Manipulação ativa do feto no momento do parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Clampeamento precoce do cordão umbilical.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas no terceiro estágio do trabalho de parto.</li></ul>

<b>Categoria D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Controle da dor por agentes sistêmicos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Controle da dor por analgesia peridural.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoramento eletrônico fetal.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cateterização da bexiga.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e fetais forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Parto operatório.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Exploração manual do útero depois do parto.</li></ul>

ANEXO II - CONJUGAÇÃO PALAVRAS CHAVE



## RESULTADO DA PESQUISA NAS BASES DE DADOS

Número de artigos encontrados após a pesquisa na base de dados:

PALAVRAS-CHAVE	Nº de Artigos
1 – Midwife	2849
2 – Natural birth	29
3 – Health Care	183261
4 – Women	162699

CONJUGAÇÃO DE PALAVRAS-CHAVE	Nº de Artigos
1+2	4
1+3	934
1+4	979
2+3	7
2+4	17
3+4	17268

CONJUGAÇÃO DE PALAVRAS-CHAVE	Nº de Artigos
1+2 +3+4	38



ANEXO III – ARTIGOS SELECIONADOS



Artículo original

## Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona

*Model of care in normal childbirth, attended by midwives, compared with a medicalized care model attended by midwives and obstetricians*

Carme Compte<sup>1</sup>, Agnès Magret<sup>2</sup>, Cristina Sabench<sup>3</sup>, Josefa Sánchez<sup>3</sup>, Jezabel Redondo<sup>3</sup>, Ana Cano<sup>4</sup>, Lluïsa Prades<sup>4</sup>, Dolors Puig<sup>4</sup>, Rosa Suñer-Soler<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Matrona adjunta. <sup>2</sup>Matrona. Responsable del Área de Partos. <sup>3</sup>Matrona. Área de Partos. <sup>4</sup>Enfermera. Unidad Obstétrica. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona. <sup>5</sup>Profesora. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Girona

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el modelo de atención al parto normal, dirigido por matronas, comparándolo con el modelo de atención al parto intervenido (eutócico, instrumental o por cesárea), atendido por matronas y obstetras.

**Metodología:** Estudio prospectivo y longitudinal realizado en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona entre marzo y mayo de 2010, con mujeres en proceso de parto. Se estudiaron variables sociodemográficas de las mujeres en fase de parto, su satisfacción con el proceso de parto, el estado de salud de los recién nacidos al nacer, y las complicaciones y ingresos hospitalarios de las madres o los recién nacidos durante el primer mes post-alta. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows.

**Resultados:** La muestra de estudio estuvo formada por 99 mujeres en proceso de parto con una media de edad de 30,3 años. El 31,3% de ellas tuvieron un parto normal, no intervenido, y en este modelo de atención el grado de satisfacción de la mujer fue mayor. No se observaron diferencias en las variables bioquímicas ni en el estado de salud de los recién nacidos según el tipo de parto, excepto en el test de Apgar a los 5 minutos, que fue superior en los recién nacidos en un parto normal. Tampoco hubo diferencias en las complicaciones, ni maternas ni neonatales, entre los dos modelos de atención.

**Conclusiones:** No se constataron diferencias significativas entre las madres de uno y otro grupo en relación con su salud y bienestar duran-

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the model of care in normal childbirth, attended by midwives, compared with a medicalized care model (attended by midwives and obstetricians) in vaginal, instrumental or caesarean delivery studying the health and wellbeing of mothers and newborns at delivery, birth plan assess, the satisfaction of users and complications and readmissions of women and newborns post-discharge in the two models.

**Methods:** Prospective and longitudinal study conducted at the Dr. Josep Trueta University Hospital of Girona from March to May 2010 of women going into labour. We studied the sociodemographic variables of women, satisfaction with the process of childbirth, health status of infants at birth, and complications and hospital readmissions of mothers and newborns during the first month post-discharge. Statistical analysis was performed using SPSS 15.0 for Windows.

**Results:** We studied 99 women in labour with a mean age of 30.3 years. 31.3% of pregnant women had a natural birth (non-medicalized), with a higher satisfaction score in this model. We observed no differences in biochemical variables and health status of newborns according to the type of delivery, except that the Apgar score at 5 minutes of natural birth newborns was higher than in newborns that had medicalized deliveries. There were no differences when comparing complications between the two models of care in either the mothers or the newborn babies.

**Conclusions:** There were no significant differences between the two models of care in the mothers with regards to health and wellness, dur-

Fecha de recepción: 10/08/13. Fecha de aceptación: 22/07/14.

Correspondencia: C. Compte. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Carretera de Francia, s/n. 17007 Girona. Correo electrónico: ccompte.girona.ics@gencat.cat

Compte C, Magret A, Sabench C, Sánchez J, Redondo J, Cano A, et al. Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas Prof.* 2015; 16(2): 54-60.

te el primer mes post-alta. En cuanto a los bebés, los nacidos de partos normales presentaron puntuaciones iguales o superiores en el test de Apgar a los 5 minutos.

ing the first month post discharge. Newborns of normal deliveries showed a similar or higher score on the variables of wellbeing and absence of fetal distress.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Palabras clave:** Parto normal, parto intervenido, calidad de la atención en salud, evaluación de resultados, promoción de la salud.

**Keywords:** Natural childbirth, delivery obstetric/methods, quality of health care, outcomes assessment, health promotion.

## INTRODUCCIÓN

La asistencia al parto normal se define como un proceso fisiológico único por el que la mujer finaliza su gestación a término, y en el que intervienen factores psicológicos y socioculturales<sup>1,2</sup>. Su inicio es espontáneo, evoluciona y concluye, sin complicaciones, con el nacimiento del bebé y no implica más intervenciones que el cuidado integral y respetuoso del proceso de parto<sup>1,2</sup>. Por el contrario, el parto intervenido se da cuando se lleva a cabo una intervención en el proceso fisiológico, como amniorraxis artificial, perfusión de oxitocina, episiotomía y/o algún tipo de analgesia. La evidencia científica revela que diversas formas de parto intervenido pueden influir en las tasas de mortalidad perinatal, ya que pueden comportar riesgos<sup>3-5</sup>. También se sabe que la morbilidad materna asociada a las cesáreas electivas es mayor que la asociada a la planificación de un parto vaginal a término<sup>6</sup>.

Cada vez es más frecuente que la mujer opte por una atención al parto que respete el proceso fisiológico y con una mínima intervención obstétrica<sup>7,8</sup>. El parto y el nacimiento son acontecimientos fisiológicos trascendentes en la vida de la mujer y del recién nacido, y requieren actuaciones que respeten las diferentes culturas y permitan una atención sanitaria sensible a las necesidades de cada mujer<sup>7</sup>. La consideración de que un nacimiento es normal una vez se ha producido, ha llevado a que en muchos países desarrollados se crea que la atención de un parto normal es similar a la de un parto complicado. Este planteamiento tiene serios inconvenientes, ya que equipara un proceso fisiológico normal a un proceso intervenido, con tendencia a tratar todos los partos con el mismo grado de intervencionismo; esto tiene consecuencias negativas, como el incremento del coste económico y la iatrogenia<sup>9</sup>.

En relación con los modelos de atención al parto, objeto de investigación del presente estudio, existen diferencias en función sobre todo de variables culturales, sociales y económicas (según el nivel de desarrollo económico del país)<sup>9</sup>. En los países menos industrializados la matrona es considerada una figura vital para la gestante, ya que asume por completo la atención a la mujer durante el

embarazo y el parto, recayendo esta responsabilidad en los médicos cuando surgen complicaciones en el momento del parto<sup>10</sup>. En los países más industrializados conviven como mínimo dos modelos de atención al parto: un primer modelo en el que la atención la dispensan las matronas, basado en la premisa de que el embarazo y el parto son procesos vitales normales que tienen como centro la mujer, y otro modelo de atención compartida por matronas y obstetras, con diferentes niveles de implicación que dependen sobre todo de las características del sistema sanitario, el tipo de centro (público, privado, universitario, etc.) y consideraciones socioculturales respecto al abordaje del embarazo y el parto<sup>8</sup>. Por otra parte, en algunos países la práctica de las matronas se limita exclusivamente a la atención de las mujeres que presentan un embarazo sin complicaciones, mientras que en otros países las matronas también atienden, conjuntamente con los médicos, a las mujeres que presentan complicaciones médicas y obstétricas<sup>8</sup>.

En el Estado español conviven ambos tipos de modelos asistenciales, aplicándose uno u otro en función del riesgo obstétrico: habitualmente los partos no intervenidos son atendidos por las matronas, y en el resto de partos se aplica el modelo compartido entre matronas y obstetras.

Las diferencias entre el modelo de atención dirigido por matronas y otros modelos de atención a menudo incluyen variaciones en el enfoque, la relación con el profesional y el recurso a intervenciones durante el parto. Se supone que la filosofía de base de un modelo de atención por matronas está en la normalidad y la capacidad natural de las mujeres para llevar a cabo el parto con una intervención mínima, con el objetivo de proporcionar atención durante el parto a mujeres sanas con embarazos sin complicaciones o de bajo riesgo<sup>8</sup>. Hatem et al., en una revisión sistemática que incluyó 11 ensayos clínicos y un total de 12.276 mujeres, observaron que las mujeres atendidas por matronas sufrían menos hospitalizaciones prenatales, menos episiotomías y menos partos instrumentados<sup>8</sup>. Además, esta revisión también reveló que en las mujeres atendidas por matronas eran más probables el parto sin analgesia o sin anestesia, el parto vaginal espontáneo y un mayor control durante el parto, así como ser atendidas por una matrona

conocida e iniciar la lactancia materna. Asimismo, las mujeres que fueron asignadas al azar a recibir atención por matronas eran menos propensas a experimentar pérdida fetal antes de las 24 semanas de gestación, y sus hijos solían necesitar una menor estancia hospitalaria. Por otra parte, no se constataron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con muerte neonatal o perinatal (muerte fetal de más de 25 semanas). La conclusión de esta revisión fue que la atención al parto por parte de matronas es un modelo seguro tanto para la madre como para el hijo<sup>8</sup>. Más tarde, los mismos autores llegaron a conclusiones similares en otra revisión publicada en 2013, en la que constataron que las mujeres atendidas por matronas presentaban una menor probabilidad de analgesia regional, episiotomía y parto instrumental<sup>11</sup>.

Los objetivos del presente estudio eran analizar y comparar el modelo de atención al parto natural, dirigido por matronas, y el modelo de atención al parto intervenido (eutócico, instrumental o por cesárea), asistido por matronas y obstetras, y estudiar la salud y el bienestar de madres y recién nacidos en el momento del parto, evaluar el plan de parto y describir la satisfacción de las usuarias, así como las complicaciones y los reingresos durante el primer mes de vida de los recién nacidos en los dos tipos de modelos asistenciales presentes en nuestro centro. La hipótesis de partida es que no existen diferencias en la morbilidad y los resultados entre el modelo de atención al parto normal o natural por matronas y el modelo de atención al parto intervenido.

## METODOLOGÍA

Estudio observacional, prospectivo y longitudinal realizado en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona entre marzo y mayo de 2010 con mujeres en proceso de parto. Durante el año 2010, se atendieron en este centro 1.500 partos, con un 56,49% de partos eutócicos (un 21,52% de ellos fueron partos normales y el resto partos intervenidos) y un 43,51% de partos distócicos (un 25,21% fueron cesáreas y un 17,25% partos instrumentados). A partir del 1 de marzo y hasta el 31 de mayo, se incluyeron de forma consecutiva mujeres en trabajo de parto mediante un muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron: mujeres de edades comprendidas entre los 17 y 42 años, con 37-42 semanas de gestación, un riesgo bajo, medio o alto en el momento del parto y el feto en presentación cefálica. Se excluyeron de la muestra 11 mujeres que estaban en fase de parto antes de las 37 semanas de gestación y 18 mujeres con un parto de riesgo muy alto (según los criterios de seguimiento del embarazo del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya)<sup>12,13</sup>.

## Variables de estudio

Se estudiaron variables sociodemográficas, nivel económico percibido por la paciente mediante una escala analógica visual del 1 (peor valoración) al 10 (valoración más positiva), fórmula obstétrica (0-0-0-0), gestaciones a término (de entre 37 y 42 semanas), partos prematuros (<37 semanas), abortos (<22 semanas de gestación) y número de hijos vivos. La evaluación del riesgo durante el embarazo se estudió diferenciando entre riesgo bajo o ausencia de riesgo, riesgo medio, riesgo alto y riesgo muy alto, teniendo en cuenta los medios necesarios para detectar el factor de riesgo y los medios mínimos para atender la posible aparición de las complicaciones más frecuentes asociadas a la presencia del factor de riesgo. Esta clasificación es la que establece el protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña<sup>12</sup>. La evaluación del riesgo durante el parto también se valoró mediante los criterios de asistencia al parto en Cataluña, diferenciando entre partos de riesgo bajo o sin riesgo, de riesgo medio, de riesgo alto y de riesgo muy alto<sup>13</sup>. En este sentido, todas las usuarias con un parto normal fueron atendidas por las matronas, y las usuarias con un parto intervenido (parto eutócico, instrumentado y cesáreas) fueron atendidas por matronas y obstetras (modelo intervenido).

Se estudiaron los siguientes aspectos: el plan de parto<sup>1</sup>, es decir, opciones que la mujer escoge según sus preferencias durante el trabajo de parto, como uso de hidroterapia, pelotas de dilatación (esferodinamia), hamacas, etc., todo ello con el objetivo de personalizar la atención; el tipo de parto, diferenciando el parto normal o natural del eutócico, parto instrumentado o cesárea; el tipo de analgesia, y la realización de episiotomía y/o la presencia de desgarros.

En el recién nacido, se estudiaron variables bioquímicas (pH) y variables clínicas (test Apgar) en el momento del parto. Se consideraron valores normales de pH los iguales o superiores a 7,20 y valores normales de Apgar los de como mínimo 8 al primer minuto y 9 a los cinco minutos; los valores inferiores a estas puntuaciones se consideraron patológicos.

Como variables de resultado, se valoraron, por una parte, las complicaciones de la madre (hemorragias posparto, infección relacionada con el posparto, procesos tromboembólicos, problemas hipertensivos y síndromes depresivos)<sup>15</sup> que requirieron consultas en el servicio de urgencias y/o reingresos hospitalarios, y por otra parte, las complicaciones de los recién nacidos durante el primer mes post-alta (infecciones neonatales, hiperbilirrubinemia, hipoxia)<sup>13</sup> que comportaron consultas y/o reingresos. También se estudió la satisfacción de la madre con el proceso de parto analizando la experiencia anterior, la información que tenía antes del parto, el proceso

de acompañamiento por la matrona, el encuentro con su hijo, las expectativas sobre el parto, el respeto a la intimidad y la percepción de la eficacia de los profesionales. Cada variable se midió con una escala de Likert de 4 ítems (muy satisfactorio, satisfactorio, insatisfactorio, muy insatisfactorio); la encuesta de satisfacción finalizaba con una escala de puntuación global (del 1 al 10) sobre la satisfacción con el parto y con los profesionales.

Todos los datos se recogieron en un cuestionario *ad hoc* en el que se incluían todas las variables descritas. La recogida de datos se inició en el momento de ingreso de la gestante en el área de partos, considerando los criterios de inclusión y la aceptación de participar en el estudio. Todos los datos fueron recogidos por el equipo de matronas de la sala de partos del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona.

El proyecto del estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del centro. Se informó a las participantes de los objetivos del estudio. Las mujeres que cumplían los criterios de inclusión y que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Durante la realización del estudio, se garantizó el estricto cumplimiento de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos personales.

Se analizaron todas las variables de resultado entre los dos grupos de comparación (mujeres con parto normal atendidas según el modelo de atención al parto normal y mujeres con parto intervenido). Las características demográficas de las participantes se describen mediante medias, desviaciones típicas y frecuencias. Para comparar los grupos en el caso de las variables continuas se utilizaron la prueba de la *t* de Student y la prueba ANOVA, y para las variables categóricas se empleó la prueba de la *ji* al cuadrado. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

## RESULTADOS

La muestra estudiada ( $n=99$ ) presentaba una media de edad de 30,3 años (desviación estándar [DE] 4,7), sin diferencias según el modelo de atención (parto normal frente a parto intervenido) ( $p>0,05$ ). Hubo un mayor porcentaje de mujeres con estudios superiores en el grupo de parto intervenido ( $p=0,003$ ). Globalmente, 57 gestantes (57,6%) presentaban un riesgo gestacional bajo, sin diferencias según el modelo de atención (tabla 1). El 99% del total de participantes tuvieron gestaciones a término; el 40% de ellas eran primíparas, el 39% nulíparas, el 14,5% secundíparas y el 5,5% tercíparas. Sólo un 1% presentó prematuridad. El 74,5% no habían sufrido ningún aborto en anteriores embarazos; las demás habían tenido uno o más abortos.

En cuanto a la evaluación del riesgo durante el parto, hubo 70 mujeres (70,7%) de bajo riesgo. En relación con el plan de parto, 76 participantes utilizaron deambulación, 62 esferodinamia, 17 hidroterapia, 13 hamacas y 19 otras opciones (masajes, calor local, etc.). El 88,9% ( $n=88$ ) de las mujeres iniciaron el proceso de parto de manera espontánea y el 7,1% ( $n=7$ ) de manera inducida, y sólo el 4% ( $n=4$ ) tuvieron un parto programado; hubo un mayor porcentaje de participantes con inicio de parto espontáneo en el grupo de parto intervenido ( $p>0,05$ ). El 22,2% ( $n=22$ ) de las mujeres no precisaron analgesia; el 90% de ellas eran del grupo de parto normal ( $n=20$ ) y el 10% ( $n=2$ ) del grupo de parto intervenido ( $p=0,000$ ) (tabla 1).

En relación con el plan de parto, cabe destacar que 17 mujeres solicitaron hidroterapia y 51 mujeres pelotas de dilatación (esferodinamia), sin diferencias entre el grupo dirigido por comadronas y el grupo mixto, dirigido por comadronas y obstetras ( $p>0,05$ ).

Al 23,2% ( $n=23$ ) de todas las mujeres se les realizó una episiotomía, el 34,3% ( $n=34$ ) sufrieron un desgarro de primer grado y el 9,1% ( $n=9$ ) un desgarro de segundo grado. No se produjo ningún desgarro de tercer o cuarto grado, y al 10,1% ( $n=10$ ) de las participantes se les realizó una sutura tipo Pfannenstiel (mujer en fase de parto con cesárea). El 23,2% ( $n=23$ ) de la muestra no requirió ningún tipo de sutura. Al comparar los dos modelos en función del tipo de suturas, observamos diferencias significativas entre los dos grupos, con un mayor porcentaje de suturas en las mujeres con parto intervenido. En concreto, en el grupo de parto normal al 48,4% no se les realizó ningún tipo de sutura, y hubo un 6,5% de episiotomías, un 29% de desgarros de primer grado y un 16,1% de desgarros de segundo grado; en cambio, en el grupo de partos intervenidos sólo al 11,8% de las mujeres no se les practicó ninguna sutura, y hubo un 30,8% de episiotomías, un 36,8% de desgarros de primer grado, un 5,9% de desgarros de segundo grado y un 14,7% de suturas tipo Pfannenstiel ( $p=0,00$ ).

En cuanto a las variables estudiadas en los recién nacidos (49 niñas y 50 niños), el peso mínimo fue de 2.500 g y el máximo de 4.290 g, con una media de 3.342,2 g (DE 367,8) y una mediana de 3.330 g. En el análisis del pH de la arteria umbilical, la puntuación media fue de 7,3. En el test del Apgar al primer minuto la puntuación media fue de 8,7 (DE 0,6), con un mínimo de 5 y un máximo de 9 y con una mediana de 9; en el test de Apgar a los 5 minutos, la puntuación media fue de 9,9 (DE 0,3), con un mínimo de 8 y un máximo de 10 y con una mediana de 9, sin diferencias entre estos valores bioquímicos en función del sexo. No observamos diferencias en las variables bioquímicas de los recién na-

ANEXO IV – FICHA DE LEITURA DOS ARTIGOS SELECIONADOS



ARTIGO 1				
TÍTULO – “Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona”				
AUTORES	MÉTODO	OBJETIVOS	AMOSTRA	INTERVENÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte, Carme;</li> <li>• Magret, Agnès;</li> <li>• Sabench, Cristina;</li> <li>• Sánchez, Josefa;</li> <li>• Redondo, Jezabel;</li> <li>• Cano, Ana;</li> <li>• Prades, Lluïsa;</li> <li>• Puig, Dolors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prosectivo;</li> <li>▪ Longitudinal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comparar e analisar o modelo de assistência ao parto natural, dirigido por parteiras e o modelo de assistência ao parto interventivo (Eutócico, instrumental ou cesariana) assistido por parteiras e obstetras;</li> <li>▪ Estudar a saúde e bem-estar de mães e recém-nascidos no momento do parto;</li> <li>▪ Avaliar o plano de parto, descrevendo a satisfação das parturientes, bem como complicações nos RN durante o primeiro mês de vida .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 99 mulheres em trabalho de parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Foram estudadas as variáveis sociodemográficas, a satisfação das parturientes ao longo do trabalho de parto, o estado de saúde do recém-nascido ao nascer, e as complicações ou reinternamento no primeiro mês de vida do RN.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Suñer-Soler, Rosa</li></ul> <p><b>2015, Girona</b></p>	
<p><b>RESULTADOS E CONCLUSÕES</b></p>	<p>A assistência ao parto normal, é definida como um processo fisiológico único que engloba os fatores psicológicos e socioculturais da mulher. Esse processo inicia-se espontaneamente, evoluindo e concluindo-se sem complicações e sem intervenções por parte dos profissionais de saúde.</p> <p>O parto e nascimento são eventos fisiológicos transcendentais à mulher e ao RN, que exigem ações que respeitem as diferentes culturas e que permitam que sejam atendidas todas as necessidades da mulher.</p>

Nos países menos desenvolvidos, a parteira é considerada uma figura vital para as mulheres grávidas, uma vez que sobre si recai toda a atenção às mulheres durante a gravidez e o parto. Nos países desenvolvidos, coexistem pelo menos dois modelos de prestação de cuidados: um primeiro modelo em que a atenção dispensada ao parto/nascimento é dada pelas parteiras, com base na premissa de que a gravidez/parto são processos normais da vida, centrando os seus cuidados nas mulheres e outro modelo de atenção compartilhada entre parteiras e obstetras.

Em Espanha, coexistem dois modelos de assistência à gravidez/parto, aplicando-se um ou outro dependendo do risco obstétrico. Habitualmente, os partos normais são assistidos pelas parteiras enquanto que nos restante à assistência é repartida entre as parteiras e os obstetras.

As diferenças entre os vários modelos de assistência passam pelo enfoque dado ao parto, à relação com os diferentes profissionais e o uso de intervenções durante o trabalho de parto/parto.

Este estudo teve como objectivo analisar e comparar o modelo de assistência ao parto natural, liderado por parteiras e modelo de assistência onde ocorrem intervenções (eutócico, instrumental ou cesariana), assistido por parteiras e obstetras, estudando o bem-estar materno-fetal, bem como a saúde da mulher e RN após o parto, avaliando o plano de parto e descrevendo a satisfação das utentes destes modelos.

Da amostra, 99% das participantes apresentava gravidez de termo, sendo 40% delas primíparas, 39% multíparas, 14,5% encontravam-se no segundo parto, 5,5% no terceiro e apenas 1 % apresentou prematuridade.

Assim sendo, verificou-se que 31,3% das mulheres internadas em trabalho de parto, teve um parto normal, sem intervenções, apresentando maior satisfação.

Em relação ao plano de parto, 76 deambularam durante o TP, 17 mulheres solicitaram hidroterapia e 51 utilizaram a bola de pilates para ajudar na dilatação, 19 outras técnicas tais como aplicação de calor local, massagem. Não se verificaram diferenças entre os dois grupos de assistência.

A episiotomia foi realizada em 23,2% da amostra, 34,3% apresentou lacerações de grau I e 9,1% lacerações de grau II. Não ocorreram lacerações de grau III ou IV.

	<p>No que diz respeito a complicações, quer maternas quer neonatais, não houve diferenças entre os dois modelos de atenção.</p> <p>Em relação aos recém-nascidos, foi verificado que aqueles que nasceram por parto normal, apresentaram valores iguais ou superiores de Apgar aos 5 minutos de vida.</p> <p>Dos 31 recém-nascidos de parto normal, apenas 2 apresentaram um pH patológico; Nos RN's que nasceram de parto com realização de intervenções (parto vaginal, instrumentado ou cesariana) essa alteração no PH foi verificada em 6 casos.</p> <p>Este estudo concluiu que não foram encontradas diferenças significativas no que se refere à saúde e bem-estar materno durante o primeiro mês pós alta.</p>
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	.Nível V

ARTIGO 2				
TÍTULO – “Perception of Humanization of Birth in a Highly Specialized Hospital: Let’s Think Differently?”				
AUTORES	MÉTODO	OBJETIVOS	AMOSTRA	INTERVENÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behruzi, Roxana;</li> <li>▪ Hatem, Marie;</li> <li>▪ Goulet, Lise;</li> <li>▪ Fraser, William D.</li> </ul> <p><b>2014, Montreal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar as percepções referentes a cuidados de saúde por parte dos profissionais de saúde, administradores e mulheres no que diz respeito à humanização do parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seis enfermeiras;</li> <li>▪ Três obstetras;</li> <li>▪ Um pediatra;</li> <li>▪ Um anestesista;</li> <li>▪ Seis administradores de diferentes níveis hierárquicos do hospital;</li> <li>▪ 10 primíparas e multíparas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicação de um questionário</li> </ul>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<p>O avanço tecnológico e o desenvolvimento científico têm proporcionado grandes avanços no que diz respeito à qualidade na assistência obstétrica.</p> <p>A evolução na prática obstétrica veio reduzir a mortalidade e morbidade materna e fetal. Contudo, o uso excessivo de intervenções médicas e cesarianas sem indicações baseadas em evidências, resultou em morbidade iatrogênica e contribuiu para a desumanização do atendimento ao parto.</p> <p>Nos Estados Unidos da América, o parto foi transformado numa experiência tecnocrática, em que mulheres saudáveis são imobilizadas por fios, tubos e máquinas.</p> <p>A hospitalização leva a uma perda de autonomia e controle, bem como um sentimento de dependência de intervenções médicas por parte das mulheres. Sentimentos tais como tédio, solidão, stress e de impotência são também potencializados.</p>			

A falta de privacidade, juntamente com sentimentos de culpa, impotência, depressão e ansiedade, têm sido referidos como potencializadores de problemas psicológicos em mulheres que estão em risco obstétrico.

Alcançar a humanização do parto num Hospital Deferenciado, implica uma profunda reflexão sobre as percepções e valores dos profissionais de saúde, mas também dos administradores e utentes.

Enquanto que as percepções das mulheres participantes, relativas à humanização da assistência estão mais voltadas para a sua segurança e para o facto que ser assegurada a realização do parto por um profissional especializado, as dos profissionais centram-se nos cuidados globais à mulher.

Contudo, as mulheres participantes acreditavam que os profissionais deviam englobar nos seus cuidados as respetivas famílias.

A existência de tecnologia disponível, a presença de prestadores de cuidados especializados, a existência de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e a oportunidade de ter um parto sem dor trouxe satisfação a todas as mulheres.

A maioria das mulheres expressaram a sua satisfação com um parto indolor e apercebida abordagem ao cuidado humanístico, que permitiu o alívio da sua dor e sofrimento e permitiudo-lhes viver uma melhor experiência de parto.

Pelas entrevistas realizadas, o uso de tecnologia e a intervenção médica não foram identificadas como uma forma de assistência ao parto humanizado.

Os resultados mostraram também que as mulheres entendem a humanização do parto, como meio de receber um bom suporte físico e emocional.

Administradores, profissionais e mulheres com alto e baixo risco obstétrico, entendem que a humanização do parto deve incluir dignidade e respeito, bem como o direito de escolhs e participação no processo de tomada de decisão por parte das mulheres.

Contudo, apesar da crença de que o cuidado humanizado inclui o direito das mulheres de controlar os seu corpo, as mulheres nem sempre desfrutam dessa crença. Por exemplo, nenhuma mulher tinha escolhido o lugar para parir e apenas uma tinha escolhido a posição a usar durante o parto.

As conclusões que foram retiradas neste estudo são que os profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres com alto risco obstétrico, devem também ter em conta todo o processo fisiológico que é o parto, bem como todos os aspetos psicológicos

	relacionados com o parto, respeitando os medos, crenças, valores e necessidades das mulheres e suas famílias, devendo os profissionais promover estratégias para que os cuidados sejam centrados na família, no sentido de fortalecer o vínculo da família com o RN, permitindo a sua participação no cuidado e compartilhando responsabilidades.
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Nível V

ARTIGO 3				
TÍTULO – “Women, Birth Practitioners, and Models of Pregnancy and Birth—Does Consensus Exist?”				
AUTORES	MÉTODO	OBJETIVOS	AMOSTRA	INTERVENÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gibson, Erica.</li> </ul> <p><b>2014, USA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descritivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analisar os modelos cognitivos da gravidez e parto realizados por diferentes tipos de praticantes de nascimento e seus clientes na Florida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 80 mulheres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realização de entrevistas.</li> <li>▪ A primeira série de entrevistas foi realizada com os profissionais (perguntas abertas semi-estruturada)</li> <li>▪ A segunda série foi realizada aos clientes que receberam cuidados pré-natais durante o terceiro trimestre da gravidez durante as suas visitas ao consultório;</li> <li>▪ A terceira foi realizada 6-12 semanas após o parto.</li> </ul>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	Em muitos países ocidentais, na presença de tecnologia avançada e enorme medicalização, as mulheres podem facilmente submeter-se a múltiplas intervenções durante a gravidez, trabalho de parto e parto.			

	<p>Diferentes pontos de vista, preferências relacionadas com o acesso à tecnologia, tal como ultra-sonografia, monitorização fetal, acesso a anestesia ou a uma cesariana, podem influenciar as decisões sobre a escolha de um médico ou uma parteira para realizar o parto.</p> <p>Historicamente por todo o mundo, o parto foi retratado como um momento liminar na vida de uma mulher, envolvendo um ritual de cuidados para proteger a mãe e a criança.</p> <p>Muitas mulheres tornaram-se consumidoras informadas, realizando muitas vezes as suas pesquisas quando confrontadas com fazer outras escolhas, contudo ao escolher o profissional de saúde para condução/realização do seu parto, costumam escolher um obstetra sem pesquisar outras opções.</p> <p>Nos Estados Unidos da América, dependendo do Estado em que a mulher vive, a lei pode limitar a sua escolha. O parto hospitalar é a norma e o tipo de assistência durante o trabalho de parto/parto pode ser limitado pelo ambiente hospitalar.</p> <p>O cenário escolhido para o parto, pode ter influência direta sobre as escolhas, controlo e poder da mulher sobre o que lhe vai acontecer durante todo o processo.</p> <p>Na entrevista pós-parto, 87% das mulheres estavam satisfeitas com as suas escolhas, relatando boas experiências durante a sua gravidez e parto, tanto quando o seguimento foi realizado por um obstetra, como por parteiras.</p> <p>Este estudo, mostra como as mulheres não conhecem as suas opções sobre a assistência durante a gravidez/trabalho de parto/parto.</p> <p>As mulheres grávidas devem ser encorajadas a avaliar criticamente as suas expetativas relacionadas com a sua gravidez e parto, para que possam tomar uma decisão informada sobre o tipo de assistência que gostariam de ter. Se as mulheres puderem avaliar as suas necessidades e refletir sobre os seus desejos no início da gravidez, podem criar um plano para se manter saudável e ter uma experiência positiva.</p>
<p><b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b></p>	<p>Nível V</p>

ARTIGO 4				
TÍTULO – “How Does Preference for Natural Childbirth Relate to the Actual Mode of Delivery? A Population-based Cohort Study from Norway”				
AUTORES	MÉTODO	OBJETIVOS	AMOSTRA	INTERVENÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kringeland, Tone;</li> <li>▪ Daltveit, Anne K.;</li> <li>▪ Moller, Anders.</li> </ul> <p><b>2010, Noruega</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quantitativo;</li> <li>▪ Descritivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar até que ponto as mulheres que desejavam um parto natural, acabaram por vivenciá-lo;</li> <li>▪ Avaliar a influência das emoções e fatores maternos na entrega da mulher neste processo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 39475 gestações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aplicação de um questionário</li> </ul>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<p>Na Noruega, a intervenção no parto aumentou de 3% em 1967 para 37% em 2006. Embora a taxa de mortalidade perinatal diminuiu de 20 para menos de 4 por 1.000 nascidos vivos nesse mesmo período, existe um consenso de que as taxas de intervenção no parto são altas.</p> <p>Para as mulheres de baixo risco, um parto vaginal é mais seguro, envolvendo menos riscos do que um procedimento de emergência(cesariana).</p> <p>A associação entre o risco e a segurança é determinada por fatores sociais e culturais, e as perspectivas das mulheres sobre o risco são bem diferentes dos pontos de vista dos profissionais de saúde.</p> <p>Na Escandinava e na maioria dos outros países, as mulheres não têm autorização para escolher uma cesariana sem indicação médica específica.</p>			

	<p>Entre as 17,292 primíparas que queriam um parto natural, apenas 29,3% teve um parto natural (parto vaginal, sem intervenções), enquanto que 56,1% tiveram um parto vaginal, mas com intervenções; 2,7% foram submetidas a uma cesariana electiva e 11,8% terminou a sua gravidez com uma cesariana de emergência.</p> <p>Entre as 22,180 multíparas que queriam um parto natural, 61,1% teve um parto natural, 30,6% tiveram um parto vaginal com intervenções, 3,3% foram submetidas a uma cesariana eletiva e 5% terminou a sua gestação com uma cesariana de emergência.</p> <p>Os fatores de risco identificados que condicionam a realização de um parto natural são a idade materna avançada, gravidez gemelar, cesariana anterior e a experiência do parto anterior.</p> <p>A possibilidade realmente ter um parto natural, é muito maior para multíparas do que para primíparas. Os fatores que influenciam essa possibilidade diferem entre primíparas e multíparas.</p> <p>Dada a atitude positiva ao parto natural deste grupo, existe um potencial para um aumento no número de partos naturais e um declínio no número de cesarianas, tendo em consideração os sentimentos das mulheres durante a gravidez, procurando reduzir o medo e as emoções negativas associadas ao parto.</p>
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	Nível V