



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Parto Hospitalar... Outra Perspetiva

Ana Rita Calvinho Grilo

Orientação:

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2014

Este relatório inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Parto Hospitalar... Outra Perspetiva

Ana Rita Calvinho Grilo

Orientação:

Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2014

Este relatório inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

“Aquilo que há séculos nos bastava, hoje já não nos satisfaz e o que há apenas alguns anos nos satisfazia, hoje já não nos convém”
(Adam, 1994, pp. 21).

RESUMO

Título: Parto Hospitalar... Outra perspectiva

Este trabalho é uma descrição e análise da intervenção desenvolvida no âmbito da unidade curricular – Relatório Final, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, requisito de avaliação para a obtenção do título de mestre na referida área. Os serviços de saúde deveriam garantir condições para a mulher vivenciar a experiência do parto com autonomia, de forma mais natural e num ambiente confortável, de confiança e intimidade. Baseado em evidências, elaborou-se o “Manual de Procedimentos do Parto Natural Assistido”, o qual deu resposta ao objectivo: **proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância do parto natural assistido.** Foram realizados vários esforços no sentido de **criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.** Contudo, este objetivo não foi atingido, uma vez que não se reuniu apoio financeiro.

Palavras-chave: Parto natural; vigilância do trabalho de parto; prática baseada em evidências; instituição hospitalar

ABSTRAT

Title: Hospital Birth ... Another perspective

This paper is a description and analysis of the intervention developed within the course - Final Report, Masters in Maternity and Obstetrics, assessment requirement for obtaining a master's degree in this area. Health services should ensure autonomous conditions for women experiencing childbirth experience, within a more natural and comfortable environment of trust and intimacy. Based on scientific evidence, it was built into "Procedures manual on Assisted Natural Childbirth", which responded to the objective: **providing a working guide and consultation to the professional group, using the criteria and procedures for monitoring assisted natural childbirth.** Several efforts were undertaken to **create a delivery room with a more familiar environment and fewer hospital characteristics.** However, this objective was not achieved, since it was not possible to facilitate this financially. **Keywords:** Natural childbirth; labour surveillance, evidence-based practice; hospital

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	11
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	11
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	12
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	13
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	15
3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	15
3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO .	16
3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO	18
3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	21
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	22
4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	22
4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO	23
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	24
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	24
5.1.1. Fase de Projeto	24
5.1.2. Fase de Intervenção	24
5.2. METODOLOGIAS	28
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	30
5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	32
5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	33
5.5.1 Fase de Projeto	33
5.5.2 Fase de Intervenção	33
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	35
5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	35
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	37
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	37
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	37
6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	38

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	39
CONCLUSÃO.....	41
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	50
ANEXO A – FOLHETO INFORMATIVO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	51
ANEXO B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE MESTRADO.....	53
ANEXO C – MANUAL DE PROCEDIMENTOS DO PARTO NATURAL ASSISTIDO.....	55
ANEXO D – NORMA N.º 4/X/E/BP.....	93
ANEXO E – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	102
ANEXO F – DIAPOSITIVOS DA COMUNICAÇÃO “PARTO HOSPITALAR...OUTRA PERSPETIVA.....	109
ANEXO G – FORMULÁRIO DA VISITA AO HSJ	115
ANEXO H – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE VISITA AO HSJ	119
ANEXO I – CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de distribuição do tipo de partos ocorridos em 2013	12
Figura 2. Gráfico de distribuição das idades dos EESMO	165
Figura 3. Gráfico do N.º de EESMO segundo os anos de experiência profissional.....	166
Figura 4. Gráfico do local dos partos em Portugal	177
Figura 5. Gráfico do local dos partos na região do Algarve.....	177

1. INTRODUÇÃO

A concepção de um ser humano é algo mágico e único que marca o início de uma nova existência, no entanto é muitas vezes vivido de uma forma pouco consciente e a um ritmo demasiado acelerado (Chopra, Simon & Abrams, 2006). Nos países ocidentais têm-se verificado, nas últimas décadas, um aumento drástico na medicalização do parto, evidenciando um pesado aumento das taxas de cesariana (Malacrida & Boulton, 2014), tendo estas implicações negativas para a saúde da mulher e do seu filho (Lee & Kirkman, 2008).

Um dos principais objetivos do desenvolvimento das novas tecnologias da área da saúde materna foi tornar o parto mais seguro e menos doloroso para a parturiente. Contudo nos tempos modernos o controlo sobre o processo do nascimento tornou-se uma tarefa necessária dos cuidados obstétricos (Smeenk & ten Have, 2003). É indiscutível que a evolução tecnológica na área da saúde materno-infantil tenha sido determinante na redução das taxas de morbilidade e mortalidade materna e perinatal, no entanto a prática de cuidados tem-se focalizado no parto pela sua vertente biológica, em prejuízo das necessidades das mulheres/casais (Dias, 2006).

A publicação da Organização Mundial de Saúde [OMS] (1996) que contempla recomendações práticas baseadas em evidências científicas para a assistência ao parto, tem sido constantemente ignorada pela maioria dos profissionais de saúde (Dias, 2006). Apesar de se conhecerem os conteúdos desta publicação, mantêm uma prática apoiada na medicalização, sem ter em conta os direitos das parturientes, atribuindo-lhes um papel passivo no seu próprio parto (Silva, *et al*, 2011).

É neste contexto que se afirma que promover o parto normal implica o respeito pelo processo fisiológico e permitir que a natureza siga o seu rumo. A utilização rotineira e desnecessária de intervenções em parturientes de baixo risco desencadeia uma cascata de acontecimentos, onde se sucedem intervenções umas atrás das outras (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] & Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME], 2009).

Diante da crescente medicalização do parto, várias organizações nacionais e internacionais (FAME, 2007; Nacional Institute for Health and Care Excellence

[NICE], 2007; National Childbirth Trust, Royal College of Midwives & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007; Ordem dos Enfermeiros [OE] & APEO, 2012; American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America & National Association of Certified Professional Midwives, 2013), estão a promover o parto normal. Estabeleceram-se várias directrizes para a prática de cuidados nos serviços de saúde, de forma a reduzir as intervenções dispendiosas e prejudiciais durante o parto.

A OE (2012) atribui o aumento do número de partos no domicílio em Portugal à ausência de resposta por parte das instituições hospitalares, às necessidades dos casais durante todo o processo de nascimento do seu filho. Ambiente confortável, que proporcione o nascimento como um acontecimento familiar, cuidados que respeitem o processo fisiológico do parto, profissionais de saúde que respeitem a privacidade e a liberdade de escolha suportada em decisões informadas, são algumas das condições que os casais desejam ver garantidas no parto.

Noutros países têm surgido espaços com uma filosofia de cuidados alternativa, tal como em Inglaterra “stand alone birthing centre”, no Brasil “casa de partos”, em Espanha “casas de nascimientos”, entre outros. Estes fornecem às parturientes de baixo risco obstétrico uma alternativa segura ao parto hospitalar e domiciliário, num ambiente mais familiar, confortável e acolhedor, com recursos para intervir se houver necessidade (Rogers, Harman, & Selo-Ojeme, 2011). Numa revisão sistemática recente conclui-se que estes locais estão associados a menor taxa de intervenções médicas durante o parto, maior satisfação das utentes com o seu parto, sem aumentar o risco materno e neonatal (Hodnett, Downe & Walsh, 2012).

Lentamente começa-se a observar uma preocupação em restringir a medicalização do parto e a investir em suportes que permitam o protagonismo dos casais no nascimento dos seus filhos. Este investimento abrange também a concepção arquitetónica do ambiente, uma vez que é essencial valorizar espaços que estimulam a parturiente a sentir-se num ambiente acolhedor e familiar, que possibilitem a convivência descontraída e agradável e promovam o bem-estar (Santos & Brusztyn, 2004).

Em 2008 no Porto, o Hospital de São João (HSJ) criou uma sala, com características semelhantes a um quarto residencial, onde as mulheres podem ter um parto natural. Por um lado, o parto hospitalar deve ser seguro e proporcionar a cada

mulher os benefícios dos avanços científicos. Mas por outro, deve permitir e estimular a participação informada da mulher, concedendo-lhe a sua autonomia em todo o processo de nascimento (Wolff & Moura, 2004).

Cabe aos profissionais de saúde dar resposta aos novos cenários de saúde com estratégias que conduzam à modernização da enfermagem obstétrica em Portugal, com vista a uma melhor prática dos cuidados. A iniciativa da implementação deste projeto prendeu-se com a necessidade de criar condições para os casais usufruírem do nascimento dos seus filhos naturalmente, num ambiente acolhedor e dentro do hospital.

O propósito de desenvolver e aprofundar competências levou a autora a frequentar o Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia para detentores de título da Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. A escolha da Universidade prendeu-se ao facto da anterior experiência no Curso de Pós-Licenciatura ter sido muito positiva e bem-sucedida.

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular – Relatório Final e tem como objetivos:

- Servir de documento para avaliação da implementação do projecto **Parto Hospitalar... Outra Perspetiva;**
- Obter o Grau de Mestre

A escolha do tema constitui um desafio pessoal e profissional. Sabia-se que uma intervenção num assunto tão complexo e multifatorial, como a alternativa ao parto medicalizado característico das instituições hospitalares, obrigaria a um conjunto de ações organizadas que visariam mudanças na cultura dos cuidados.

De seguida vai-se proceder à descrição da análise reflexiva do contexto onde se inseriu o estágio, da população/utentes, sobre os objetivos, as intervenções, processo de avaliação e controlo, e ainda sobre as competências mobilizadas e adquiridas. As conclusões apresentadas permitem responder aos objetivos delineados e propor algumas sugestões. Por fim apresentam-se em anexo documentos, com vista a completar a informação transmitida.

No que diz respeito a regras de apresentação formal de trabalhos escritos, este documento foi redigido segundo a ordem de serviço n.º 18/2010, as normas da American Psychological Association (APA, 2006) e com o novo acordo ortográfico, como preconizado na Universidade de Évora.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O Estágio de Natureza Profissional enquadrou-se no Bloco de Partos do atual Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Portimão, anterior Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA).

O Hospital de S. Nicolau, que funcionou no Colégio dos Jesuítas (1660) e foi gerido pela Santa Casa da Misericórdia, é a primeira referência conhecida sobre uma Unidade de Saúde em Portimão. O Hospital Distrital de Portimão, construído pelo Estado, foi inaugurado em 1973. O Hospital do Barlavento Algarvio, construído pelo Ministério da Saúde, entrou em funcionamento em 1999 e foi transformado em sociedade anónima em 2002. Em 2004 fundem-se as Unidades Hospitalares de Portimão e de Lagos e foi criado o CHBA, SA que em 2005 se designou CHBA, EPE (http://www.chbalarvio.min-saude.pt/Centro_Hospitalar/Historia/).

A 17 de maio de 2013, o Decreto-Lei n.º 69/2013 do Ministério da Saúde, formalizou a criação do Centro Hospitalar do Algarve (CHA), por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE e do Hospital de Faro (HF), EPE, que entrou em vigor a 1 de julho de 2013.

Segundo o Gabinete de Estatística do CHA – Portimão, em 2013 no Bloco de Partos houve: 1265 partos, 786 eutócicos e 479 distócicos, dos quais 349 foram cesarianas, 94 ventosas e 36 fórceps.



Figura 1. Gráfico de distribuição do tipo de partos ocorridos em 2013

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

O Bloco de Partos do CHA – Portimão engloba 5 salas de partos e 1 sala operatória. As salas de partos são amplas e têm todas a mesma estrutura e os mesmos elementos: 1 marquesa de partos, 1 cardiotocógrafo, 1 candeeiro de luz fria orientável, 2 armários de armazenamento de material, 1 balança, 1 bancada de avaliação do recém-nascido, 1 fonte de calor radiante, 2 rampas de oxigénio e 2 rampas de vácuo. Este ambiente das salas tem características semelhantes a uma sala cirúrgica.

De forma a acompanhar as recentes propostas de humanização de cuidados no parto e nascimento é importante surgirem novos projetos arquitetónicos com vista a proporcionar conforto ambiental para os casais, recém-nascidos e profissionais (Bitencourt & Barroso-Krause, 2004). Neste contexto e porque as salas de partos deste serviço têm um ambiente típico de sala operatória, pretendia-se transformar a sala de partos n.º5 num espaço com ambiente alegre, diferente da aparência de uma sala cirúrgica, com recursos de uma empresa de decoração e mobiliário.

Ao nível dos recursos humanos no Bloco de Partos do CHA – Portimão, existem 6 médicos da especialidade Obstetrícia/Ginecologia. O serviço de urgência é assegurado por 2 obstetras/ginecologistas durante as 24 horas. Pela inexistência de alternativa e de médicos neste hospital, a maioria dos bancos de urgência são assegurados por médicos externos subcontratados por empresas de prestação de serviços.

Relativamente à equipa de enfermagem, é constituída por 25 enfermeiros, sendo 1 enfermeira chefe e 24 enfermeiros na área da prestação de cuidados, dos quais 18 são especialistas em saúde materna e obstetrícia. O grupo de EESMO é na generalidade pouco experiente, uma vez que a maioria tem menos de 5 anos de experiência e 33% são recém-especialistas. Existem 2 enfermeiros por turno responsáveis pelas salas de parto, 1 pela urgência obstétrica e ginecológica e 3 na sala operatória, nos dias úteis das 8h-20h.

Neste contexto, em que a equipa de enfermeiras especialista é relativamente inexperiente e a equipa de obstetras não são desta instituição, torna-se essencial a existência de manuais e normas de procedimentos, de forma a orientar os profissionais no desempenho das suas funções.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

As competências comuns do enfermeiro especialista estão designadas no Regulamento n.º 122/2011 publicado em Diário da República (DR) a 18 de fevereiro, onde ficou definido que os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de actuação, partilham quatro domínios: responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para a realização deste trabalho foi essencial mobilizar e adquirir competências no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, pois considera-se que a envolvência deste trabalho converge na promoção do respeito pelos valores e do direito à informação e à autonomia da parturiente/família. Segundo Filipe (2004) a autonomia tornou-se o símbolo do direito moral e legal dos utentes, em que se impõe um respeito pelas suas decisões, baseadas nos seus valores e crenças e livre de qualquer coacção, mesmo que se sobreponha às melhores intenções dos profissionais de saúde. “Reforçar a autonomia da mulher no parto”, foi um dos objetivos propostos e atingidos na realização da formação em serviço, onde se divulgou o interesse da valorização da grávida como protagonista do seu próprio parto e o seu direito à autodeterminação.

No domínio da melhoria contínua da qualidade foi desenvolvida a competência criar e manter um ambiente terapêutico e seguro. Promoveu-se

sensibilidade, consciência e respeito às necessidades espirituais e culturais da parturiente, com envolvimento da família. A autora e os enfermeiros especialistas do serviço adquiriram subsídios para melhorar os cuidados, garantir qualidade no nascimento e segurança no parto. Não se descurou a prevenção e controlo de infeção durante o planeamento da reestruturação da sala de partos.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a aquisição de competências teve um contributo essencial do elevado investimento na pesquisa bibliográfica para a criação do manual de procedimentos, que contem recomendações baseadas em conhecimentos sólidos tendo em conta as evidências científicas. Foram fornecidas orientações tomadas em consenso com outros profissionais e divulgadas pela equipa de enfermagem na formação em contexto de trabalho.

Se o enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia (EESMO) deseja melhorar a qualidade dos cuidados à parturiente, família e comunidade, tem que cuidar com dignidade e assumir o papel de agente de mudança (Ramalho, 2011). Num ambiente em que se exige uma mudança de paradigma nos cuidados ao nascimento, é crucial desenvolver condições favoráveis à aprendizagem, com vista ao desenvolvimento de competências mais específicas numa das áreas de intervenção do EESMO: o parto.

Segundo o Regulamento n.º 127/2011 publicado em DR a 18 de fevereiro relativo às competências específicas, o EESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (pp.8664) assumindo intervenções autónomas nas situações de baixo risco. Este trabalho surgiu para apoiar o nascimento natural e o cuidado centrado na mulher e foi neste sentido que se difundiu o corpo de conhecimentos adquiridos numa comunicação para os vários profissionais da área, inserida nas III Jornadas de Saúde Materno-Infantil do CHA – Hospital de Portimão.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Nesta secção procede-se à análise descritiva da população, e para tal considera-se essencial definir o termo população. Para Fortin, (2003) e Prodanov e Freitas (2013) população é a totalidade de indivíduos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A implementação de medidas ou de intervenções em contexto de trabalho, exige um conhecimento prévio da população, que no presente relatório é constituída pelos EESMO na área da prestação de cuidados do Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão.

Os EESMO responsáveis pela vigilância do trabalho de parto são 18, com idades compreendidas entre 30 e 49 anos, com uma média de idades de 37 anos. O grupo mais representativo tem entre 31 e 35 anos.

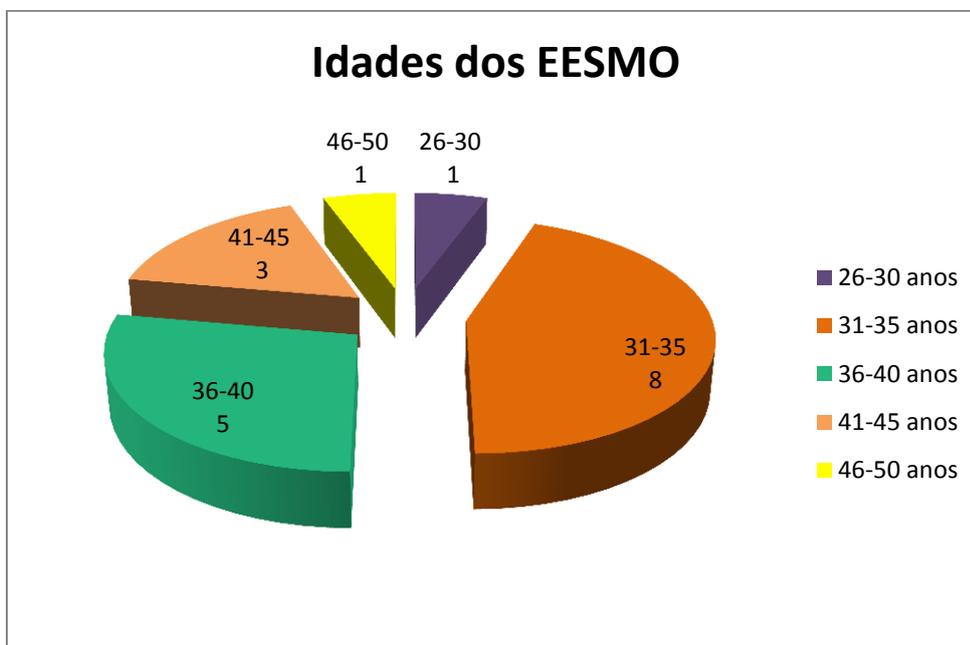


Figura 2. Gráfico da distribuição das idades dos EESMO

Relativamente à experiência profissional como especialistas, verifica-se que o elemento com mais experiência profissional possui 18 anos de experiência e existem 6 elementos com menos de 1 ano de experiência. Este grupo tem uma média de 4 anos de experiência profissional como especialistas em saúde materna e obstetria, e

constata-se que o número de enfermeiras com menos de 1 ano de experiência é superior ao que têm 5 ou mais anos.



Figura 3. Gráfico do N.º de EESMO segundo os anos de experiência profissional

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO

Os profissionais de saúde ainda não compreenderam que a política de humanização do parto e nascimento constitui um direito da mulher e não apenas uma possibilidade de oferta de cuidados (Dias, 2006). As rotinas hospitalares rígidas e a falta de autonomia da mulher continuam a prevalecer na assistência ao parto e nascimento. Toda a mulher tem direito a cuidados seguros, num ambiente acolhedor em que se respeite as suas necessidades, e para tal é essencial a sensibilização dos profissionais de saúde para esta temática (Mabuchi, & Fustinoni, 2008).

É inquestionável a melhoria na qualidade dos cuidados perinatais que os progressos científico-tecnológicos têm proporcionado. Contudo, observa-se uma prática hospitalar excessivamente intervencionista, de um processo natural e fisiológico como é o parto, reservando à mulher um papel passivo e sem autonomia (Sardo, 2009).

Em Portugal existem dois locais para decorrerem os partos, as instituições hospitalares e o domicílio. A OE (2012) destaca que a falta de resposta dos serviços de saúde às necessidades e desejos das mulheres/casais está diretamente relacionado ao aumento do número de partos no domicílio. O parto domiciliar tem sido temática

discutida, não só na opinião pública como no meio científico da saúde, resultado das discordantes e controversas opiniões que gera (Santos, 2012). Em pólos opostos estão os partos no domicílio pouco seguros, e os partos nos hospitais excessivamente medicalizado e pouco humanizantes.

Segundo os dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos ao ano de 2011, o parto hospitalar é a realidade mais frequente em Portugal e em particular no Algarve, sendo essencial rever as políticas das instituições no sentido de diminuir as intervenções desnecessárias no parto.

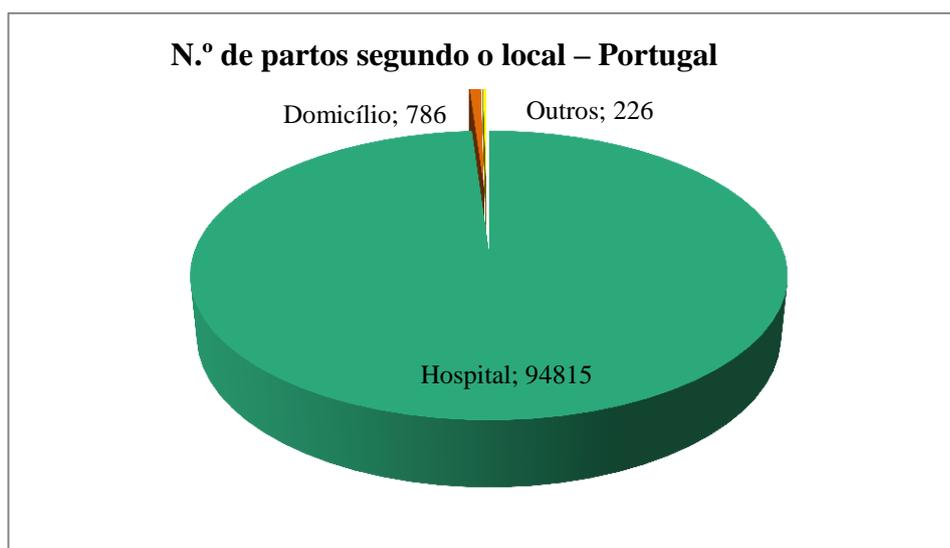


Figura 4. Gráfico do local dos partos em Portugal (Fonte: INE, 2011)

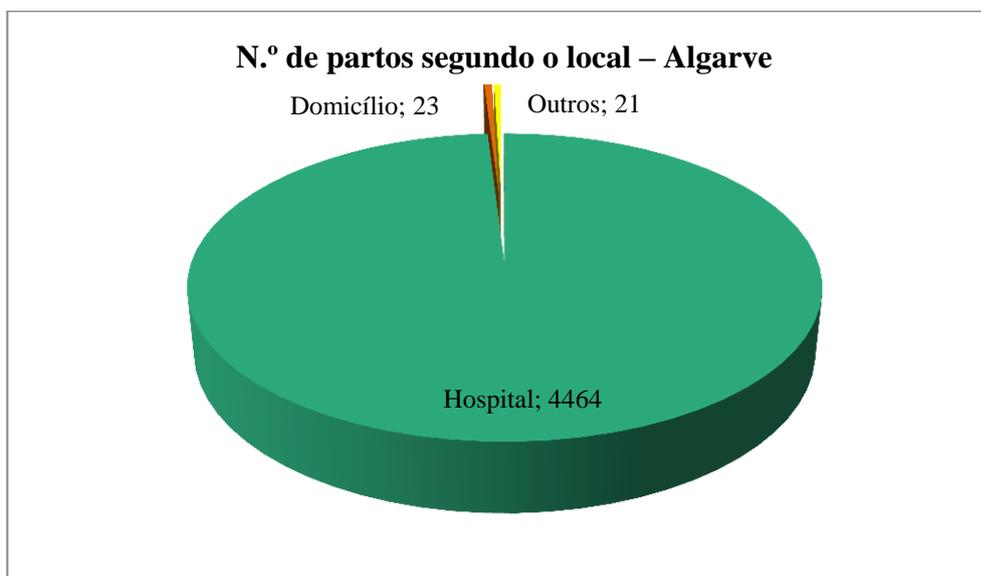


Figura 5. Gráfico do local dos partos na região do Algarve (Fonte: INE, 2011)

As parturientes têm o direito de decidir sobre o seu corpo e também têm capacidade de realizar escolhas durante o processo do nascimento e os profissionais

de saúde têm a obrigação de demonstrar sensibilidade e respeito por as preferências das mulheres (Carlsson, Ziegert, Sahlberg-Blom & Nissen, 2012). A autonomia da mulher no parto deve ser promovida pelos profissionais de saúde, que têm o dever de fornecer informações baseadas nas evidências científicas, sem coação, com vista à tomada decisão fundamentada nessas informações (Sodré, Merighi & Bonadio, 2012).

Por um lado os EESMO necessitam de dar resposta a novos cenários, revendo condutas e procedimentos mediante o fortalecimento do seu conhecimento. Por outro lado, as mulheres necessitam de vivenciar o parto com mais autonomia, menos restrições e medicalização, com cuidados individualizados e globais.

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

Com vista à consolidação da intervenção junto da população-alvo a estratégia de pesquisa teve como objetivo identificar estudos, artigos e documentos de consenso, em que os procedimentos na vigilância do trabalho de parto fossem o fenómeno em estudo. A pesquisa efetuada foi essencialmente *on-line*, uma vez que o meio electrónico oferece disponibilidade imediata, flexibilidade de acesso, tem largo alcance, e baixo custo (Mueller, 2003a).

Procuraram-se publicações científicas indexadas em bases de dados, nomeadamente: CINAHL Plus, MEDLINE, Nursing & Allied Health Collection, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Controlled Trials Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Health Technology Assessments. São bases de dados de produção e investigação científica acessíveis através da página da OE, tendo sido utilizada essencialmente a plataforma EBSCO-host. A busca foi efectuada com o limite inferior no ano 2000, contudo algumas fontes dos documentos encontrados remetiam para anos anteriores, o que motivou a busca para as fontes originais.

A língua inglesa tornou-se o idioma preponderante na comunicação da pesquisa científica e tecnológica. De forma a obter uma maior visibilidade na comunidade científica internacional as publicações são em inglês, consolidando-se cada vez mais como o idioma dos pesquisadores (Campello, 2003a). Foi neste

sentido que se utilizou os descritores da pesquisa predominantemente em inglês e em menor proporção em português.

Aumenta-se o conhecimento através da aprendizagem sobre o mundo, com a observação, a audição, a leitura e a experiência, porém nem tudo o que se obtém da realidade é confiável. Pode-se afirmar que uma das características mais importantes da ciência é a confiabilidade, pois diferencia o conhecimento popular, do científico (Mueller, 2003b). Foi neste sentido que a elaboração do manual se fundamentou em inúmeras revisões sistemáticas publicadas no The Cochrane Library que são reconhecidas internacionalmente como o mais alto padrão em cuidados de saúde baseada em evidências.

Como resultado da pesquisa efectuada sobre esta temática foram seleccionados um conjunto diversificado de documentos que abordam os procedimentos mais controversos da vigilância do trabalho de parto, nomeadamente a ingestão oral, a realização de episiotomia e os procedimentos relativos ao terceiro estadio do trabalho de parto.

A restrição de ingestão oral durante o trabalho de parto surgiu numa pesquisa efectuada nos anos 40 em que se demonstrou que as consequências da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico nas parturientes são nefastas, sobretudo se houver risco da grávida ser submetida a cesariana (Mendelson, 1946), justificando desde então o jejum das grávidas durante o trabalho de parto.

Verifica-se que esta restrição não contribui para o melhor interesse das utentes uma vez que, por um lado nas últimas décadas o desenvolvimento da terapêutica e técnicas de anestesia obstétrica tem quase erradicado o Síndrome de Mendelson, e por outro lado não existe nenhuma pesquisa que apoie essa restrição na prevenção da aspiração (Parsons & Nagy, 2006).

A restrição da ingestão oral pode ser desagradável para algumas parturientes e influenciar negativamente a sua experiência do parto. Na revisão sistemática de Singata, Tranmer e Gyte (2012) “Restricting oral fluid and food intake during labour”, onde foram analisados 5 estudos (3130 grávidas de baixo risco obstétrico), mostrou-se que a ingestão de líquidos e alimentos não foi prejudicial. Concluiu-se não existir fundamentação científica para a restrição de líquidos e alimentos em parturientes de baixo risco obstétrico.

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em todo o mundo, que começou a ser introduzida na prática obstétrica, sem que houvesse

indicações científicas da sua eficácia (Graça, 2005). Na revisão sistemática de Carroli e Mignini (2012), onde foram incluídos 8 estudos (5541 parturientes), comparou-se a prática de episiotomia de rotineira e restritiva. Concluiu-se que as políticas restritivas de episiotomia têm benefícios comparativamente com as políticas baseadas em episiotomia de rotina. Há menos trauma perineal posterior, menos sutura e menos complicações na cicatrização, no entanto houve um aumento do risco de trauma perineal anterior, não considerado grave.

Os procedimentos do terceiro estadió do trabalho de parto têm sido seriamente debatidos, uma vez que a hemorragia pós-parto (HPP) é uma complicação comum e está associada a uma substancial morbidade e mortalidade materna (Abauzhar, 2003; Bateman, Berman, Riley & Leffert, 2010).

Duas abordagens são propostas para esta fase do trabalho de parto, a ativa, onde se previnem as complicações, e a passiva onde se interfere apenas se surgirem complicações (Walsh, 2007). Estimou-se uma prevalência de HPP no mundo de 6% (Carroli, Cuesta, Abalos & Gulmezoglu, 2008) e com base na sua magnitude e consequências têm sido sugeridas medidas globais preventivas. A conduta ativa no 3.º estadió do trabalho de parto inclui: administração profilática de fármacos uterotônicos, corte precoce do cordão umbilical, tração controlada do cordão e massagem uterina. Segundo a revisão de Begley, Gyte, Devane, McGuire, e Weeks (2011) em que estavam incluídos 7 ensaios (8247 puérperas), concluiu-se que a conduta ativa diminui o risco de HPP, contudo foram identificados efeitos adversos.

Na revisão sistemática de McDonald, Middleton, Dowswell e Morris (2013) “Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes”, em que se analisaram 15 estudos (3911 puérperas e recém-nascidos), concluiu-se que a clampagem do cordão umbilical 2 a 3 minutos após o parto não aumenta o risco de hemorragia pós-parto, e provoca um aumento da reserva de ferro e da concentração de hemoglobina nos primeiros dias de vida do recém-nascido.

Com base nas evidências científicas e nas recomendações da OMS (2012), os procedimentos mais seguros no sentido de prevenir a hemorragia pós-parto são: administrar ocitocina 10 ui IM/EV, clampar e cortar tardiamente o cordão umbilical, realizar tração controlada do cordão umbilical, e não realizar massagem uterina, desde que não haja evidência de hemorragia.

Contudo algumas mulheres e profissionais preferem a atitude expectante nesta etapa do trabalho de parto, em que é vista como uma abordagem mais fisiológica e menos intervencionista, e evita procedimentos desconfortáveis logo após o nascimento, momento em que a mãe pretende concentrar-se no bebé (Mshweshwe, Hofmeyr & Gulmezoglu, 2009). Nestas situações é importante apoiar uma escolha informada e intervir em situações de sinais ou sintomas de hemorragia e/ou duração da expulsão da placenta superior a 1 hora.

As conclusões destes e de outros estudos, e as orientações de organizações internacionais e nacionais foram de grande interesse, na medida em que apoiaram as recomendações do manual elaborado.

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

A formação dos profissionais é essencial para viabilizar a implementação de propostas de humanização do parto. A formação passa não só pelo âmbito académico, como também pela formação contínua, com recurso a programas das instituições de saúde de forma a capacitar os profissionais a prestar cuidados centrados na qualidade das relações humanas, no uso racional de tecnologias e na satisfação e direitos das parturientes (Busanello, et al 2011).

Segundo Costa (2011) a formação em contexto de trabalho é ideal quando se pretende aprofundar conhecimentos, refletir sobre as práticas e desenvolver as competências pessoais. A formação em serviço não só gera consensos, como também promove a uniformização de procedimentos com importante visibilidade na prática de cuidados. A partilha do saber, o debate de ideias e a reflexão podem contribuir para a mudança e inovação das unidades de saúde (Santos, 2008).

É desta envolvência que se planeou uma sessão de formação no âmbito da formação em serviço, em que os destinatários eram os EESMO e a sua divulgação foi realizada através de:

- Folheto informativo afixado na sala de enfermagem do Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão (anexo A);
- Mensagem de texto enviada através do telemóvel para todos os contactos telefónicos dos EESMO do Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Para Marconi e Lakatos (2003) a formulação dos objectivos torna claro o problema, desenvolvendo os conhecimentos sobre o trabalho. Segundo Prodanov e Freitas (2013) é a definição exata e concisa do que se pretende com o trabalho.

4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Da observação das práticas efetuadas pelos profissionais no Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão, verifica-se a existência de diferentes procedimentos na vigilância do trabalho de parto não medicalizado. Foi proposta a elaboração desta Intervenção em Enfermagem, que pretende através de formação profissional, uniformizar os procedimentos da vigilância do parto natural assistido, indo também ao encontro das estratégias preconizadas pela OMS (1996) e pelas APEO e OE (2012).

Pensa-se que esta temática é um assunto pertinente na área da saúde materna e que os conhecimentos decorrentes deste processo trarão subsídios, para a melhoria dos cuidados prestados às utentes, especificamente na assistência ao parto. Para isso foram definidos como objetivos para esta intervenção de enfermagem:

Objetivo 1 – Proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância do parto natural assistido.

Análise reflexiva 1 – A definição de parto natural não é consensual. Para algumas pessoas o parto natural designa parto vaginal, para outras indica o parto sem intervenção médica, outras defendem que é quando a parturiente recusa analgesia epidural, e outras ainda acham que é parir de cócoras numa plantação de arroz e voltar de seguida para o trabalho. A realidade é que o parto natural pode ter significados diferentes para diferentes pessoas (Mallak, 2009). Na cultural ocidental o parto natural é uma questão de escolha, mas nos locais onde não existe fácil acesso à tecnologia o parto natural tem evidentemente outro sentido (MacDonald, 2011).

Neste trabalho utiliza-se o termo parto natural assistido, que é o parto vigiado por um profissional de saúde, que teve um início e progressão espontânea, culminando num nascimento também ele espontâneo (APEO & OE, 2012). De forma a promover uma outra alternativa ao parto tradicional e medicalizado é essencial a

existência de um documento que possa servir, ao profissional, de fonte de esclarecimento e permita organizar as suas atividades com maior competência, segurança e de forma sistematizada.

Objetivo 2 – Criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.

Análise reflexiva 2 – Um ambiente agradável e confortável para a parturiente propicia o seu maior controlo sobre o processo de parto, reduzindo a medicalização (Santos & Brusztyn, 2004). De forma a proporcionar maior bem-estar, segurança e menos *stress* aos utentes, os serviços de saúde deveriam oferecer conforto visual, temperatura, iluminação e espaço adequados (Cunha, 2004).

Acredita-se que as características físicas de uma sala de partos, com uma atmosfera acolhedora e relaxante, podem apoiar um nascimento natural (Clarke, Bowcock & Gales, 2007). O Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão tem corredores de circulação amplos, com janelas para o exterior, no entanto as salas de parto são semelhantes às salas cirúrgicas. Foi neste contexto que surgiu o propósito da transformação da sala de partos n.º5 do Bloco de Partos numa sala com ambiente alegre, diferente da aparência de uma sala cirúrgica.

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Para atingir o sucesso de projectos desta natureza é primordial o envolvimento e a adesão de toda a equipa de trabalho. Para tal foram definidos os objetivos a atingir com os EESMO do Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão:

- Sensibilizar os profissionais para o parto natural assistido;
- Reforçar a importância da autonomia da mulher no parto;
- Orientar procedimentos da vigilância de trabalho de parto de baixo risco obstétrico das parturientes que desejam um parto natural.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

As intervenções realizadas deram resposta aos objetivos delineados que decorreram em diferentes etapas e vão ser alvo de um critério reflexivo.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Sabia-se que uma intervenção num assunto tão complexo e multifatorial, como a alternativa hospitalar ao parto tradicional e medicalizado, exigiria esforço, empenho, coragem e até audácia para o pôr em prática.

5.1.1. Fase de Projeto

Objetivo – Obter parecer favorável para a realização do projeto no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Considera-se que as reuniões formais com o Diretor de Serviço, Enfermeiras Diretora e Chefe contribuíram para a celeridade na obtenção do parecer favorável da Direção do CHBA para a realização do projeto (Anexo B). Pensa-se que a divulgação do projeto efetuada pessoalmente com os intervenientes possa ter realçado a consciencialização do seu interesse e utilidade e favorecido o seu parecer positivo.

5.1.2. Fase de Intervenção

Objetivo – Proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância do parto natural assistido.

Foi elaborado um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância do parto natural assistido designado “Manual de procedimentos do parto natural assistido” (Anexo C). Para tal foi efetuada uma extensa pesquisa bibliográfica sobre a temática em que as fontes de informação da pesquisa foram:

- Literatura científica especializada, em vários formatos como artigos científicos, teses, dissertações e livros. Esta literatura expõe os trabalhos científicos dos pesquisadores (Mueller, 2003b).

- Organizações profissionais, como a American College of Nurse-Midwives, Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Ordem dos Enfermeiros, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, entre outras. Este tipo de organizações tem o foco de interesse numa área de conhecimento e estimulam o aperfeiçoamento profissional (Campello, 2003b).
- Organizações internacionais, como a Organização Mundial de Saúde. Esta fonte de informação é muito importante uma vez que reúne entidades de vários países e produzem uma grande variedade de informação face às suas actividades (Campello, 2003b).
- Organizações governamentais, como a Direcção Geral da Saúde e National Institute for Health and Care Excellence. Estas divulgam documentos de forma a orientar a atuação de um determinado público (Vergueiro, 2003).

Os conteúdos do manual foram debatidos junto dos colaboradores deste documento: o Obstetra/Ginecologista diretor do serviço, a Enfermeira Chefe do serviço e o Anestesiologista responsável nesta área. Foram efetuadas várias reuniões com o intuito de promover consensos baseados em evidências científicas e consequentemente recomendações para a prática de cuidados. As reuniões efectuaram-se de acordo com o decorrer da pesquisa bibliográfica da autora, e a disponibilidades dos colaboradores. As temáticas em discussão foram os procedimentos na vigilância do trabalho de parto.

Ficou acordado que não se abordariam os procedimentos imediatos ao recém-nascido, uma vez que constam da Norma n.º4/X/E/BP – Cuidados imediatos ao recém-nascido na Sala de Partos e Bloco Operatório de Ginecologia/Obstetrícia (Anexo D), elaborada a 18/07/2012. Esta norma está de acordo com a política de protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno da “Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés”, que o CHA – Hospital de Portimão é certificado.

Na primeira reunião ficaram estabelecidos critérios de exclusão das parturientes, uma vez que existem circunstâncias médicas e condições diversas que indicam um risco aumentado para situações adversas no parto. Estas situações necessitam de uma rígida vigilância, impossibilitando deste modo o parto natural assistido. Os critérios de exclusão foram determinados considerando as situações que o Prof. Dr. Ayres de Campos (2008) designou de factores de risco para o trabalho de parto.

Outra das intervenções foi uma sessão de formação para os EESMO, no âmbito da formação em serviço com os seguintes objetivos:

- Sensibilizar os enfermeiros para o parto natural assistido;
- Reforçar a importância da autonomia da mulher no parto;
- Divulgar o manual de procedimentos do parto natural assistido;
- Analisar e debater o conteúdo do manual;
- Obter sugestões de melhoria relativas aos procedimentos.

Nesta actividade formativa foi promovido o debate e os EESMO puderam expor as suas dúvidas e receios. Uma recomendação em que houve controvérsia foi o posicionamento durante o período expulsivo. A maioria dos profissionais verbalizou não se sentirem seguros em assistir a partos em posições verticais, uma vez que a formação académica e a experiência profissional se cingiram somente à posição supina.

Em revisões sistemáticas evidenciou-se que qualquer posição vertical ou lateral em relação à posição supina ou litotomia, por um lado reduz a duração e a dor do 2.º estadio do trabalho de parto, a utilização de episiotomia, os partos instrumentados e a percentagem de padrões anómalos da frequência cardíaca fetal (Gupta & Hofmeyr, 2004, Park, Hwang, Choi & Kang, 2012), por outro lado aumenta o risco de laceração de segundo grau e de perda sanguínea (Gupta & Hofmeyr, 2004).

Os dados de um estudo em Viena (Bodner-Adler, *et al.*, 2003) indicaram que o parto numa posição vertical está associado a efeitos benéficos, como uma menor taxa de episiotomia, e uma redução do uso de analgesia e ocitocina. As evidências científicas não justificam a utilização rotineira da posição supina durante o segundo estágio do trabalho de parto. Na opinião dos vários autores supracitados e segundo as recomendações da OMS (1996) as mulheres devem ser desaconselhadas a permanecer em decúbito dorsal por períodos prolongados e encorajadas a assumir uma posição que lhes seja confortável durante o parto.

A posição de litotomia surgiu para beneficiar o trabalho dos profissionais de saúde e mesmo com evidências científicas a desaconselhar essa posição por rotina, continua a ser a mais utilizada nas maternidades dos países ocidentais (Racinet, Bremont & Lucas, 2008), inclusivamente no Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão. Segundo APEO e FAME (2009) é necessário que os profissionais tenham

formação específica para assistir a partos em diferentes posições. A enfermeira chefe, actual responsável do Departamento de Saúde Materno-Infantil esclareceu que o hospital actualmente não pretende contribuir financeiramente para estágios ou cursos profissionais e recomendou que só os EESMO que sentissem segurança é que deveriam assistir ao partos em posições não supina.

Foi efectuada uma comunicação a convite da comissão organizadora das III Jornadas de Saúde Materno-Infantil do CHA – Hospital de Portimão intituladas «Desafio nas Competências... Início de Novos Tempos». A comunicação apresentada enquadrava-se na mesa sob o tema «Vigilância na gravidez: valorizar competências» e permitiu divulgar o projecto de intervenção não só aos 5 EESMO que não tiveram oportunidade de estar presentes na formação em serviço, como também a outros enfermeiros e classes profissionais presentes.

O novo modelo de cuidados de saúde que o século XXI testemunha, centrado na promoção de saúde, focado na humanização, autonomia e qualidade de vida dos utentes, exige naturalmente uma mudança na arquitetura hospitalar (Santos & Brusztyn, 2004). Um pouco por todo o mundo têm surgido, em alternativa às maternidades convencionais, espaços institucionais que valorizam a desmedicalização do parto, com ambientes familiares e acolhedores semelhantes ao doméstico (Hodnett, Downe & Walsh, 2012). Em Portugal o conceito de sala de parto natural é único no HSJ, e foi por este motivo que se realizou uma visita ao mesmo, uma vez que se tinha o intuito de criar uma sala semelhante. Qualquer visita a locais de interesse permite conhecer e explorar situações concretas do quotidiano com vista à formação profissional. A visita a um serviço de saúde de referência foi um cenário de aprendizagem que proporcionou uma visão mais global e distanciada do ambiente de trabalho.

Objetivo – Criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.

A remodelação da sala de partos exige um investimento monetário, e aquando da aprovação do projeto ficou explícito que não poderia envolver custos para o hospital, e por isso foi solicitada o patrocínio a uma empresa de mobiliário e decoração. Por sugestão da Enfermeira Diretora do CHBA, com vista à acessibilidade no contacto com a empresa, foi envolvido o Gabinete de Imagem e Comunicação do CHBA. Foi então enviada uma proposta de parceria por correio

eletrónico à Responsável pelo Gabinete de Comunicação Institucional e Sustentabilidade.

Uma vez que se aborda a decoração e o mobiliário surge a adequação dos mesmos à limpeza que qualquer unidade de saúde impõe. Em sala de partos existe uma grande exposição das superfícies a fluidos orgânicos sendo fundamental a sua fácil higienização. Foi neste sentido que se tornou pertinente uma reunião com a enfermeira do Núcleo Executivo da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar (CCIH).

5.2. METODOLOGIAS

Segundo Fortin (2003) a metodologia consiste na descrição das técnicas e métodos utilizado na investigação. Para a execução deste projeto de intervenção foram delineadas várias atividades com vista a atingir os objectivos traçados.

Objetivo – Proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância do parto natural assistido.

1. Pesquisa bibliográfica: período de execução – entre fevereiro a outubro de 2013.

A pesquisa teve várias fontes: literatura científica especializada, documentos de organizações profissionais, internacionais e governamentais. Foi efetuada a busca nas diversas bases de dados disponibilizadas na página da OE, tendo como descritores os diferentes procedimentos da vigilância do parto (natural birth, labor, oral nutrition, maternal position, labor pain, continuous support, cardiotocography, intermittent auscultation, vaginal examination, birthing position, pushing, episiotomy, third stage of labor, postpartum haemorrhage).

2. Reuniões com os colaboradores do manual: período de execução – entre maio e julho de 2013.

Paralelamente à pesquisa bibliográfica, as reuniões sucederam-se de acordo com a disponibilidade dos envolvidos. Os colaboradores são considerados os peritos da instituição nesta área de cuidados e contribuíram com a sua experiência e conhecimento. Foram promovidos momentos de reflexão conjunta e análise das práticas de cuidados. Em resultado, surgiram consensos para a vigilância do trabalho de parto natural assistido baseada em evidências.

3. Formação em serviço intitulada “Manual de procedimentos do parto natural assistido”: data de execução – 07/08/2013.

Para a realização da sessão de formação aos EESMO do Bloco de Partos de Portimão do CHA foi utilizada uma metodologia expositiva/participativa. Foram expostos os conteúdos propostos por meio de diapositivos (Anexo E) e no final apelou-se à reflexão coletiva e partilha de opiniões e sugestões.

4. Apresentação da Comunicação “Parto hospitalar...Outra perspectiva” nas III Jornadas de Saúde Materno-Infantil do CHA – Hospital de Portimão «Desafio nas Competências... Início de Novos Tempos»: data de execução – 24/10/2013.

A comunicação apresentada enquadrava-se na mesa sob o tema «Vigilância na gravidez: valorizar competências». Foram apresentadas as etapas deste projecto utilizando uma metodologia expositiva, com recurso a diapositivos (Anexo F).

Objetivo – Criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.

1. Visita ao HSJ: período de execução – 30 e 31/05/2013

Para colher os dados pretendidos no Bloco de Partos do HSJ foi elaborado um formulário usando as duas técnicas, a observação e a entrevista (Anexo G). O formulário é um instrumento que permite a obtenção de informação diretamente do entrevistado e/ou observação (Marconi & Lakatos, 2003). Na observação utilizam-se os sentidos para obter os conhecimentos necessários, enquanto na entrevista adquire-se informação de determinado assunto mediante uma conversação entre o investigador e o investigado (Gil, 2008). A visita teve como objetivos:

Objetivo A – Compreender a estrutura física e a dinâmica da sala para parto natural;

Objetivo B – Conhecer normas, protocolos e rotinas da vigilância do trabalho de parto de baixo risco obstétrico.

De forma a atingir o **objetivo A** foram planeadas as seguintes atividades:

- Observar a estrutura do espaço físico;
- Identificar os detalhes arquitetónicos da sala que proporcionam conforto visual, luminoso e acústico;
- Observar as características da cama, colchão e roupa de cama;
- Identificar os recursos da sala face às intercorrências do trabalho de parto;
- Perceber junto dos profissionais as dificuldades inerentes a esta sala.

De forma a atingir o **objetivo B** foram planeadas as seguintes atividades:

- Consulta e análise dos documentos referentes à sala de partos;
- Consulta de impressos em vigor;
- Observar as rotinas e a dinâmica da equipa multidisciplinar.

Os objetivos foram parcialmente atingidos, uma vez que as normas e os protocolos de utilização da sala de parto natural estão a ser elaborados por um grupo de trabalho e desta forma ter sido inexecutável a sua consulta.

2. Contacto com a empresa de mobiliário e decoração: período de execução – 20/06/2013 a 12/07/2013.

Este contato foi realizado através do Gabinete de Imagem e Comunicação do CHBA, uma vez que esta entidade é responsável na instituição por estabelecer comunicação com empresas e organizações. Foi enviada por correio electrónico uma proposta de parceria CHBA/IKEA® para a responsável do Gabinete de Comunicação e Sustentabilidade da empresa em questão. Nesta parceria propunha-se que a empresa criasse um ambiente confortável semelhante a um quarto de habitação, e a instituição hospital comprometia-se a convidar a comunicação social a visitar o espaço devidamente publicitado. Em resposta a proposta foi negada, justificando as inúmeras solicitações para participação em projectos.

3. Reunião com a enfermeira do Núcleo Executivo da CCIH do CHA – Hospital de Portimão: data de execução – 25/09/2013.

Esta reunião teve como objectivo perceber as exigências que o material de decoração e mobiliário teria que apresentar, para ir de encontro às boas práticas de prevenção e controlo de infeção. Uma vez que a sala de partos é um espaço que está exposto a muitos fluidos orgânicos, o material e equipamento presente deverá ser de fácil higienização.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Nesta secção vai reflectir-se sobre as estratégias accionadas para a implementação do projecto, de forma a constatar a sua eficácia e melhorar procedimentos futuros.

A estratégia de utilizar maioritariamente a pesquisa bibliográfica *on-line* evidenciou adequação ao contexto. Foi uma busca, através de bases de dados, de documentos de diversos tipos, nomeadamente artigos, livros, manuais, relatórios,

teses, dissertações, estudos de caso, entre outros, produzidos recentemente em todo o mundo, e que possuem relevante valor científico. Este acesso revelou-se rápido e fácil permitindo rentabilizar o tempo e reduzir os custos inerentes a possíveis deslocações.

A escolha dos profissionais para colaborar na elaboração do manual prendeu-se com o facto de serem as entidades máximas na sua área de atuação. Por um lado, foi benéfico uma vez que contribuíram com uma maior experiência e conhecimento, e facilitaram a adesão do projecto aos profissionais subordinados. Por outro lado, tornou-se desfavorável, uma vez que pelos vários cargos que ocupam, houve alguma falta de disponibilidade para se reunir, tendo por várias ocasiões efetuado remarcação das reuniões.

A formação dos profissionais de saúde é um pilar essencial para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, introduzir mudanças e actualização nos contextos de trabalho (Ministério de Saúde, 2010). A sensibilização dos enfermeiros EESMO (população-alvo) para a temática deste trabalho foi essencial para a concretização do projecto de intervenção. Pretendeu-se através da formação profissional, informar e também uniformizar procedimentos na vigilância do trabalho de parto. Pensa-se também que teria sido conveniente dividir a sessão em dois momentos, uma vez que houve muitos assuntos em debate, o que levou a se ter excedido o tempo programado.

Considerou-se oportuno o convite da Comissão Organizadora das III Jornadas de Saúde Materno-Infantil do CHA – Hospital de Portimão em apresentar uma comunicação, no sentido em que se divulgou o projecto actual não só aos diferentes profissionais presentes, como também aos EESMO que não estavam presentes na sessão de formação anteriormente efetuada.

A opção de realizar uma visita ao HSJ prendeu-se com o facto de ser a única instituição do país a ter um espaço reservado para partos naturais desde 2008. Esta visita foi muito vantajosa uma vez que permitiu compreender a estrutura física e a dinâmica da sala. Contudo teria sido pertinente a ida a uma instituição de um país estrangeiro em que a adesão das parturientes ao parto natural fosse maior.

Apesar da empresa de decoração e mobiliário ter recusado a parceria, considerou-se ter sido a escolha acertada, uma vez que é líder no mercado actual e tem prevista abertura de uma nova loja no Algarve. O facto de não se ter desenvolvido até à data novos contactos com outras empresas prendeu-se com a

instabilidade que o serviço de Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão está a vivenciar. As transferências de grávidas para o CHA – Hospital de Faro, que se têm tornado cada vez mais frequentes devido à falta de Obstetras e Pediatras, têm motivado rumores do seu encerramento na opinião pública. O Presidente do Conselho de Administração do CHA assume, no jornal de maior tiragem em Portugal, que apesar de não desejar o encerramento da maternidade de Portimão, não sabe como a vai manter aberta com apenas 6 Obstetras e 8 Pediatras (Eusébio, 2013). Face ao exposto parece-nos óbvio que as empresas de mobiliário não tenham interesse em investir nesta unidade hospitalar.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Para a concretização deste projeto, foram vários os recursos materiais e humanos envolvidos.

Recursos materiais:

- Computador pessoal;
- Livros;
- Impressora;
- Sala de reuniões equipada com cadeiras, mesa de apoio e televisão.

Recursos humanos:

- Anestesiologista Responsável pela Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão;
- Diretor dos serviços Obstetrícia, Ginecologia, Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão;
- Enfermeira Diretora do CHA – Hospital de Portimão;
- Enfermeira Chefe da Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão;
- Enfermeiros da Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do CHA – Hospital de Portimão;
- Enfermeira Chefe da Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do HSJ;
- Enfermeiros da Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do HSJ;
- Enfermeira do Núcleo Executivo da CCIH do CHA – Hospital de Portimão;
- Responsável pelo Gabinete de Imagem e Comunicação do CHBA;

- Secretária da Direção de Enfermagem do CHBA;
- Secretária da Direção de Enfermagem do HSJ.

5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Por ordem cronológica, segundo os objetivos propostos, são apresentadas as entidades envolvidas para a viabilização do projeto *Parto Hospitalar...Outra perspetiva*.

5.5.1 Fase de Projeto

Objectivo – Obter parecer favorável para a realização do projeto no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

- A 2 de abril de 2013 foi efetuado o pedido de autorização para o desenvolvimento do projeto no CHBA. O pedido foi direccionado à Enfermeira Diretora, que encaminhou para parecer aos Diretor de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, e Enfermeira Chefe do Bloco de Partos.
- A 4 de abril de 2013 foram realizadas 2 reuniões, uma com a enfermeira Diretora do CHBA, e outra com a Enfermeira Chefe e Diretor Clínico do Serviço, com o propósito de divulgar pessoalmente o projeto e os benefícios que se previam face à sua implementação.
- A 10 de abril o projeto foi aprovado.

5.5.2 Fase de Intervenção

Objectivo – Proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância do parto natural assistido.

- A 20 de maio foi efetuada uma reunião com a Enfermeira Chefe e o Diretor Clínico do Serviço no sentido de estabelecer critérios de exclusão para as parturientes.
- A 24 de junho foi efetuada uma reunião com o Diretor Clínico do Serviço no sentido de analisar alguns conteúdos do manual.
- A 2 de julho reunião com o Anestesiologista Responsável pela Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos, no sentido de analisar alguns conteúdos do manual.

- A 9 de julho reunião com a Enfermeira Chefe no sentido de discutir alguns conteúdos do manual.
- A 15 de julho foi efetuada uma reunião com o Diretor Clínico do Serviço no sentido de analisar os conteúdos do manual.
- A 22 de julho foi entregue o manual à Enfermeira Chefe e ao Diretor Clínico do Serviço, no sentido de efetuarem a revisão técnica do mesmo.
- A 7 de agosto foi efetuada uma sessão de formação aos enfermeiros do serviço de forma a reforçar a importância da autonomia da mulher no parto, divulgar o manual de procedimentos do parto natural assistido, analisar e debater o conteúdo do manual e obter sugestões de melhoria relativas aos procedimentos.
- A 10 de outubro foi entregue o manual com novas reformulações, ao Diretor Clínico do Serviço, no sentido de efetuar a revisão técnica do mesmo.
- A 21 de outubro foi entregue o documento final, ao Diretor Clínico do Serviço no sentido da aprovação do mesmo pelo Diretor do Departamento.
- A 24 de Outubro foi efetuada a comunicação “Parto hospitalar...Outra perspectiva” nas III Jornadas de Saúde Materno-Infantil do CHA – Hospital de Portimão.

Objetivo – Criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.

- A 18 de abril foi solicitado ao CHBA uma visita ao Bloco de Partos do HSJ (anexo H). Este pedido foi aceite e encaminhado pela secretária da Administração do CHBA para o HSJ.
- A 24 de abril foi autorizada a visita ao HSJ pelo CHBA e enviado através da Secretária da Direção de Enfermagem por correio à Enfermeira Diretora do HSJ.
- A 6 de maio, por se considerar longo o período de reposta, foi contactada via telefone a Secretária da Direção de Enfermagem do HSJ e reenviado, por correio eletrónico, o pedido de visita.
- Sucederam-se trocas de correspondência via eletrónica, entre as Secretárias das duas Direções de Enfermagem, no sentido de combinar a data da visita. A 22 de maio foram confirmados os dias da realização da visita.
- Nos dias 30 e 31 de maio foi realizada a visita ao Bloco de Partos do HSJ

- A 17 de junho foi efetuada uma reunião com a responsável pelo Gabinete de Imagem e Comunicação do CHBA.
- A 20 de junho, através do Gabinete de Imagem e Comunicação do CHBA foi solicitado, por correio eletrónico à empresa de mobiliário e decoração, uma parceria na transformação da sala de partos.
- A 12 de julho o pedido de parceria CHBA/IKEA® foi recusado.
- A 25 de setembro foi efetuada uma reunião com a enfermeira do Núcleo Executivo da CCIH.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Face à conjuntura económica actual das Unidades de Saúde, ficou implícito que para a aprovação do projecto pela Administração do CHBA, este teria que não representar custos para a Instituição, logo todos os gastos foram suportados pela autora.

Os maiores custos foram os inerentes à visita ao HSJ, que envolveu a viagem de avião e a estadia no Hotel. Outros gastos foram efetuados, como telefonemas e impressões do manual para os profissionais que realizaram a revisão.

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma inicialmente elaborado (Anexo I) foi sofrendo algumas adaptações no decorrer do projeto. O extravio do pedido de visita ao HSJ provocou um atraso notável nas estratégias planeadas. Da mesma forma a fusão das instituições CHBA e HF revelou-se prejudicial ao desenvolvimento do projeto.

Em Portugal, na última década, tem-se verificado alterações no modelo de gestão e organização do sistema de saúde, nomeadamente na estrutura hospitalar, consequência do actual contexto de contenção de gastos no sector da saúde. Com vista à racionalização dos seus recursos as fusões hospitalares têm assumido um papel fundamental (Azevedo, 2011).

Cada organização possui a sua identidade, com uma cultura organizacional própria. A cultura organizacional compreende os modelos, padrões, regras, atitudes e normas dos profissionais, com objetivos comuns. Quando surge uma nova entidade por fusão entre duas empresas, é comum existir inicialmente uma instabilidade cultural (Arisawa, 2007).

Desde os primeiros rumores sobre a possível fusão até à efetivação do processo de união das duas instituições, houve comentários na opinião pública da eventual perda de valências, nomeadamente do Bloco de Partos. Este cenário produziu uma desestabilização nos profissionais do serviço, inclusive nos membros da chefia e obviamente na autora deste projeto.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é uma importante etapa deste processo de intervenção, uma vez que tem a finalidade de melhorar e orientar o futuro (Simões, 2012). No decurso da intervenção os procedimentos foram sendo corrigidos, aperfeiçoados e ou alterados com vista a otimizar a prática e atingir os objectivos.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Foram estabelecidos objetivos que fossem simples e exequíveis, de forma a dar clareza essencial à proposta de intervenção profissional, e que fossem ao encontro das necessidades do grupo.

Objetivo – Proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância de trabalho de parto normal.

Foi elaborado o “Manual de vigilância do parto natural assistido” e aguarda a aprovação do recente Departamento de Saúde Materno-Infantil do CHA. A fusão dos Hospitais comprometeu de certa forma a aprovação do documento, uma vez que anteriormente esta seria da responsabilidade do Diretor de Serviço, o qual colaborou na sua elaboração, mas atualmente fica a cargo do Diretor do Departamento que tem a sua formação em Pediatria e não está familiarizado com a temática.

Objetivo – Criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.

Este objetivo não foi atingido, uma vez que a empresa de decoração e mobiliário recusou a proposta de parceria com o CHBA. No entanto, outros contactos com empresas locais estão planeados, quando existir maior solidez nas equipas de obstetras e pediatras da instituição.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Considera-se que a implementação do projeto foi bem-sucedida, mesmo com a consecução parcial dos objetivos inicialmente propostos. A criação deste manual foi uma iniciativa única em Portugal, que acarreta benefícios não só aos profissionais

que têm à sua disposição um documento orientador de cuidados baseados em evidências, como também às mulheres que lhes permite ter autonomia no seu parto e beneficiar desses mesmos cuidados.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Ao longo do percurso deste trabalho existiram momentos de avaliação intermédia com a orientadora do projeto, a Professora Doutora Ana Maria Aguiar Frias, a qual efetuou sugestões e apreciações essenciais ao progresso do projeto.

Houve necessidade, por sugestão do Diretor de Serviço, de submeter uma medida não delineada no início do projeto – o envolvimento do Anestesiologista Responsável pela Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos na elaboração do capítulo do manual relativo à ingestão oral em trabalho de parto.

Outra medida não planeada foi a reunião de consulta a um membro da CCIH, uma vez que surgiu a preocupação com a higienização da decoração e mobiliário.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Ao longo de todo o percurso interventivo foi-se adquirindo subsídios de forma a desenvolver uma das competências específicas do EESMO: cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto. A envolvimento deste trabalho direccionou-se para a garantia da autonomia da mulher, da qualidade das intervenções e da segurança do ambiente no parto. Atualmente, as mulheres estão mais esclarecidas sobre os prejuízos dos procedimentos interventivos durante o parto e cada vez mais ambicionam um parto natural, onde podem exercer a sua autonomia. Tornou-se relevante a elaboração do documento onde consta uma proposta de procedimentos na vigilância do parto natural assistido, baseado em evidências científicas recentes e recomendações de organizações nacionais e internacionais de referência.

Além das competências do EESMO, foram mobilizadas e adquiridas outras competências, nomeadamente na área da formação, ao assumir-se como facilitadora no processo de aprendizagem dos pares. Como demonstrado no enunciado do Regulamento n.º 122/2011, relativo às competências do enfermeiro especialista, a autora atuou como formadora oportuna em contexto de trabalho, promovendo a sensibilização dos EESMO para toda a temática envolvida e uniformização de procedimentos. Os indivíduos agem com competência, quando mobilizam capacidades face às situações imprevistas e complexas do dia-a-dia. De forma a responder com qualidade aos cuidados de saúde que presta, é exigido ao enfermeiro uma atualização de saberes, que são considerados o suporte das competências para o cuidar em enfermagem (Serrano, 2008).

Foram também mobilizadas competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da comunicação, na medida em que houve um desenvolvimento das habilidades para utilizar a tecnologia de informação disponível de forma eficaz e apropriada. Demonstrou-se uma evolução na pesquisa de documentos científicos nas bases de dados e selecção de documentos com valor científico relevante para a intervenção desenvolvida. Soares *et al.* (2013) considera que a habilidade da utilização de bases de dados de informação científica é essencial para os enfermeiros,

não só para a realização de trabalhos académicos, como também para responder às necessidades e problemas da prática do quotidiano.

No trajecto percorrido foram mobilizadas competências, agiu-se eficazmente com alicerces em conhecimento científico, que contribuíram para o crescimento profissional e pessoal. Valorizou-se a qualidade de cuidados, a formação e a comunicação como contributo para o desenvolvimento de enfermagem e como meio de aperfeiçoamento dos padrões de qualidade.

CONCLUSÃO

Este relatório constitui o culminar das experiências envolvidas na implementação do projeto **Parto Hospitalar...Outra perspetiva**.

Existe uma certa resistência por parte de alguns profissionais em aceitar o movimento a favor da realização do parto hospitalar mais natural ou normal. Segundo APEO e FAME (2009) esta resistência pode estar relacionada com dificuldades na prática do quotidiano, ou mesmo por hábito na assistência aos partos com ajuda de tecnologia. À luz destes factos tornou-se necessária a sensibilização dos enfermeiros para esta nova realidade e também uniformizar os procedimentos na vigilância do trabalho de parto natural.

O parto natural pode ter vários significados para diferentes pessoas, o importante é permitir que a grávida crie o seu próprio parto natural, com uma combinação de estratégias que melhor se adaptem a ela, com o objetivo de parir naturalmente (Mallak, 2009). Um nascimento natural pode ser promovido por um ambiente acolhedor e relaxante em conjunto com uma política de cuidados que o favoreçam (Clarke, Bowcock & Gales, 2007).

Terem plena autonomia no nascimento dos seus filhos é o que leva as mulheres, cada vez mais, a optarem pelo parto no domicílio, uma vez que os hospitais não respondem às suas necessidades e desejos (Jouhki, 2012). Contudo todos os profissionais de saúde têm o dever de respeitar o princípio ético da autonomia, pois o poder da tomada de decisão exercido pelo ser humano é um símbolo do direito moral e legal dos utentes, e deve ser isento de qualquer paternalismo, coação ou manipulação (Filipe, 2004).

O EESMO torna-se uma referência e mais-valia para a parturiente. Promover na parturiente o processo de reflexão, autonomia e tomada de decisão, suportada em escolhas informadas, é responsabilidade do enfermeiro que vigia o trabalho de parto. É essencial que a parturiente seja vista como uma parceira e que os cuidados sejam centralizados nela, com vista a melhorar a qualidade de cuidados. A autonomia das mulheres e os cuidados de saúde da área obstétrica devem estar intimamente ligados, fazer escolhas informadas sobre o nascimento é um marcador da “pessoa moderna” (MacDonald, 2011), sendo essencial que os profissionais revejam comportamentos mediante o fortalecimento do seu conhecimento.

Nesta busca para alcançar a excelência nos cuidados elaborou-se um manual para servir como fonte de esclarecimento e orientação dos procedimentos de enfermagem na sala de partos, o qual deu resposta ao objectivo delineado: **proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância do parto natural assistido.**

Foram realizados vários esforços no sentido de atingir o segundo objectivo: **criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.** A concretização deste objectivo estava em grande parte dependente do patrocínio de uma empresa de decoração e mobiliário. Uma vez que a empresa contactada recusou o pedido de parceria, foi comprometida a consecução do objectivo.

Outra limitação sentida durante este percurso de crescimento foi a fusão do HF e CHBA em CHA. Por um lado, provocou alterações estruturais de hierarquia, que estão a atrasar a aprovação do “Manual de Procedimentos no Parto Natural Assistido”, na medida em que o Diretor de Serviço deixou de ter autonomia para o fazer, e passou a ser da responsabilidade do Diretor do Departamento de Saúde Materno-Infantil, Pediatra do HF. Por outro lado, esta fusão criou uma certa desestabilização nos profissionais da instituição, inclusive na autora do trabalho, provocando algum desânimo, relacionado com a insegurança sentida. Este desânimo foi de certa maneira minimizado com a motivação incutida pela orientadora.

Um dos aspectos facilitadores neste percurso foi o acompanhamento contínuo da orientadora, com permanente disponibilidade dispensada em todas as situações. Os conhecimentos, a experiência, as críticas construtivas, as reflexões e as sugestões efetuadas foram determinantes para o desenvolvimento deste trabalho.

O apoio da Enfermeira Chefe foi decisivo para o sucesso da adesão e motivação dos EESMO relativamente ao projecto. O líder da equipa de enfermagem é o motivador da equipa e decisivo para a eficácia do serviço. Fradique (2013) considera o enfermeiro chefe, o elemento-chave no grupo de trabalho pois com os necessários estímulos pode contribuir para o melhor desempenho e colaboração dos enfermeiros.

Alguns médicos mais convencionais consideram ser a autoridade sobre os nascimentos, e defendem que as intervenções durante o parto e as cesarianas raramente são desnecessárias (Lee & Kirkman, 2008). A formação académica dos médicos é baseada no modelo biomédico, centrado na doença e não no sujeito

(Caprara & Rodrigues, 2004), e de uma forma são resistentes em adicionar propostas de humanização de cuidados à sua prática (Dias, 2006). Face ao exposto, entende-se que o envolvimento do Diretor de Serviço foi muito positivo, na medida em que demonstrou sempre apoio durante todo o percurso deste trabalho.

Perante a insegurança demonstrada por algumas EESMO em realizar partos em posições não supinas, surgiu a necessidade de formação prática nesta área. Uma vez que actualmente o CHA não financia cursos ou estágios profissionais, um pequeno grupo de profissionais demonstrou interesse em suportar os encargos dos mesmos, projecto esse que ficou a ser designado.

Espera-se que a experiência decorrente da aplicação deste Manual possa promover importantes ajustes ao longo do tempo, sobretudo levando-se em conta a autonomia da mulher e a intervenção no parto com indicação fundamentada, sendo esta evolução determinante para a modernização da obstetrícia em Portugal. Sem pretensões, sugere-se a publicação do manual para que outras instituições possam adoptar as orientações e recomendações propostas.

Para finalizar, pensa-se que os objetivos propostos para o documento foram atingidos, já que se procedeu à reflexão crítica de todo o percurso, contribuindo para a maturação das competências profissionais, que permitem a construção da identidade profissional e afirmação na profissão.

REFERÊNCIAS

- Abauzhar, C. (2003). Global burden of maternal death and disability. *British Medical Bulletin*, 67, 1-11.
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, National Association of Certified Professional Midwives. (2013). Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. *Journal of Perinatal Education*, 22(1), 14-18.
- APA (2006). Manual de estilo da APA: regras básicas/American Psychological Association (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed
- APEO & FAME (2009). *Iniciativa parto normal – documento de consenso*. Loures: Lusociência. (Obra original em espanhol 2007)
- Arisawa, A. (2007). *Análise da cultura organizacional após fusão de duas empresas* (Monografia de Licenciatura em Engenharia de Produção). São Paulo: Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.
- Ayres de Campos, D. (2008). Factores de risco para o trabalho de parto. In D. Ayres de Campos, N. Montenegro & T. Rodrigues (Eds.), *Protocolos de medicina materno-fetal* (2ª ed., pp. 161-162). Lisboa: Lidel.
- Azevedo, H. (2011). *Economias de escala em Centros Hospitalares*. Tese de mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Bateman, B., Berman, M., Riley, L., & Leffert, L. (2010). The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesthesia And Analgesia*, 110(5), 1368-1373.
- Begley, C., Gyte, G., Devane, D., McGuire, W., & Weeks, A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (11).
- Bitencourt, F. & Barroso-Krause, C. (2004). Centros de parto normal: componentes arquitectónicos de conforto e desconforto. *Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica*.
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P., & Mayerhofer, K. (2003). Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 115 (19-20), 720-723.

- Busanello, J., Kerber, N., Fernandes, G., Zacarias, C., Cappellaro, J., Silva, M. (2011). Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 10(1), 169-175.
- Campello, B. (2003b). Organizações como fonte de informação. In B. Campello, B. Cendón, & J. Kremer (Orgs.), *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais* (2.^a ed., 35-48). Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais.
- Campello, B. (2003a). Traduções. In B. Campello, B. Cendón, & J. Kremer (Orgs.), *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais* (2.^a ed., 129-137). Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais.
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.
- Carlsson, I., Ziegert, K., Sahlberg-Blom, E., & Nissen, E. (2012). Maintaining power: women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward. *Midwifery*, 28(1), 86-92.
- Carroli, G. & Mignini, L. (2012). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (11),
- Carroli, G., Cuesta, C., Abalos, E., & Gulmezoglu, A. (2008). Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22(6), 999-1012.
- Chopra, D., Simon, D., & Abrams, V. (2006). *Corpo mente e espírito na gravidez e no parto*. Queluz de Baixo: Editorial Presença.
- Clarke, P., Bowcock, M., & Gales, P. (2007). Development of an Integrated Care Pathway for natural birth. *British Journal Of Midwifery*, 15(1), 12-15.
- Costa, M. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Tese de doutoramento, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Cunha, L. (2004). A cor no ambiente hospitalar. *Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV Seminário de Engenharia Clínica*.
- Decreto-lei n.º 69/2013 de 17 de maio. *Diário de República n.º 95 – 1.ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Dias, M. (2006). *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no quotidiano de uma maternidade pública*. Tese de doutoramento, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, Brasil.

- Eusébio, J. (2013). Faltam médicos na maternidade de Portimão. *Correio da Manhã*, 22 de Novembro.
- Filipe, F. (2004). Autonomia e respeito. In M. Neves & S. Pacheco (Eds.), *Para uma ética da enfermagem – desafios* (pp. 236-248). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fradique, M. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45-53.
- Gil, A. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social (6.^a ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Graça, L. (2005). Episiotomia e lacerações perineais. In L. M. Graça (Eds.), *Medicina materno-fetal* (3.^a ed., pp. 666-675). Lisboa: Lidel.
- Gupta, J. & Hofmeyr, G. (2004). Position for women during second stage of labour. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1).
- Hodnett, E., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (8).
- INE (2011). Partos Segundo o local e residência. Lisboa: INE.
- Lee, A., & Kirkman, M. (2008). Disciplinary discourses: rates of cesarean section explained by medicine, midwifery, and feminism. *Health Care For Women International*, 29(5), 448-467.
- Mabuchi, A., & Fustinoni, S. (2008). O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 420-426.
- MacDonald, M. (2011). The cultural evolution of natural birth. *Lancet*, 378(9789), 394-395.
- Malacrida, C., & Boulton, T. (2014). The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health*, 18(1), 41-59.
- Mallak, J. (2009). Natural birth vs. birthing naturally. *International Journal Of Childbirth Education*, 24(3), 35.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). Técnicas de pesquisa (5.^a ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (7).

- Mendelson, C. (1946). The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *American Journal Obstetric and Gynecologic*, 52, 191-205.
- Ministério da Saúde (2010). A organização interna e a governação dos hospitais. Lisboa.
- Mshweshwe, N., Hofmeyr, G., & Gulmezoglu, A. (2009). Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4).
- Mueller, S. (2003a). O periódico científico. In B. Campello, B. Cendón, & J. Kremer (Orgs.), *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais* (2.^a ed., 73-96). Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais.
- Mueller, S. (2003b). A ciência, o sistema de comunicação científica e a literatura científica. In B. Campello, B. Cendón, & J. Kremer (Orgs.), *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais* (2.^a ed., 21-34). Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais.
- National Childbirth Trust, Royal College of Midwives & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007). *Making Normal Birth a Reality: Consensus Statement from the Maternity Care Working Party; our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth*. London: NCT.
- OE & APEO (2012). *Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2012). Recomendação 1/2012: Informação/recomendações à grávida/casal sobre o local do parto, tipo de parto e nascimento dos seus filhos. *Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
- OMS (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: OMS.
- OMS (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: OMS.
- Park, S., Hwang, J., Choi, Y., & Kang, C. (2012). Effect of Postpartum Outcomes in Mother's Upright Position During the Second Stage of Labor: Systematic Review. *Korean Journal Of Women Health Nursing*, 18(3), 209-222.
- Parsons, M., & Nagy, S. (2006). Anaesthetists' perspective on oral intake for women in labour. *British Journal Of Midwifery*, 14(8), 488-491.

- Prodanov, C., & Freitas, E. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos etécnicas da pesquisa e do trabalho académico (2.^a ed.). Novo Hamburgo: Editora Feevale
- Racinet, C., Brement, S. & Lucas, C. (2008). Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – TOME XXXII, *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français*, Paris.
- Ramalho, A. (2011). *Trabalho de parto no hospital – a experiência de sentir-se respeitada*. Coimbra: Formasau.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35 – 2.ª série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35 – 2.ª série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Ordem dos Enfermeiros.
- Rogers, C., Harman, J., & Selo-Ojeme, D. (2011). Perceptions of birth in a stand-alone centre compared to other options. *British Journal Of Midwifery*, 19(4), 237-244.
- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Tese de mestrado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- Santos, M. & Brusztyn, I. (2004). *Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares*. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio.
- Santos, M. (2012). *Nascer em casa – a desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português*. Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Sardo, D. (2009). Apresentação. In APEO & FAME. *Iniciativa parto normal – documento de consenso*. Loures: Lusociência. (Obra original em espanhol 2007)
- Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

- Silva, R. Soares, M., Muniz, R., Andrade, F., Torres, A., & Gomes, V. (2011). A concepção dos profissionais de saúde sobre o parto humanizado na adolescência. *Enfermeria Global*, 24, 342-352.
- Simões, A. (2012). *Projecto de intervenção em saúde comunitária: “Bem nascer, melhor crescer”*. Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal.
- Singata, M., Tranmer, J. & Gyte, G. (2012). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (11).
- Smeenk, A., & ten Have, H. (2003). Medicalization and obstetric care: an analysis of developments in Dutch midwifery. *Medicine, Health Care, And Philosophy*, 6(2), 153-165
- Soares, H., Pereira, S., Neves, A., Gomes, A., Teixeira, B., Oliveira, C., Sousa, F., Tavares, M., Tavares, P., Dutra, R., & Pereira, H. (2013). Projeto Evidência: investigação e formação sobre acesso a bases de dados de informação científica nos Açores. *Revista Escola de Enfermagem USF*, 47(2):486-93
- Sodré, T., Merighi, M., & Bonadio, I. (2012). Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 11, 115-120.
- Tornquist, C. (2002). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 483-492.
- Vergueiro, W. (2003). Publicações governamentais. In B. Campello, B. Cendón, & J. Kremer (Orgs.), *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais* (2.^a ed., 111-120). Belo Horizonte: Editora Universidade Federal de Minas Gerais.
- Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth – a guide for midwives*. London: Routledge
- Wolff, L., & Moura, M. (2004). A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 8(2), 279-285.

ANEXOS

ANEXO A – FOLHETO INFORMATIVO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO



FORMAÇÃO EM SERVIÇO

***MANUAL DE PROCEDIMENTOS
DO PARTO NATURAL ASSISTIDO***

FORMADORA:

Rita Grilo

DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros

Especialistas em Saúde

Materna e Obstetrícia

LOCAL:

SALA DE REUNIÕES DO PISO 2

DIA 07/08/2013

ÀS 14H30



**ANEXO B – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO
PROJETO DE MESTRADO**

CHBACentro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
PORTIMÃO · LAGOS**COMUNICAÇÃO INTERNA**

Data: 02/04/2013

DESPACHO

Autorizado

10/04/13*Considera-se
um mais valia
a aprovação deste
projecto e não
acarreta custos
para a instituição**Paula Franco*Enf.ª Paula Franco
Enfermeira Direc.
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio**De:** Enf.ª Ana Rita Calvinha Grilo – Bloco de Partos**Para:** Enf.ª Directora do CHBA**C/c:** Exma. Sr.ª Enf.ª Chefe Adelaide Medinas

Exmo. Sr. Enf.º Supervisor António Santos

Exmo. Sr. Diretor do Serviço Fernando Guerreiro

Assunto: Pedido de aprovação de projecto no âmbito do
Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde
Materna e Obstétrica

Exma. Sr.ª Enf.ª Directora do CHBA

Eu, Ana Rita Calvinha Grilo, enfermeira graduada com o nº mecanográfico 90246, a exercer funções no Bloco de Partos, vem solicitar aprovação de projecto para a implementação do projecto **“Parto hospitalar... Outra perspectiva”** no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, de forma a cumprir os objectivos do mesmo.

Envio em anexo o resumo e cronograma de actividades do projecto (5 folhas).

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
Unidade Hospitalar de Portimão

ENTRADA	02/04/2013	12300
<input type="checkbox"/>	Comissão de Administração	<input type="checkbox"/> Aproveitamento
<input type="checkbox"/>	Presidente da C.A.	<input type="checkbox"/> Contab./ Tesouraria
<input type="checkbox"/>	Director Clínico	<input type="checkbox"/> Contencioso
<input checked="" type="checkbox"/>	Director de Partos	<input type="checkbox"/> Gest. Rec. Humanos
<input type="checkbox"/>	Dir. Hosp.	<input type="checkbox"/> Serviço de Doentes
<input type="checkbox"/>	Dir. Finanças	<input type="checkbox"/> Serv. Inst. Equipam.
<input type="checkbox"/>	Dir. Planeamento	<input type="checkbox"/> Serv. Cont. Cred. Fac.

Portimão, 02 de Abril de 2013

Pede Deferimento

Ana Rita Calvinha Grilo

**ANEXO C – MANUAL DE PROCEDIMENTOS DO PARTO NATURAL
ASSISTIDO**



Manual de Procedimentos do Parto Natural Assistido



Manual de Procedimentos do Parto Natural Assistido



FICHA TÉCNICA

Título

- Manual de procedimentos do parto natural assistido

Autora

- Rita Grilo
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Enfermeira Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Portimão

Coordenação

- Ana Maria Aguiar Frias
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Doutora em Psicologia
Professora na Escola superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora

Colaboradores

- Adelaide Medinas
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Enfermeira Chefe Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos, e Responsável do Departamento de Saúde Materno-Infantil do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Portimão
- Fernando Guerreiro
Ginecologista/Obstetra
Director dos Serviços Ginecologia, Obstetrícia e Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Portimão
- José Augusto Fial
Anestesiologista
Anestesiologista Responsável pela Urgência Obstétrica/Ginecológica e Bloco de Partos do Centro Hospitalar do Algarve – Hospital de Portimão

Design Gráfico

- Vanessa Pedroso

Ano de Edição

- 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA O PARTO NATURAL ASSISTIDO	8
PROCEDIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO	11
INGESTÃO ORAL	11
MOVIMENTAÇÃO/DEAMBULAÇÃO	12
ALÍVIO DA DOR EM TRABALHO DE PARTO	12
Apoio contínuo	13
Estimulação nervosa elétrica transcutânea	14
Massagem	14
Aromaterapia.....	14
Musicoterapia.....	15
Hidroterapia.....	15
Aplicação de calor e frio superficial.....	15
Relaxamento.....	15
Técnicas respiratórias.....	16
AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL	16
Avaliação do líquido amniótico	17
Auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal.....	17
Cardiotocografia	17
MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO	18
PROCEDIMENTOS NO 2.º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO	19
Posicionamento	19
Esforços expulsivos.....	21
Episiotomia	22
PROCEDIMENTOS NO 3.º ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO	23
QUADRO RESUMO	27
REFERÊNCIAS.....	28

INTRODUÇÃO

O parto tem um significado emocional fundamental na vida de uma mulher e deverá ser uma experiência encarada com serenidade e alegria (Kitzinger, 1995).

O avanço na área da obstetrícia, visível nas últimas décadas, deveu-se muito à institucionalização do parto. Permitiu aos profissionais de saúde detetar e tratar complicações nas grávidas e puérperas, de tal forma que as taxas de morbilidade e mortalidade materna e neonatal desceram consideravelmente. No entanto as práticas obstétricas interventivas generalizaram-se, mesmo às parturientes de baixo risco obstétrico (Gomes, 2011).

A medicina deixou de contemplar o parto como um evento fisiológico, e passou a considerá-lo um evento patológico, que necessita de intervenção medicamentosa e/ou cirúrgica (Crizóstomo, Nery & Luz, 2007). Por um lado, o parto hospitalar deve ser seguro e proporcionar a cada mulher os benefícios dos avanços científicos. Mas por outro, deve permitir e estimular a participação informada da mulher, concedendo-lhe a sua autonomia em todo o processo de nascimento (Wolff & Moura, 2004).

Já em 1996 a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) publica um guia de práticas assistenciais de forma a recuperar o parto natural. Estas práticas visam desincentivar o parto medicalizado, considerado como artificial e violento, e incentivar medidas mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais (Tornquist, 2002).

O parto natural assistido é o parto vigiado por um profissional de saúde, que teve um início e progressão espontânea, culminando num nascimento também ele espontâneo (Direção Geral de Saúde, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Ordem dos Enfermeiros 2012).

Este manual é um instrumento de consulta e orientação para os profissionais, que estabelece critérios e procedimentos para a vigilância do trabalho de parto de baixo risco das parturientes que desejam ter um parto natural. É um documento que pretende centralizar os cuidados nas necessidades da mulher e que os procedimentos interventivos, habitualmente praticados rotineiramente, sejam aplicados com uma indicação fundamentada.

O manual não deve ser encarado como uma renúncia à tecnologia, mas como um guia capaz de proporcionar outra opção de nascimento, de forma a que a grávida de baixo risco obstétrico vivencie o seu parto de forma mais natural, num clima de confiança, intimidade e privacidade. Pretende-se oferecer um serviço que reserve à grávida o seu direito de parir em condições de segurança para si e para o seu filho, mas com a possibilidade de vivenciar este acontecimento com autonomia.

Terem plena autonomia no nascimento dos seus filhos é o que leva as mulheres, cada vez mais, a optarem pelo parto no domicílio, uma vez que os hospitais não respondem às suas necessidades e desejos (Jouhki, 2012). No entanto a autonomia é um dos princípios éticos que todos os profissionais de saúde têm obrigação de respeitar. O poder da tomada de decisão exercido pelo ser humano é um símbolo do direito moral e legal dos utentes, e deve ser isento de qualquer paternalismo, coação ou manipulação (Filipe, 2004).

Os dados de um estudo português revelaram que as utentes sentem falta de participação nas decisões médicas relativas ao parto (Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003). Neste contexto entende-se que é inevitável não só conceder autonomia às mulheres no parto hospitalar, como também permitir que a mulher vivencie o seu parto, como um acontecimento dela, diminuindo as intervenções invasivas.

Todo o trabalho contemplado neste documento visa dois objetivos estratégicos:

- Servir de guia de consulta, orientação e tomada de decisão para os profissionais de saúde que vigiam o trabalho de parto das parturientes que desejam um parto natural;
- Permitir que as mulheres exerçam o seu direito de decidir sobre a sua experiência de parto.

Em linguagem simples e objetiva, os profissionais de saúde irão encontrar orientações relevantes que possibilitarão cuidados qualificados e seguros à parturiente.

Um ponto de partida para um parto seguro é a avaliação de risco. No momento da admissão à sala de partos, recolhe-se uma série de informações que permitem identificar se a parturiente tem fatores de risco que a impossibilitem de ter um parto natural assistido. Depois de estabelecer os critérios de exclusão das parturientes, vão-

se abordar os procedimentos durante o trabalho de parto, fazendo-se recomendações com base em evidências científicas.

Também houve a preocupação de seguir e adaptar às recomendações propostas as orientações de instituições e organizações de referência, tais como: American College of Nurse-Midwives, American College of Obstetricians and Gynecologists, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), Direção Geral de Saúde, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Organização Mundial de Saúde (OMS), Ordem dos Enfermeiros (OE) e Royal College of Obstetricians and Gynecologists.

Espera-se que este manual proporcione a todos os profissionais subsídios para melhorar os cuidados, de forma a garantir qualidade no nascimento e segurança no parto, pois o objetivo maior é saúde sem prejuízo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA O PARTO NATURAL ASSISTIDO

Existem circunstâncias médicas e condições diversas que indicam um risco aumentado para situações adversas no parto, que necessitam de uma rígida vigilância, impossibilitando deste modo o parto natural assistido.

Os critérios de exclusão foram estabelecidos considerando as situações que o Prof. Dr. Ayres de Campos (2008) designou de factores de risco para o trabalho de parto¹:

Fatores sociais

- Gravidez insuficientemente vigiada (menos de 3 consultas pré-natais);
- Hábitos alcoólicos moderados ou intensos durante a gravidez;
- Toxicodependentes.

Doença materna

- Doença cardíaca;
- Doença renal crónica;
- Doença hematológica: anemia grave, tromboembolismo, púrpura trombocitopenia idiopática;
- Doença neurológica: epilepsia, miastenia *gravis*;
- Alterações do comportamento, patologia psiquiátrica ou antecedentes de psicose puerperal;
- Asma brônquica ou outra patologia pulmonar grave;
- Diabetes gestacional, diabetes *mellitus* ou outra patologia endócrina (nomeadamente doença de Cushing, hipo-hipertiroidismo);
- Lupus eritematoso disseminado;

¹Ayres de Campos, D. (2008). Factores de risco para o trabalho de parto. In D. Ayres de Campos, N. Montenegro & T. Rodrigues (Eds.), *Protocolos de medicina materno-fetal* (2ª ed., pp. 161-162). Lisboa: Lidel.

- Malformações uterinas e/ou cirurgia uterina ginecológica prévia;
- Portadoras de VIH, infeção na gravidez por toxoplasmose, rubéola, ou sífilis;
- Outras patologias maternas crónicas e/ou graves.

Patologia diagnosticada na gravidez atual

- Alterações do ritmo cardíaco fetal;
- Malformação fetal condicionando o risco de hipoxia durante o trabalho de parto;
- Restrição do crescimento fetal;
- Doença hemolítica fetal;
- Doença hipertensiva da gravidez (hipertensão gestacional, pré-eclampsia, eclampsia);
- Gravidez múltipla;
- Placenta prévia;
- Alterações do líquido amniótico (oligoâmnio e hidrâmnio);
- Colestase gravídica.

Antecedentes obstétricos

- Último parto por cesariana;
- Antecedentes de morte fetal;
- Filho com sequela grave da gravidez ou parto.

Achados na admissão ou ocorridos durante o trabalho de parto

- Gestação com menos de 36 semanas;
- Gravidez mal datada ou de tempo indeterminado (última menstruação desconhecida e sem datação ecográfica anterior às 20 semanas);

- Pressão arterial sistólica > 150 mmHg e/ou diastólica > 90 mmHg;
- Aumento de peso durante a gravidez superior a 20 kg ou obesidade mórbida;
- Temperatura axilar/auricular superior a 38°C;
- Hemorragia genital moderada ou grave;
- Apresentação pélvica ou de face;
- Rotura de membranas superior a 12 horas;
- Bacia marcadamente assimétrica ou bacia limite;
- Suspeita de macrossomia fetal;
- Cardiotocografia não normal;
- Líquido amniótico com mecônio espesso.

PROCEDIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

INGESTÃO ORAL

A restrição de ingestão oral durante o trabalho de parto surgiu numa pesquisa efetuada nos anos 40 em que se demonstrou que as consequências da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico nas parturientes são nefastas, sobretudo se houver risco da grávida ser submetida a cesariana (Mendelson, 1946), justificando desde então o jejum das grávidas durante o trabalho de parto.

A decisão dos anestesistas na restrição da ingestão oral não contribui para o melhor interesse das utentes uma vez que, por um lado nas últimas décadas o desenvolvimento da terapêutica e técnicas de anestesia obstétrica tem quase erradicado o Síndrome de Mendelson, e por outro não existe nenhuma pesquisa que apoie essa restrição na prevenção da aspiração (Parsons & Nagy, 2006). De facto o risco de aspiração de vômito, mesmo com jejum, tem sido motivo para que a anestesia obstétrica tenha privilegiado a utilização de técnicas loco-regionais, possibilitando a manutenção dos reflexos de defesa.

Numa fase em que vai ser necessário esforço muscular e grande disponibilidade de reservas energéticas, a ingestão oral à grávida em trabalho de parto, proporciona hidratação, nutrição e conforto, e ainda diminui o seu nível de stress (American College of Nurse-Midwives, 2008). Por este motivo a OMS (1996) sugere que não haja restrição de ingestão oral à parturiente de baixo risco obstétrico, uma vez que o trabalho de parto exige um enorme desgaste físico, com uma necessidade acrescida de energia, aconselhando a ingestão oral de líquidos e dieta ligeira. Uma recente revisão sistemática (Singata, Tranmer & Gyte, 2012) deixa inclusive a ideia de que não existe fundamentação científica para a restrição de líquidos e alimentos em parturientes de baixo risco obstétrico.

Fundamentada em evidências científicas, propõe-se a seguinte estratégia:

1 – FASE PASSIVA DO TRABALHO DE PARTO

- ✓ Ingestão de dieta ligeira (sopa, salada, bolachas, frutas, gelatina, líquidos)

2 – FASE ACTIVA DO TRABALHO DE PARTO

- ✓ Ingestão de dieta líquida (água, sumos, chás açucarados, bebidas isotónicas)

MOVIMENTAÇÃO/DEAMBULAÇÃO

A mudança de posição da parturiente altera as relações entre a gravidade, as contrações, o feto e a pelve da mulher, que pode estimular o progresso do trabalho de parto e minimizar a dor (Enkin et al, 2005). Estudos científicos corroboraram que a liberdade de movimentos e deambulação durante o trabalho de parto acarretam vários benefícios nomeadamente: na condução do trabalho de parto, no conforto da parturiente, nos resultados materno-fetais (*Mamede, Almeida & Clapis, 2004*), na redução da dor (Simkin & Bolding, 2004), e na satisfação da mulher com o parto (Miquelutti, Cecatti & Makuch 2007).

Numa revisão sistemática recente (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell & Styles, 2009) concluiu-se que a deambulação e a posição vertical no 1.º estágio do trabalho de parto reduz a duração do mesmo e não tem efeitos negativos sobre a parturiente e bem-estar fetal. Um estudo posterior (Regaya et al, 2010) revelou que as parturientes que deambularam tiveram menos dor, menos partos distócicos e complicações, sentiram-se mais confortáveis e os seus recém-nascidos tiveram índices de Apgar superiores.

Também a utilização da bola de partos se demonstrou benéfica, uma vez que reduz a intensidade de dor durante a fase ativa de trabalho (Gau, Chang, Tian & Lin, 2011).

Com base nas evidências científicas:

- ✓ Sugere-se que as parturientes de baixo risco tenham liberdade de movimentos e deambulem pelo serviço.

ALÍVIO DA DOR EM TRABALHO DE PARTO

Durante o trabalho de parto as mulheres experienciam um elevado nível de dor (Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais 2003), e essa dor é um dos fatores que contribui para uma experiência de parto negativa (Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson & Radestad, 2004).

As contrações uterinas, a dilatação do colo e a distensão do segmento inferior provocam as dores durante o 1.º estágio do trabalho de parto. No 2.º estágio a área de distribuição da dor repete-se, mas com o acréscimo da dor provocada pela compressão

da apresentação fetal sobre a estrutura pélvica, pela distensão do períneo e pela saída do feto (Brazão, 2005; Lowdermilk, 2008).

Ainda que a analgesia epidural seja o método mais eficaz no alívio da dor em trabalho de parto (Jones, *et al.* 2013), muitas mulheres preferem evitar os métodos farmacológicos. Essa opção está relacionada com a vontade de manter um controle pessoal, desejo de participar completamente da experiência de nascimento e preocupação com os efeitos adversos dos medicamentos e das técnicas (Enkin et al, 2005).

Concluiu-se que as mulheres subestimam a dor do trabalho de parto, sendo essencial possuírem uma informação realista sobre a dor e meios de lidar com ela (Frias & Franco, 2010; Lally, Murtagh, Macphail & Thomson, 2008).

A maioria dos métodos não-farmacológicos de controlo da dor não são invasivos e são seguros para a mãe e a criança.

Apoio contínuo

As parturientes evidenciam uma profunda necessidade de companheirismo, empatia e ajuda. O apoio físico, emocional e até mesmo informativo está positivamente relacionado com o bem-estar físico e mental da parturiente (Iliadou, 2012).

O apoio contínuo é um termo utilizado para descrever a presença de uma pessoa empática, que oferece suporte emocional, medidas de conforto, informações e intermediação para ajudar a mulher a ultrapassar as dificuldades do parto e nascimento. Essas acções podem aumentar a sensação de controlo e de competência das parturientes, e ajudar o desenvolvimento do processo fisiológico do trabalho de parto, reduzindo assim a necessidade de intervenções obstétricas (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2013).

O apoio durante o trabalho de parto pode ser prestado por profissionais de saúde, por indivíduos designados especificamente para oferecer apoio além da assistência clínica, ou pelo companheiro, familiares ou amigos da mulher. A característica central deste apoio é que a mulher deve estar sempre acompanhada, sendo mais do que a presença física, pressupõe incentivo verbal, medidas de conforto físico e emocional (Enkin et al, 2005).

O apoio contínuo contribui para o alívio da dor e a duração mais curta do trabalho de parto (Kamali, Tehran, Alizadeh & Jafari, 2010). Uma revisão sistemática recente (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2013) evidenciou que o apoio contínuo durante o trabalho de parto, para além das mulheres solicitarem menos analgesia e terem trabalhos de parto mais curtos, são menos propensas a partos instrumentados, cesarianas e a índices de Apgar dos recém-nascidos baixos.

Estimulação nervosa elétrica transcutânea

O aparelho de TENS envia impulsos elétricos suaves que vão bloquear os estímulos da dor e estimular a produção de endorfinas (Rodriguez, 2005). A utilização de TENS para o alívio da dor não é consensual para os diferentes autores, alguns descrevem que apresenta eficácia no alívio da dor (Dowswell, Bedwell, Lavander & James, 2011; Peng, Li, Zhou, Xiong, Kang & Cheng, 2010; Sartori, Vieira, Almeida, Bezerra & Martins, 2011) e outros o oposto (Mello, Nóbrega & Lemos, 2011). Contudo foi avaliada favoravelmente para as mulheres que a utilizaram (Dowswell, Bedwell, Lavander & James, 2011).

Massagem

A massagem estimula diferentes receptores sensoriais que reduzem os estímulos dolorosos (Enkin et al, 2005). Vários estudos demonstraram que a massagem é um método eficaz no alívio da dor em trabalho de parto (Chang, Chen & Huang, 2006, Gayeski, & Bruggemann, 2010; Mortazavi, Khaki, Moradi, Heidari & Vasegh Rahimparvar, 2012; Smith, Levett, Collins & Jones, 2012; Taghinejad, Delpisheh & Suhrabi, 2010). Também se evidenciou que diminui a ansiedade, aumenta o nível de satisfação das mulheres (Mortazavi, Khaki, Moradi, Heidari & Vasegh Rahimparvar, 2012) e melhora a sua experiência emocional com o parto (Smith, Levett, Collins & Jones, 2012).

Aromaterapia

A aromaterapia é um método cada vez mais utilizado, em que se utilizam as essências de plantas que se acredita ter efeitos relaxantes. Pode-se utilizar de várias formas, incluindo óleo durante a massagem, em compressas quentes para humedecer a face, vaporizadores, ou velas (Enkin et al, 2005). Há uma falta de estudos que avaliam o

papel da aromaterapia para o controlo da dor no trabalho de parto (Smith, Collins & Crowther, 2011). Contudo foi evidenciado que reduz o medo e a ansiedade durante o trabalho de parto (Gayeski & Bruggemann, 2010).

Musicoterapia

A música durante o trabalho de parto pode funcionar como estímulo para relaxamento e é uma medida a aplicar na redução da dor e ansiedade nas mulheres que estão na fase inicial do trabalho de parto (Liu, Chang & Chen, 2010).

Quando o casal escolhe uma música do seu agrado pode criar um ambiente relaxante (Ward & Hisley, 2009). Porém dados de uma recente revisão sistemática (Smith, Levett, Collins & Crowther, 2011) revelaram que este método não influencia a dor no trabalho de parto.

Hidroterapia

A hidroterapia é a utilização de água quente, sob a forma de banho de imersão ou de chuveiro, para promover conforto e relaxamento (Ward & Hisley, 2009). A hidroterapia revelou ser eficaz na redução da dor no parto (Simkin & O'Hara, 2002).

As mulheres que usufruem de banhos de chuveiro de água quente relatam menos dor e uma experiência mais positiva do parto (Lee, Liu, Lu & Gau, 2013).

Aplicação de calor e frio superficial

Este método consiste na aplicação de objetos quentes ou frios (toalhas húmidas, sacos de água quente, bolsas de gelo, entre outros), sobre os locais de dor, tendo um efeito direto sobre a perceção dessa dor (Ward & Hisley, 2009). As evidências demonstraram que as mulheres apresentam-se satisfeitas com a utilização deste método (Simkin & Bolding, 2004).

Relaxamento

Há experiências que provocam ansiedade na parturiente, que podem desenvolver uma cascata de eventos que aumentam a sensação de dor. É neste sentido que são utilizadas várias técnicas de relaxamento, para ajudar a diminuir a ansiedade durante o trabalho de parto (Ward & Hisley, 2009).

Dados de um estudo recente revelaram que o método de relaxamento pode contribuir para reduzir a dor, aumentar a satisfação com o alívio da dor e reduzir da taxa de parto vaginal instrumentado (Smith, Levett, Collins & Crowther, 2011).

Técnicas respiratórias

Existem várias técnicas respiratórias que podem ser utilizadas para promover distração, e por conseguinte diminuir a percepção de dor (Lowdermilk, 2008). Um estudo revelou que este método não contribuiu para a redução da dor, mas as mulheres mantiveram um nível menor de ansiedade (Almeida, Sousa, Bachion & Silveira, 2005).

Outros métodos não farmacológicos podem ser utilizados como acupuntura, hipnose, injeção intradérmica de água estéril, entre outros.

Embora as evidências científicas não corroborem que todas as estratégias não farmacológicas contribuem para o alívio da dor, outros benefícios na sua aplicação são demonstrados.

É importante adequar os métodos de alívio da dor aos desejos de cada mulher, às necessidades e circunstâncias do trabalho de parto. Sugere-se:

- ✓ Questionar na admissão da grávida à sala de partos o que pretende em termos de alívio da dor;
- ✓ Colaborar, sempre que possível, na utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- ✓ Sugerir, se necessário, outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor.

AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL

A avaliação intraparto do bem-estar fetal pode-se realizar através das características do líquido amniótico, da auscultação da FCF intermitente, da cardiotocografia (CTG) com ou sem sonda no escalpe fetal. O objetivo fundamental desta avaliação é prevenir a morbidade e mortalidade neonatal através da identificação de hipoxia fetal (Enkin et al, 2005).

Avaliação do líquido amniótico

A avaliação do líquido amniótico é essencial na determinação do bem-estar fetal, devendo-se:

- ✓ Registrar a hora da rotura de membranas e as características do líquido amniótico.

A presença de líquido amniótico meconial é um fator de risco da morte fetal intraparto (Brailovschi, Sheiner, Wiznitzer, Shahaf & Levy, 2012). Pode ser um sinal de sofrimento fetal, e se for espesso pode determinar o síndrome de aspiração meconial neonatal (Montenegro & Rezende, 2011).

Uma situação igualmente patológica é a presença de líquido amniótico hemático, que pode evidenciar um descolamento prematuro da placenta, quando o sangue penetra na cavidade amniótica por pressão sanguínea (Cardoso, 2005).

Auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal

A auscultação intermitente da frequência fetal deverá realizar-se com um doppler durante pelo menos 60 segundos e conforme o parecer da OE (2011), que segue a orientação da OMS (1996) e do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (2009):

- ✓ 1.º estadio do trabalho de parto – intervalo de 30 minutos;
- ✓ 2.º estadio do trabalho de parto – intervalo de 15 minutos.

A auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal é um procedimento que traz maior satisfação para as utentes, essencialmente pela liberdade de movimentos que possibilita, no entanto exige uma maior disponibilidade do profissional responsável pela parturiente (Goodwin, 2000).

Cardiotocografia

Não se encontra evidência científica do benefício da realização de CTG na admissão da grávida de baixo risco, e ainda aumenta a taxa de cesariana em 20% (Devane, Lator, Daly, McGuire & Smith, 2011), e portanto não é recomendado.

Segundo uma recente revisão sistemática (Alfirevic, Devane & Gyte, 2013) a realização de CTG contínuo em grávidas de baixo risco obstétrico, para além da redução dos índices de convulsões neonatais, não determina o decréscimo de índices de

mortalidade infantil, paralisia cerebral ou outras medidas padrão de bem-estar neonatal, por outro lado aumenta a taxa de cesarianas e partos instrumentados.

Deverá proceder-se a CTG contínuo nas seguintes situações:

- ✓ Alterações patológicas na ACF (bradicárdia ou taquicárdia);
- ✓ Presença de líquido amniótico meconial ou hemático;
- ✓ Perdas vaginais hemáticas;
- ✓ Febre materna;
- ✓ Falta de recursos humanos para a realização de auscultação intermitente.

MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A monitorização da progressão do trabalho de parto é essencial pois oferece garantias tanto para a parturiente como para os profissionais de saúde que o trabalho de parto está a evoluir fisiologicamente para o nascimento, ou por outro lado permite reconhecer o risco de progressão do trabalho de parto anormal (Dixon, & Foureur, 2010).

O toque vaginal é o método mais utilizado para a avaliação da progressão do trabalho de parto, permite (Montenegro & Rezende, 2011):

- Avaliar o colo relativamente ao apagamento, dilatação, orientação e consistência;
- Identificar a integridade das membranas;
- Reconhecer a apresentação fetal quanto à posição, variedade, altura e proporcionalidade em relação à bacia.

O toque vaginal é um procedimento que pode causar constrangimento, vulnerabilidade e mais dor durante o trabalho de parto, que muitas vezes já é um momento intensamente vulnerável e doloroso para as mulheres (Dixon & Foureur, 2010). Durante a avaliação vaginal, mesmo em condições estéreis, foi comprovado que os microorganismos da vagina são introduzidos no canal cervical (Imseis, Trout & Gabbe, 1999), aumentando o risco infeccioso materno e neonatal (Dixon, & Foureur, 2010). O toque vaginal deve-se reduzir ao mínimo necessário, pois é traumatizante

para os tecidos maternos, provoca edema do colo do útero e propicia a infecção ovular e da genitália (Montenegro & Rezende, 2011).

Não há informações baseadas em pesquisas que permitam fazer recomendações para o tempo e frequência das avaliações vaginais, no entanto parece sensato seguir as recomendações da OMS (1996):

- ✓ Ser efetuado preferencialmente pelo mesmo profissional,
- ✓ De 4 em 4 horas na 1.ª fase do trabalho de parto,
- ✓ Ou quando necessário, como por exemplo se a intensidade e frequência das contrações diminui ou a parturiente manifesta o desejo de realizar esforços expulsivos.

É importante informar as parturientes que a duração do trabalho de parto de uma primípara é em média 8 horas e não deverá ultrapassar as 18 horas, e numa múltipara é em média 5 horas e não deverá ultrapassar as 12 horas (NICE, 2007). Um trabalho de parto prolongado pode causar efeitos adversos, como a exaustão materna e asfixia neonatal (Enkin et al, 2005).

Considera-se um trabalho de parto prolongado quando se verificar uma das seguintes condições (NICE, 2007):

- ✓ Desaceleração na intensidade, duração e frequência das contrações;
- ✓ Dilatação cervical inferior a 2cm em 4 horas;
- ✓ Período expulsivo superior a 2 horas – Primípara;
- ✓ Período expulsivo superior a 1 hora – Múltipara.

Quando é determinado um trabalho de parto prolongado dever-se-á informar a equipa médica e conjuntamente ponderar uma atitude de acordo com a situação, como analgesia, amniotomia, perfusão de ocitocina, instrumentação do parto, entre outros procedimentos.

A posição de litotomia surgiu para beneficiar o trabalho dos profissionais de saúde e mesmo com evidências científicas a desaconselhar essa posição por rotina, continua a ser a mais utilizada nas maternidades dos países ocidentais (Racinet, Bremont & Lucas, 2008). Contudo sabe-se que uma posição de parto vertical expande significativamente

as dimensões ósseas da pelve feminina, sugerindo a facilitação do trabalho de parto (Michel, et al. 2002)

Em revisões sistemáticas evidenciou-se que qualquer posição vertical ou lateral em relação à posição supina ou litotomia, por um lado reduz a duração e a dor do 2.º estadio do trabalho de parto, a utilização de episiotomia, os partos instrumentados e a percentagem de padrões anómalos da frequência cardíaca fetal (Gupta & Hofmeyr, 2004, Park, Hwang, Choi & Kang, 2012), por outro lado aumenta o risco de laceração de segundo grau e de perda sanguínea (Gupta & Hofmeyr, 2004).

O parto na posição lateral pode originar um menor trauma perineal, quando comparado com o parto na posição de litotomia (Meyvis, et al., 2012), já a posição de cócoras numa cadeira de partos tem sido relatada como um fator de risco para as lacerações perineais de terceiro e quarto grau (Jander & Lyrenas, 2001).

Relativamente ao banco de partos, um estudo recente verificou que as mulheres podem beneficiar da sua utilização, sem risco de resultados obstétricos adversos (Thies-Lagergren, Kvist, Christensson & Hildingsson, 2012).

Os dados de um estudo em Viena (Bodner-Adler, Bodner, Kimberger, Lozanov, Husslein & Mayerhofer, 2003) indicaram que o parto numa posição vertical está associado a efeitos benéficos, como uma menor taxa de episiotomia, e uma redução do uso de analgesia e ocitocina.

O posicionamento da grávida nos 4 apoios (mãos Joelhos) reduz a dor lombar persistente quando a variedade fetal é occipitoposterior (Stremmler, Hodnett, Petryshen, Stevens, Weston & Willan, 2005) e está associada a uma experiência maternal mais favorável (Ragnar, Altman, Tydén & Olsson, 2006).

A posição de litotomia durante o período expulsivo conduz a várias desvantagens maternas e fetais (Walsh, 2007):

- Diminuição da oxigenação fetal resultante do síndrome de hipotensão supina, que pode aumentar os casos de padrões anómalos da frequência cardíaca fetal;
- Aumento da percentagem de partos instrumentados, episiotomia, necessidade de analgesia e ocitocina;
- Menor vontade materna em realizar esforços expulsivos;

- Diminuição dos diâmetros da bacia;
- Maior dor.

As evidências científicas não justificam a utilização rotineira da posição supina durante o segundo estágio do trabalho de parto. Na opinião dos vários autores supracitados e segundo as recomendações da OMS (1996):

- ✓ As mulheres devem ser desaconselhadas a permanecer em decúbito dorsal por períodos prolongados e encorajadas a assumir uma posição que lhes seja confortável durante o parto.

Esforços expulsivos

Durante o 2.º estágio do trabalho de parto, a apresentação fetal desce e provoca uma compressão na bexiga e no reto, originando um reflexo que provoca um forte impulso de “puxar” (Lemos, Amorim, Dornelas de Andrade, Souza, Cabral Filho & Correia, 2013).

Existem 2 tipos de esforços expulsivos (DiFranco, Romano & Keen, 2007; Enkin et al, 2005; Rouse, 2008):

- Esforços expulsivos espontâneos – que surgem em resposta a um impulso natural, durante aproximadamente 4 a 6 segundos, várias vezes na mesma contração e com a glote aberta;
- Esforços expulsivos dirigidos – que surgem por indicação do profissional de saúde em sustar prolongadamente a respiração, durante aproximadamente 10-30 segundos, com a glote fechada (manobra de Valsava).

No 2.º estágio do trabalho de parto tem-se tradicionalmente orientado as parturientes sobre como e quando realizar os esforços expulsivos com a manobra de Valsava (Chalk, 2004). No entanto não existem evidências que sustentem a manutenção desta prática (Lemos, Amorim, Dornelas de Andrade, Souza, Cabral Filho & Correia, 2013), uma vez que a interrupção da respiração materna pode comprometer a oxigenação fetal (Enkin et al, 2005).

Por outro lado foi demonstrado que, se as parturientes forem orientadas para realizarem esforços expulsivos espontaneamente, o 2.º estadio do trabalho de parto pode ser reduzido, sem intervenções, e com melhores resultados para o recém-nascido (Yildirim & Beji, 2008).

Não existem evidências que apoiem os esforços expulsivos dirigidos e alguns dados sugerem que se torna prejudicial, em alternativa propõe-se:

- ✓ Instrução às parturientes, por parte dos profissionais de saúde, no sentido de serem conduzidas pelos seus próprios impulsos de “puxar” durante o 2.º estadio de trabalho de parto.

Episiotomia

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em todo o mundo, que começou a ser introduzida na prática obstétrica, sem que houvesse indicações científicas da sua eficácia (Graça, 2005).

Constatou-se que a episiotomia é um fator de risco para as lacerações perineais graves (Steiner, Weintraub, Wiznitzer, Sergienko & Sheiner, 2012), pode ter efeitos negativos na vivência sexual das mulheres (Robledo, Madera, Pérez, Tobalina & Pérez, 2011), aumenta a dor perineal e o risco de incontinência urinária no 3.º mês pós-parto (Chang, Chen, Lin, Chao & Lai, 2011). Comprovou-se que a dor perineal da mulher submetida a episiotomia compromete as atividades essenciais nos primeiros dois dias pós-parto (Amorim, Vasconcellos, Silva, Santos, Nathalie & Riesco 2012).

Contrariamente ao que inicialmente foi indicada a episiotomia efetuada rotineiramente não protege contra a disfunção do pavimento pélvico, problemas de origem sexual ou incontinência urinária (Luque-Carro, Subirón-Valera, Sabater-Adán, Juste-Pina & Cruz-Guerreiro, 2011).

Numa revisão sistemática recente (Carroli & Mignini, 2012) concluiu-se que as políticas restritivas de episiotomia têm benefícios em comparação com as políticas baseadas em episiotomia de rotina. Há menos trauma perineal posterior, menos sutura e menos complicações na cicatrização, no entanto houve um aumento do risco de trauma perineal anterior, não considerado grave.

Numa publicação da OMS (Liljestrand, 2003) recomenda-se a utilização de episiotomia nas situações de mutilação genital feminina, pelo facto de limitar severamente a saída da vagina.

Baseando as práticas em evidências e segundo as orientações da OMS (1996), da NICE (2007) e do Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2012) propõe-se:

- ✓ Não praticar episiotomia rotineiramente;
- ✓ A realização de episiotomia deve estar limitada à suspeita de sofrimento fetal, de forma a abreviar o período expulsivo, e durante um parto instrumental.

PROCEDIMENTOS NO 3.º ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO

O foco dos cuidados após o parto pode naturalmente mudar para o recém-nascido, mas a vigilância materna é imprescindível (Burke, 2010). Os objetivos deste estadio são interferir o mínimo possível com os processos fisiológicos e o relacionamento entre a díade/tríade, e minimizar os efeitos adversos graves (Enkin et al, 2005).

Na terceira etapa do trabalho de parto ocorre perda de sangue devido à separação da placenta, sendo um período de risco, porque se o útero não contrair eficazmente provoca hemorragia, que pode pôr em risco a vida da mulher (Mshweshwe, Hofmeyr & Gulmezoglu, 2009).

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma complicação comum e está associada a uma substancial morbidade e mortalidade materna (Abauzhar, 2003; Bateman, Berman, Riley & Leffert, 2010). Numa revisão sistemática recente (Carroli, Cuesta, Abalos & Gulmezoglu, 2008) estimou-se uma prevalência de HPP no mundo de 6%. Com base na sua magnitude e consequências os autores sugerem medidas globais preventivas.

Duas abordagens são propostas para esta fase do trabalho de parto, a ativa, onde se previnem as complicações, e a passiva onde se interfere apenas se surgirem complicações (Walsh, 2007). A conduta ativa no 3.º estadio do trabalho de parto, que inclui administração profilática de fármacos uterotómicos, corte precoce do cordão umbilical, tração controlada do cordão e massagem uterina, reduz consideravelmente o risco de HPP (Begley, Gyte, Murphy, Devane, McDonald & McGuire, 2010).

Os fármacos uterotônicos são administrados logo após o nascimento de forma a estimular contrações uterinas, sendo a ocitocina a terapêutica de primeira escolha. A ocitocina administrada rotineiramente após o parto reduz a perda de sangue (Cotter, Ness & Tolosa, 2007) e desde que administrada via IM ou EV lenta tem efeitos secundários mínimos em relação ao misoprostol, que é mal tolerado pelas mulheres (Bellad, et al., 2012; Gulmezoglu, et al. 2001; Tunçalp, Hofmeyr & Gulmezoglu, 2012).

Numa revisão sistemática recente concluiu-se que a clampagem do cordão umbilical 2 a 3 minutos após o parto não aumenta o risco de hemorragia pós-parto, e provoca um aumento da reserva de ferro e da concentração de hemoglobina nos primeiros dias de vida do recém-nascido (McDonald, Middleton, Dowswell & Morris, 2013). Nos recém-nascidos pré-termo parece estar associada a uma menor necessidade de transfusão sanguínea, melhor estabilidade circulatória, e menor risco de hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante (Rabe, Diaz-Rossello, Duley & Dowswell, 2012).

A tração controlada do cordão destina-se a promover o descolamento da placenta e sua exteriorização, mas pode resultar numa inversão do útero, particularmente se é aplicada antes do útero contrair convenientemente (Mshweshwe, Hofmeyr & Gulmezoglu 2009). No entanto foi comprovado que pode reduzir a perda de sangue no pós-parto (Althabe, et al. 2009; Khan, John, Wani, Doherty & Sibai, 1997), e se utilizada em associação com a ocitocina reduz consideravelmente o risco de HPP, comparativamente à atitude passiva (Sheldon, Durocher, Winikoff, Blum & Trussell, 2013). O risco de inversão uterina pode ser eliminado se a técnica da tração for bem executada, com apoio ao útero na região suprapúbica e uma suave tração no cordão no sentido descendente, durante a contração (Burke, 2010; Maternal and Child Health Integrated Program, 2011).

A massagem uterina tem sido vulgarmente utilizada com a justificação que estimula a libertação de prostaglandinas endógenas que promovem as contrações uterinas. Todavia foi demonstrado que este procedimento quando utilizado em associação à administração de ocitocina não produz qualquer benefício adicional (Abdel-Aleem, Singata, Abdel-Aleem, Mshweshwe, Williams & Hofmeyr, 2010), e é um procedimento que pode aumentar o risco de hemorragia (Sheldon, Durocher, Winikoff, Blum & Trussell, 2013).

Em gravidezes de baixo risco existem alguns fatores de risco para a HPP, corioamniotite, utilização de prostaglandinas, aumento do peso ao nascer, da duração da rotura de bolsa de águas e do 2.º estadio do trabalho de parto (Malabarey, Almog, Brown, Abenhaim & Shrim, 2011). Contudo pelo elevado número de situações que não são identificáveis fatores de risco todas as mulheres devem ser consideradas de risco e é nesse sentido que os cuidados no parto devem incluir a sua prevenção (Maternal and Child Health Integrated Program, 2011).

Existem dados que indicam que a conduta ativa da terceira fase do trabalho de parto pode reduzir a ocorrência de HPP, embora ainda se discuta sobre o protocolo ideal. Com base nas evidências científicas e nas recomendações da OMS (2012), os procedimentos mais seguros no sentido de prevenir a hemorragia pós-parto são:

- Administrar ocitocina 10 ui IM/EV;
- Clampar e cortar tardiamente o cordão umbilical;
- Realizar tração controlada do cordão umbilical;
- Não realizar massagem uterina, desde que não haja evidência de hemorragia.

Algumas mulheres e profissionais preferem a atitude expectante nesta etapa do trabalho de parto, em que é vista como uma abordagem mais fisiológica e menos intervencionista, e evita procedimentos desconfortáveis logo após o nascimento, momento em que a mãe pretende concentrar-se no bebé (Mshweshwe, Hofmeyr & Gulmezoglu, 2009).

Propõe-se para o 3.º estadio do trabalho de parto não medicalizado:

- ✓ Observar a condição física da mulher (coloração da pele, respiração, pulso, e a própria descrição de como a mulher se está a sentir) e a perda hemática vaginal;
- ✓ Não administração de terapêutica uterotónica;
- ✓ Clampar e cortar tardiamente o cordão umbilical quando terminar de pulsar (1-3 minutos), desde que o recém-nascido não surja com uma circular cervical apertada ou necessite de manobras de reanimação;
- ✓ Permitir a expulsão da placenta com ajuda do esforço da mulher e da gravidade;
- ✓ Avaliar a placenta e membranas, relativamente à sua integridade;
- ✓ Avaliar o tónus uterino.

Condições que exigem intervenção médica:

- ✓ Sinais ou sintomas de hemorragia;
- ✓ Duração da expulsão da placenta superior a 1 hora

QUADRO RESUMO

PROCEDIMENTOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO		
INGESTÃO ORAL	<p>Fase passiva do trabalho de parto – Ingestão de dieta ligeira (sopa, salada, bolachas, frutas, gelatina, líquidos)</p> <p>Fase ativa do trabalho de parto – Ingestão de dieta líquida (água, sumos, chás açucarados, bebidas isotónicas)</p>	
MOVIMENTAÇÃO/DEAMBULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Liberdade de movimentos; Deambulação pelo serviço. 	
ALÍVIO DA DOR	<ul style="list-style-type: none"> Perceber o que a grávida pretende em termos de alívio da dor; Colaborar na utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor; Sugerir, se necessário, outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor. 	
AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL	AVALIAÇÃO DO LÍQUIDO AMNIÓTICO	<ul style="list-style-type: none"> Registar a hora da rotura de membranas e as características do líquido amniótico.
	AUSCULTAÇÃO INTERMITENTE DA FCF	<p>Duração de ≥ 60 segundos</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.º estadió do trabalho de parto – intervalo de 30 minutos; 2.º estadió do trabalho de parto – intervalo de 15 minutos.
	CARDIOTOCOGRAFIA	<ul style="list-style-type: none"> Alterações patológicas na ACF (bradicárdia ou taquicárdia); Presença de líquido amniótico meconial ou hemático; Perdas vaginais hemáticas; Febre materna; Falta de recursos humanos para a realização de auscultação intermitente.
MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO		<p>Realizar toque vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preferencialmente pelo mesmo profissional, De 4 em 4 horas na 1.ª fase do trabalho de parto, SOS.
2.º ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO	POSICIONAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Desaconselhar a permanecer em decúbito dorsal por períodos prolongados e encorajar a assumir uma posição que lhes seja confortável durante o parto.
	ESFORÇOS EXPULSIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Instrução às parturientes no sentido de serem conduzidas pelos seus próprios impulsos de “puxar” durante o 2.º estadió de trabalho de parto.
	EPISIOTOMIA	<ul style="list-style-type: none"> Não praticar episiotomia rotineiramente; A realização de episiotomia deve estar limitada à suspeita de sofrimento fetal.
3.º ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO		<ul style="list-style-type: none"> Observar a condição física da mulher e a perda hemática vaginal; Não administração de terapêutica uterotónica; Clampar e cortar tardiamente o cordão umbilical; Permitir a expulsão da placenta com ajuda do esforço da mulher e da gravidade; Avaliar a placenta e membranas, relativamente à sua integridade; Avaliar o tónus uterino.

REFERÊNCIAS

- Abauzhar, C. (2003). Global burden of maternal death and disability. *British Medical Bulletin*, 67, 1-11.
- Abdel-Aleem, H., Singata, M., Abdel-Aleem, M., Mshweshwe, N., Williams, X., & Hofmeyr, G. (2010). Uterine massage to reduce postpartum hemorrhage after vaginal delivery. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology And Obstetrics*, 111(1), 32-36.
- Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (5)
- Almeida, N., Sousa, J., Bachion, M., & Silveira, N. (2005). Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 52-58.
- Althabe, F., Alemán, A., Tomasso, G., Gibbons, L., Vitureira, G., Belizán, J., & Buekens, P. (2009). A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics: The Official Organ Of The International Federation Of Gynaecology And Obstetrics*, 107(1), 4-7.
- American College of Nurse-Midwives. (2008). Providing oral nutrition to women in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3), 276-283.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation and general management principles. *ACOG Practice Bulletin*, 106, 1-11.
- Amorim, A., Vasconcellos de, O., da Silva, B., Santos, Nathalie, L., & Riesco. (2012). Perineal pain effect on the activities of women who had an episiotomy [Spanish]. *Index De Enfermería*, 21(3), 150-154.
- Ayres de Campos, D. (2008). Factores de risco para o trabalho de parto. In D. Ayres de Campos, N. Montenegro & T. Rodrigues (Eds.), *Protocolos de medicina materno-fetal* (2ª ed., pp. 161-162). Lisboa: Lidel.

- Bateman, B., Berman, M., Riley, L., & Leffert, L. (2010). The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesthesia & Analgesia*, *110*(5), 1368-1373.
- Begley, C., Gyte, G., Murphy, D., Devane, D., McDonald, S., & McGuire, W. (2010). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (7),
- Bellad, M., Tara, D., Ganachari, M., Mallapur, M., Goudar, S., Kodkany, B., & ... Derman, R. (2012). Prevention of postpartum haemorrhage with sublingual misoprostol or oxytocin: a double-blind randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, *119*(8), 975-986.
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P., & Mayerhofer, K. (2003). Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *115*(19-20), 720-723.
- Brailovschi, Y., Sheiner, E., Wiznitzer, A., Shahaf, P., & Levy, A. (2012). Risk factors for intrapartum fetal death and trends over the years. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, *285*(2), 323-329.
- Brazão, R. (2005). Analgesia e anestesia no parto. In L. M. Graça (Eds.), *Medicina materno-fetal* (3.^a ed., pp. 309-319). Lisboa: Lidel.
- Burke, C. (2010). Active versus expectant management of the third stage of labor and implementation of a protocol. *Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing*, *24*(3),
- Cardoso, M. (2005). Síndromes hemorrágicas da gravidez avançada e do pós-parto. In L. M. Graça (Eds.), *Medicina materno-fetal* (3.^a ed., pp. 373-386). Lisboa: Lidel.
- Carroli, G. & Mignini, L. (2012). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (11),
- Carroli, G., Cuesta, C., Abalos, E., & Gulmezoglu, A. (2008). Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *22*(6), 999-1012.
- Chalk, A. (2004). Pushing in the second stage of labour: part 1. *British Journal Of Midwifery*, *12*(8), 502-508.
- Chang, M., Chen, C., & Huang, K. (2006). A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *Journal Of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, *14*(3), 190-197.

- Chang, S., Chen, K., Lin, H., Chao, Y. Y., & Lai, Y. (2011). Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 409-418.
- Costa R., Figueiredo B., Pacheco A. & Pais A. (2003). Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde&Doenças*, 4 (1), 47-67.
- Cotter, A., Ness, A., & Tolosa, J. (2007). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4),
- Crizóstomo, C., Nery, I. & Luz, M. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 11(1), 98-104.
- Devane, D., Lalor, J., Daly, S., McGuire, W. & Smith, V. (2011). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2),
- DiFranco, J., Romano, A., & Keen, R. (2007). Care practice #5: spontaneous pushing in upright or gravity-neutral positions. *Journal Of Perinatal Education*, 16(3), 35-38.
- Direção Geral de Saúde, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Ordem dos Enfermeiros (2012). Documento de consenso «Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada». Ordem dos enfermeiros
- Dixon, L. & Foureur, B. (2010). The vaginal examination during labour: is it of benefit or harm?. *New Zealand College Of Midwives Journal*, 42, 21-26.
- Dowswell, T., Bedwell, C, Lavander , T. & James, N. (2011). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (9),
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2005). *Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Filipe, F. (2004). Autonomia e respeito. In M. Neves & S. Pacheco (Eds.), *Para uma ética da enfermagem – desafios* (pp. 236-248). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Frias, A. & Franco, V. (2010). A Dor do trabalho de parto... um desafio a ultrapassar! *International journal of developmental and educational psychology*, 1(2), 53-61. ISSN:0214-9877;

- Gau, M., Chang, C., Tian, S., & Lin, K. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 27(6), 293-300.
- Gayeski, M. & Bruggemann, O. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(4), 774-782.
- Gayeski, M. & Bruggemann, O. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(4), 774-782.
- Gomes, K. (2011). *Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Estadual de São Paulo.
- Goodwin, L. (2000). Intermittent auscultation of the fetal heart rate: a review of general principles. *Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing*, 14(3), 53-61
- Graça, L. (2005). Episiotomia e lacerações perineais. In L. M. Graça (Eds.), *Medicina materno-fetal* (3.^a ed., pp. 666-675). Lisboa: Lidel.
- Gulmezoglu, A., et al. (2001). WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet*, 358(9283), 689-695.
- Gupta, J. & Hofmeyr, G. (2004). Position for women during second stage of labour. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1),
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (7).
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labour. *Health Science Journal*, 6(3), 385-391.
- Imseis, H., Trout, W., & Gabbe, S. (1999). The microbiologic effect of digital cervical examination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(3), 578-580.
- Jander, C. & Lyrenas, S. (2001). Third and fourth degree perineal tears – Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 80, 229-234.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., Neilson, J. (2013). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (6).

- Jouhki, M. (2012). Choosing homebirth--the women's perspective. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*, 25(4), e56-e61.
- Kamali, S., Tehran, H., Alizadeh, S., & Jafari, E. (2010). The effect of supportive behaviours on labor pain process in primigravidas [Farsi]. *Qom University Of Medical Sciences Journal*, 4(2), 3.
- Khan, G., John, I., Wani, S., Doherty, T., & Sibai, B. (1997). Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 177(4), 770-774.
- Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa: Piaget. (Obra original em inglês 1984)
- Lally, J., Murtagh, M., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine*, 6, 7.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J., Dowswell, T & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2).
- Lee, S., Liu, C., Lu, Y., & Gau, M. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic& Neonatal Nursing*, 42(1), 19-28.
- Lemos, A., Amorim, M., Dornelas de Andrade, A., Souza, A., Cabral Filho, J. & Correia, J. (2013). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2).
- Liljestrand, J. (2003). Episiotomy for vaginal birth. *The WHO Reproductive Health Library*, Geneva: World Health Organization.
- Liu, Y., Chang, M., & Chen, C. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1065-1072.
- Lowdermilk, D. (2008). Control do desconforto. In D. L. Lowdermilk& S. E. Perry (Eds.). *Enfermagem na maternidade* (7.ª ed., pp. 355-387) Loures: Lusodidacta. (Obra original publicada em 2006)
- Luque-Carro, R., Subirón-Valera, A., Sabater-Adán, B., S, Juste-Pina, A., & Cruz-Guerreiro, E. (2011). Selective episiotomy versus rutinary episiotomy.

- Assessment three years after (2007-2008) [Spanish]. *MatronasProfesión*, 12(2), 41-48.
- Malabarey, O., Almog, B., Brown, R., Abenhaim, H., & Shrim, A. (2011). Postpartum hemorrhage in low risk population. *Journal Of Perinatal Medicine*, 39(5), 495-498.
- Mamede, F., Almeida, A. & Clapis, M. (2004). Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Scientiarum*, 26 (2), 295-302.
- Maternal and Child Health Integrated Program. (2011). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage at the community level: A guide for policy makers, health care providers, donors, community leaders, and program managers (2.^a ed.). Baltimore: Jhpiego.
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 7
- Mello, L., Nóbrega, L. & Lemos, A. (2011). Estimulação elétrica transcutânea no alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15 (3), 175-184.
- Mendelson, C. (1946). The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *American Journal Obstetric and Gynecologic*, 52, 191-205.
- Meyvis, I., Rompaey, B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E., & Mistiaen, W. (2012). Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 39(2), 115-120.
- Michel, S., Rake, A., Treiber, K., Seifert, B., Chaoui, R., Huch, R., Marincek, B., & Kubik-Huch, R. (2002). MR Obstetric Pelvimetry: Effect of Birthing Position on Pelvic Bony Dimensions. *AJR Am J Roentgenol*, 179(4), 1063-1067.
- Miquelutti, M., Cecatti, J., & Makuch, M. (2007). Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial. *ActaObstetricia Et GynecologicaScandinavica*, 86(5), 553-558.
- Montenegro, C. & Rezende, J. (2011). *Rezende – Obstetrícia fundamental* (12.^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Mortazavi, S., Khaki, S., Moradi, R., Heidari, K., & VaseghRahimparvar, S. (2012). Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 286(1), 19-23.
- Mshweshwe, N., Hofmeyr, G. & Gulmezoglu, A. (2009). Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4).
- NICE. (2007). *Intrapartum care, care of healthy women and their babies during childbirth*. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer 16/2011: Realização e posicionamento da grávida durante a monitorização/registo cardiotocográfico electrónico externo em consulta de vigilância pré-natal. *Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
- Park, S., Hwang, J., Choi, Y., & Kang, C. (2012). Effect of Postpartum Outcomes in Mother's Upright Position During the Second Stage of Labor: Systematic Review. *Korean Journal Of Women Health Nursing*, 18(3), 209-222.
- Parsons, M., & Nagy, S. (2006). Anaesthetists' perspective on oral intake for women in labour. *British Journal Of Midwifery*, 14(8), 488-491.
- Peng, T., Li, X., Zhou, S., Xiong, Y., Kang, Y., & Cheng, H. (2010). Transcutaneous electrical nerve stimulation on acupoints relieves labor pain: a non-randomized controlled study. *Chinese Journal Of Integrative Medicine*, 16(3), 234-238.
- Rabe, H., Diaz-Rossello, J., Duley, L. & Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (8).
- Racinet, C., Brement, S. & Lucas, C. (2008). Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – TOME XXXII, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Paris.
- Ragnar, I., Altman, D., Tydén, T., & Olsson, S. (2006). Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions--a randomised controlled trial. *BJOG : An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 113(2), 165-170.

- Regaya, B., Fatnassi, R., Khlifi, A., Kebaili, S., Soltan, K. Khari, H. & Hidar, S. (2010). Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39 (8), 656-662.
- Robledo, M., Madera, P., Pérez, M., Tobalina, N., & Pérez, A. (2011). Female sexuality a year after the vaginal delivery: comparison between deliveries with and without episiotomy [Spanish]. *Evidentia*, 8(34).
- Rodriguez, M. (2005). Transcutaneous electrical nerve stimulation during birth. *British Journal Of Midwifery*, 13(8), 522-527.
- Rouse, D. (2008). [Commentary on] Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 63(8), 488-489.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2012). Episiotomy - query bank. London: RCOG Guidance.
- Sartori, A., Vieira, F., Almeida, N., Bezerra, A. & Martins, C. (2011). Estratégias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto. *Enfermería Global*, 21, 1-9.
- Sheldon, W., Durocher, J., Winikoff, B., Blum, J., & Trussell, J. (2013). How effective are the components of active management of the third stage of labor?. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 13, 46.
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489.
- Simkin, P., & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), S131-59.
- Singata, M., Tranmer, J. & Gyte, G. (2012). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (11).
- Smith, C., Levett, K., Collins, C. & Crowther, C. (2011). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (12).

- Smith, C., Levett, K., Collins, C. & Jones, L. (2012). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2).
- Steiner, N., Weintraub, A., Wiznitzer, A., Sergienko, R., & Sheiner, E. (2012). Episiotomy: the final cut?. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 286(6), 1369-1373.
- Stremler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willan, A. (2005). Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 32(4), 243-251.
- Taghinejad, H., Delpisheh, A., & Suhrabi, Z. (2010). Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain. *Women's Health (London, England)*, 6(3), 377-381.
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2012). Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 12135.
- Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Femininos*, 10(2), 483-492.
- Tunçalp, O., Hofmeyr, G., & Gulmezoglu, A. (2012). Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 8
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31, 17-27.
- Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth – a guide for midwives*. London: Routledge
- Ward, S. & Hisley, S. (2009). *Maternal-Child Nursing Care: Optimizing Outcomes for Mothers, Children & Families*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Wolff, L. R. & Moura, M. A. V. (2004). A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 8(2), 279-285.
- World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO.

Yildirim, G. & Beji, N. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 35(1), 25-30.

ANEXO D – NORMA N.º 4/X/E/BP

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º 4X/E/BP DATA: 18/07/2012	FOLHA 1/9
ASSUNTO: CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS / BLOCO OPERATÓRIO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA		ELABORADA E REVISTO POR: Enfª Chefe Adelaide Medinas Enfª Sandra Quaresma Enfª Nádia Santos Em: 17/07/2012	
DIVULGAÇÃO: Manual de Hospitalar Manual Enfermagem – Capítulo X – Bloco Partos ENTRADA EM VIGOR: Imediata		APROVADA POR: Enfª Directora Documento Aprovado Original Arquivado Em: 18/07/2012	
SUBSTITUI: NP 4X/E/BP, de 22/05/2012(5ª versão)		A REVER EM:	
PALAVRAS-CHAVE – Cuidados imediatos; Recém-nascido		Julho 2015	

I – DEFINIÇÃO:

Primeiros cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido imediatamente após a sua expulsão, a fim de favorecer a sua adaptação à vida extra uterina e prevenir os riscos a que está sujeito.

II – OBJECTIVOS

- Uniformizar procedimentos e cuidados prestados pelos profissionais ao Recém-Nascido (RN);
- Favorecer a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.

III – INFORMAÇÕES GERAIS.

A – Quem executa:

- Enfermeiro;
- Enfermeiro Especialista;
- Médico Pediatra (se necessário).

B – Horário: Imediatamente após o nascimento.

C – Orientação quanto à execução:

- Verificar a existência e funcionalidade do material e equipamento a utilizar;
- Manter o ambiente o mais calmo possível;

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS	N.º 4/X/E/BP DATA: 18/07/2012	FOLHA 2/9
--	--	----------------------------

- Solicitar ajuda providenciando a presença do pediatra e de outro enfermeiro, em situação de risco neonatal;
- Desempenhar convenientemente os cuidados de enfermagem evitando sobreposições com outros elementos;
- Repor todo o material utilizado;
- Informar os pais da situação.

IV – EQUIPAMENTO

- **EQUIPAMENTO E MATERIAL DE ASPIRAÇÃO:**

- Aparelho de aspiração mecânica;
- Sonda de aspiração 6, 8, 10 calibre French;
- Sonda de alimentação 5, 6 e 8 French;
- Seringa de 1, 2, 5, 10, 20ml;

- **EQUIPAMENTO E MATERIAL DE OXIGENAÇÃO:**

- Insuflador manual pediátrico com válvula de pressão e filtro (deve permitir fluxo de oxigénio entre 90 a 100%);
- Máscaras faciais (tamanhos 0, 1 e 2)
- Rampa de oxigénio;

- **MATERIAL E TABULEIRO DE REANIMAÇÃO:**

- Tubo endotraqueal s/ cuff nº 2mm; 2,5mm; 3mm; 3,5mm; 4mm;
- Tubo condutor;
- Canula orofaríngea 0, 00, 000;
- Tubo aspirador de mecónio;
- Pinça de Magil;
- Microperfusor (Buterfly);
- Espátula de madeira (quantidade 2);
- Laringoscópio com lamina rectas nº 0 (pré-termo) e nº1 (termo);
- Pilhas extra (quantidade 2);
- Estetoscópio;
- Adesivo.

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS	N.º 4/X/E/BP DATA: 18/07/2012	FOLHA 39
--	--	---------------------------

• **OUTRO EQUIPAMENTO E MATERIAL:**

- Aquecedor;
- Agulhas SC, IM;
- Laminas de Bisturi;
- Clamp Umbilical;
- Seringas 1ml, 2ml, 5ml, 10ml;
- Pulseiras de identificação (duas para cada RN);
- Compressas não esterilizadas;
- Kit de Cateterismo Umbilical (localizado na sala de apoio do Bloco Operatório de Ginecologia e Obstetrícia)
- Incubadora (localizada na sala de puerpério imediato);
- Balança;
- Luvas.

V – PROCEDIMENTO.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
1. Assegurar condições necessárias na sala de parto: <ul style="list-style-type: none"> a) Manter a temperatura ambiente, na sala de parto/bancada de recepção do RN, não inferior a 25°C; b) Minimizar os efeitos de flutuação da temperatura ambiente sobre a temperatura corporal, mantendo-a constante; c) Conservar lençóis aquecidos para recepção do RN; d) Verificação do material e equipamento; e) Lavagem das mãos e antebraços antes de manipular no RN; 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar perdas de calor por condução e convecção; - Manter o material operacional para actuação em situação de urgência; - Prevenir a infecção;
2. Registo da hora do nascimento	- Avaliar quanto tempo leva o recém-nascido a adaptar-se à vida extra-uterina.

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS	N.º 4/X/E/BP DATA: 18/07/2012	FOLHA 49
--	----------------------------------	-------------

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (Continuação)	JUSTIFICAÇÃO
3. Secar o RN e envolvê-lo em pano seco e aquecido com colocação do gorro;	- Evitar perdas de calor e arrefecimento por evaporação e radiação;
4. Estabelecimento do contacto pele-a-pele, assim que possível após o parto, durante pelo menos 60 minutos ou até após a primeira amamentação: a) Colocação do RN em contacto directo pele com pele com a mãe/pai, pessoa significativa, se assim o desejar; b) Cobrir a mãe e o RN com pano pré aquecido e seco; c) Em situações de cesariana no BO de Ginecologia/Obstetrícia, permitir contacto face-face entre a díade, assim que possível.	- Reduzir o risco de hipotermia do RN de termo que nasce com respiração espontânea e que não necessita de ventilação; - Favorecer a recuperação e estabilização do RN face ao ambiente exterior; - Contribuir para o estabelecimento precoce do vínculo mãe/RN e sua continuidade; - Promover o equilíbrio emocional e afectivo; - Auxiliar no processo de amamentação; - Favorecer a contractilidade uterina; - Fortalece os elos de ligação da tríade.
5. Avaliação do Índice de APGAR ao 1º, 5º e 10º minuto e posteriormente, se necessário, de 5/5 minutos;	- Verificação da adaptabilidade do RN à vida extra-uterina; - Permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e a sua eficácia em situações de urgência;
6. Laqueação e corte do cordão umbilical, após deixar de pulsar, com pinça estéril e clamp umbilical: a) Dar permissão, sempre que possível, ao pai/mãe/pessoa significativa, para cortar o cordão, caso o deseje;	- Evitar hemorragia; - Promover cicatrização; - Favorecer o elo ligação pai/mãe/bebé;

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS	N.º 4/X/E/BP DATA: 18/07/2012	FOLHA 5/9
--	----------------------------------	--------------

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (Continuação)	JUSTIFICAÇÃO
7. Posicionamento do RN na bancada de reanimação, mantendo-o sob fonte de calor radiante e envolvido em pano seco (nas situações em que há necessidade de prestar cuidados ao RN na bancada);	- Para melhor prestação dos cuidados; - Evitar arrefecimento; - Evitar infeções; - Evitar traumatismos;
8. Avaliação Inicial do RN (Ver Norma de Procedimento de Enfermagem nº 4/XI/E "Suporte de Vida Neonatal" e Protocolo de Actuação nº 38/CHBA): a) Frequência Cardíaca; b) Permeabilização das vias aéreas; c) Respiração; d) Cor da Pele; e) Verificação do número de vasos do coto umbilical (duas artérias e 1 veia); f) Presença de malformações evidentes ou traumatismos de parto; g) Permeabilidade de ânus e coanas, se necessário; h) Chamar o pediatra sempre que necessário.	- Prevenir situações de risco; - Detectar necessidade de manobras de reanimação; - Detectar anomalias; - Prevenir asfixia e dificuldade respiratória;
9. Pesagem do recém-nascido. Não se considera interrupção do contacto pele a pele, devendo colocar o RN novamente em contacto pele a pele, se a mãe o desejar, com fralda e roupa interior apenas;	- Avaliação da relação peso/idade gestacional; - Avaliação do crescimento ponderal;
10. Administração de 1mg de Vitamina K IM na região antero-lateral externa da coxa esquerda, até à 6ª hora de vida do RN;	- Prevenção da Doença Hemorrágica do RN; - Administração na perna esquerda para diferenciação da administração da vacina Anti-Hepatite B (perna direita);

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS	N.º 4/X/E/BP DATA: 18/07/2012	FOLHA 69
--	----------------------------------	-------------

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (Continuação)	JUSTIFICAÇÃO
11. Administração de 1 gota de Ácido fusídico 0,2 gr ao longo da região interna da pálpebra inferior em cada olho, em situações de risco (infecção vaginal materna e gravidez não/mal vigiada), até à 1ª hora de vida do RN;	- Prevenção da Conjuntivite Neonatal;
12. Identificação o recém-nascido. a) Colocar duas pulseiras: uma no braço e outra no pé com chip de segurança, ambas com os seguintes dados: "RN de:" nome da mãe, hora de nascimento, data de nascimento, peso e sexo.	- Evitar troca do recém-nascido;
13. Colocação do RN à mama, na primeira meia hora de vida, ou assim que possível, se não houver contra-indicação para a amamentação; a) Promover apoio e encorajamento para a iniciação e manutenção da amamentação, junto do casal e pessoas significativas, de acordo com Norma de procedimento de enfermagem "Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno" nº 54/XI/E.	- Evitar hipoglicémia do recém-nascido; - Favorecer o aleitamento materno; - Favorecer ligação afectiva mãe/bebé;
14. Vestir o RN com roupa adequada e colocá-lo junto da mãe: a) Garantir que a roupa do RN está aquecida antes de o vestir; b) Manter secos os lençóis, fralda e roupa, do RN;	- Evitar perda de calor e arrefecimento; - Favorecer o elo de ligação mãe/bebé;
15. Transportar o RN junto da mãe para o serviço de obstetrícia: a) Colocar manta durante o transporte; b) Manter grades de segurança da cama elevadas;	- Manutenção de ambiente seguro; - Evitar perdas de calor do RN.

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS	N.º 4/X/E/BP	FOLHA
	DATA: 18/07/2012	7/9

CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECÍFICOS AO RECÉM-NASCIDO	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>1. Chamar / Informar o Pediatra nas seguintes situações:</p> <p>a) Partos distócicos de Ventosa ou Fórceps;</p> <p>b) Administração de Petidina durante o trabalho de parto;</p> <p>c) Situações de reanimação do RN;</p> <p>d) Situações em que se preveja um parto de risco (ver Protocolo de Cuidados de Rotina na assistência ao RN saudável nº 38/CHBA);</p>	- Prevenir e reverter situações de risco;
<p>2. Realização do Banho ao recém-nascido na sala de partos segundo Norma de Procedimento de Enfermagem nº 11/XVE, apenas nas seguintes situações:</p> <p>a) RN impregnado de mecónio;</p> <p>b) Gravidez não vigiada;</p> <p>c) Infecção por hepatite A / B / C, HIV, sífilis, citomegalovírus, infecção gonocócica;</p> <p>d) Suspeita de corioamnionite;</p>	- Evitar infeções; - Promover a higiene do RN;
<p>3. Administração de imunoglobulina anti-hepatite B concomitantemente com Vacina Anti-Hepatite B até às 12 horas de vida do RN:</p> <p>a) Administrar em gravidezes não vigiadas sem análises ou com análise Hbs Ag positiva;</p>	- Evitar infecção mãe/bebé.
<p>4. Pesquisa de glicemia capilar ao RN à 2ª, 4ª, 6ª horas de vida e em SOS se:</p> <p>a) Peso do recém-nascido <2500gr ou >4000gr;</p> <p>b) Mãe diabética;</p> <p>c) RN com sinais e/ou sintomas fora do normal (prostrado, cianosado, convulsões, etc.);</p>	- Evitar hipoglicémia no recém-nascido;

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS	N.º 4/X/E/BP DATA: 18/07/2012	FOLHA 8/9
--	---	---------------------

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (Continuação)	JUSTIFICAÇÃO
5. Situações de Hipotermia do RN: a) Utilização da incubadora e do calor radiante para aquecimento do Recém-nascido, se necessário; b) Avaliar temperatura rectal do RN, se necessário; c) Cumprimento da Norma de Procedimento de Enfermagem n.º 9/X/E “Hipotermia: Reaquecimento de Recém-nascidos Hipotérmicos”;	- Prevenir o agravamento do estado clínico do RN;
6. Colheita de sangue do cordão umbilical quando: a) Mãe com Factor Rhesus negativo; b) Presença de Kit de células estaminais.	- Identificar grupo sanguíneo do RN e Coombs directo; - Prevenir incompatibilidade ABO e/ou Rhesus.

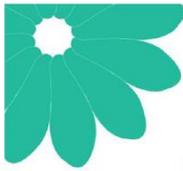
VI – REGISTOS.

- Data e hora do nascimento do RN;
- Índice APGAR ao 1.º, 5.º, 10.º minuto, e restantes, se necessário;
- Avaliação física do recém-nascido. Incluir presença de circulares cervicais ou em outro local do corpo, procedência de mãos/braços, malformações e possíveis lesões secundárias a partos traumáticos;
- Cuidados prestados ao recém-nascido:
 - Aspiração de secreções, se necessário;
 - Administração de medicamento para profilaxia da doença hemorrágica;
 - Administração de medicamento para profilaxia da conjuntivite neonatal;
 - Colheita de sangue do cordão umbilical para grupo de sangue, Factor Rhesus, Coombs directo e Kit de células estaminais;
 - Necessidade de reanimação;
- Se houve Presença do pediatra e porquê;

CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTOS	N.º 4/X/E/BP DATA: 18/07/2012	FOLHA 9/9
--	--	----------------------------

- Início e término do contacto pele a pele;
- Peso e sexo do recém-nascido;
- Micções e expulsão de mecónio;
- Início e término da mamada;
- Outros cuidados não contemplados na norma;

ANEXO E – DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



MANUAL DE PROCEDIMENTOS DO PARTO NATURAL ASSISTIDO



MANUAL DE PROCEDIMENTOS DO PARTO NATURAL ASSISTIDO



Elaborado por:
• Rita Grilo
Orientado por:
• Prof.ª Dra. Ana Frias
Colaboração:
• Enf.ª Adelaide Medinas
• Dr. Fernando Guerreiro
• Dr. José Fial



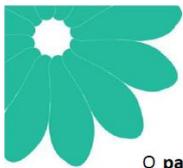
Objetivos da formação em serviço:

- **Sensibilizar** os enfermeiros para o parto natural assistido;
- **Reforçar** a importância da autonomia da mulher no parto;
- **Divulgar** o manual de procedimentos do parto natural assistido;
- **Analisar** e debater o conteúdo do manual;
- **Obter** sugestões de melhoria relativas aos procedimentos.



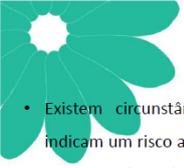
Por um lado, o parto hospitalar deve ser **seguro** e proporcionar a cada mulher os benefícios dos avanços científicos. Mas por outro, deve permitir e estimular a participação informada da mulher, concedendo-lhe a sua **autonomia** em todo o processo de nascimento.

(Wolff & Moura, 2004)



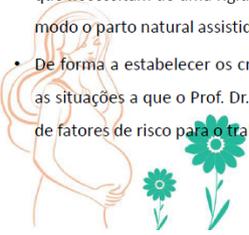
O **parto natural assistido** é o parto assistido por um profissional de saúde, que teve um início e progressão espontânea, culminando num nascimento também ele espontâneo.

(DGS, APEO & OE 2012)



Existem circunstâncias médicas e condições diversas que indicam um risco aumentado para situações adversas no parto, que necessitam de uma rígida vigilância, impossibilitando deste modo o parto natural assistido.

De forma a estabelecer os critérios de exclusão são abrangidas as situações a que o Prof. Dr. Ayres de Campos (2008) designou de fatores de risco para o trabalho de parto



Fatores de risco para o trabalho de parto:

Antecedentes obstétricos

- Último parto por cesariana;
- Antecedentes de morte fetal;
- Filho com sequela grave da gravidez ou parto.



Fatores sociais

- Gravidez insuficientemente vigiada (menos de 3 consultas pré-natais);
- Hábitos alcoólicos moderados ou intensos durante a gravidez;
- Toxicodependentes.



Fatores de risco para o trabalho de parto:

Doença materna

- Doença cardíaca;
- Doença renal crónica;
- Doença hematológica: anemia grave, tromboembolismo, púrpura trombocitopenia idiopática;
- Doença neurológica: epilepsia, miastenia gravis;
- Alterações do comportamento, patologia psiquiátrica ou antecedentes de psicose puerperal;
- Asma brônquica ou outra patologia pulmonar grave;

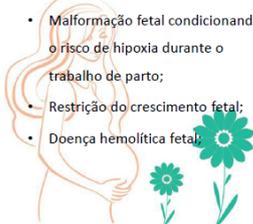
- Diabetes gestacional, diabetes mellitus ou outra patologia endócrina (nomeadamente doença de Cushing, hipo-hipertiroidismo);
- Lupus eritematoso disseminado;
- Malformações uterinas e/ou cirurgia uterina ginecológica prévia;
- Portadoras de VIH, infeção na gravidez por toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus ou sífilis;
- Outras patologias maternas crónicas e/ou graves.



Fatores de risco para o trabalho de parto:

Patologia diagnosticada na gravidez atual

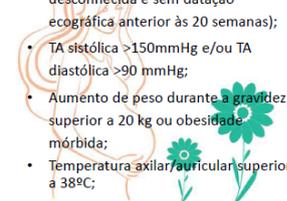
- Alterações do ritmo cardíaco fetal;
- Malformação fetal condicionando o risco de hipoxia durante o trabalho de parto;
- Restrição do crescimento fetal;
- Doença hemolítica fetal;
- Doença hipertensiva da gravidez (hipertensão gestacional, pré-eclampsia, eclampsia);
- Gravidez múltipla;
- Placenta prévia;
- Alterações do líquido amniótico (oligoâmnio e hidrâmnio);
- Colestase gravídica.



Fatores de risco para o trabalho de parto:

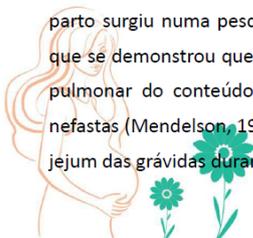
Achados na admissão ou ocorridos durante o trabalho de parto

- Gestação com menos de 36 semanas;
- Gravidez mal datada ou de tempo indeterminado (última menstruação desconhecida e sem datação ecográfica anterior às 20 semanas);
- TA sistólica >150mmHg e/ou TA diastólica >90 mmHg;
- Aumento de peso durante a gravidez superior a 20 kg ou obesidade mórbida;
- Temperatura axilar/auricular superior a 38°C;
- Hemorragia genital moderada ou grave;
- Apresentação pélvica ou de face;
- Rotura de membranas superior a 12 horas;
- Bacia marcadamente assimétrica ou bacia limite;
- Suspeita de macrosomia fetal;
- Cardiotocografia não normal;
- Líquido amniótico com mecônio espesso.



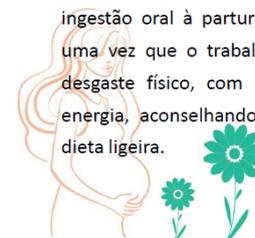
INGESTÃO ORAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A restrição de ingestão oral durante o trabalho de parto surgiu numa pesquisa efetuada nos anos 40 em que se demonstrou que as consequências da aspiração pulmonar do conteúdo gástrico nas parturientes são nefastas (Mendelson, 1946), justificando desde então o jejum das grávidas durante o trabalho de parto.



INGESTÃO ORAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A OMS (1996) sugere que não haja restrição de ingestão oral à parturiente de baixo risco obstétrico, uma vez que o trabalho de parto exige um enorme desgaste físico, com uma necessidade acrescida de energia, aconselhando a ingestão oral de líquidos e dieta ligeira.



INGESTÃO ORAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Segundo uma recente revisão sistemática (Singata, Tranmer & Gyte, 2012) não existe fundamentação científica para a restrição de líquidos e alimentos em parturientes de baixo risco obstétrico.



INGESTÃO ORAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO

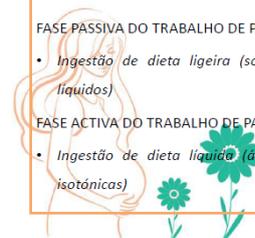
- *Ingestão alimentar durante o trabalho de parto da grávida de baixo risco*

FASE PASSIVA DO TRABALHO DE PARTO

- *Ingestão de dieta ligeira (sopa, salada, bolachas, frutas, gelatina, líquidos)*

FASE ACTIVA DO TRABALHO DE PARTO

- *Ingestão de dieta líquida (água, sumos, chás açucarados, bebidas isotónicas)*



MOVIMENTAÇÃO/DEAMBULAÇÃO

A mudança de posição da parturiente altera as relações entre a gravidade, as contrações, o feto e a sua pelve, que pode estimular o progresso do trabalho de parto e minimizar a dor.

(Enkin et al, 2005)



MOVIMENTAÇÃO/DEAMBULAÇÃO

Numa revisão sistemática recente (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell & Styles, 2009) concluiu-se que a deambulação e posição vertical no 1.º estágio do trabalho de parto reduz a duração do mesmo e não tem efeitos negativos sobre a parturiente e bem-estar fetal.



MOVIMENTAÇÃO/DEAMBULAÇÃO

Com base nas evidências científicas:

- *Sugere-se que as parturientes de baixo risco tenham liberdade de movimentos e deambulem pelo serviço.*



ALÍVIO DA DOR EM TRABALHO DE PARTO

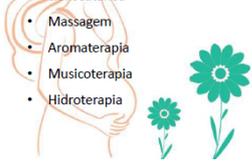
Ainda que a **analgésia epidural** seja o método mais eficaz no alívio da dor em trabalho de parto (Jones, et al. 2013), muitas mulheres preferem **evitar os métodos farmacológicos**. Essa opção está relacionada com a vontade de **manter um controle pessoal, desejo de participar** completamente da experiência de nascimento e preocupação com os **efeitos adversos dos medicamentos e das técnicas** (Enkin et al, 2005).



ALÍVIO DA DOR EM TRABALHO DE PARTO

A maioria dos métodos não-farmacológicos de controle da dor não são invasivos e são seguros para a mãe e a criança, no entanto, sua eficácia não é clara.

- Apoio contínuo
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea
- Massagem
- Aromaterapia
- Musicoterapia
- Hidroterapia
- Aplicação de calor e frio superficial
- Relaxamento
- Técnicas respiratórias
- Acupuntura
- Hipnose,
- Entre outros



ALÍVIO DA DOR EM TRABALHO DE PARTO

- *Questionar na admissão da grávida à sala de partos o que pretende em termos de alívio da dor;*
- *Colaborar, sempre que possível, na utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor;*
- *Sugerir, se necessário, outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor.*



AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL

O objetivo fundamental desta avaliação é prevenir a morbidade e mortalidade neonatal através da identificação de hipoxia fetal.

- Características do líquido amniótico;
- Auscultação da FCF intermitente;
- Cardiotocografia (com ou sem sonda no escalpe fetal).



AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL

Avaliação do líquido amniótico

- *Registrar a hora da rotura de membranas e as características do líquido amniótico.*

Presença de líquido amniótico meconial e hemático pode evidenciar uma situação patológica



AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL

Auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal

- Deverá realizar-se com um doppler durante pelo menos 60 segundos
- 1.º estadio do trabalho de parto
 - intervalo de 30 minutos;
- 2.º estadio do trabalho de parto
 - intervalo de 15 minutos.



AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL

Cardiotocografia

- Não se encontra evidência científica do benefício da realização de CTG na admissão da grávida de baixo risco à sala de partos, e ainda aumenta a taxa de cesariana em 20%.

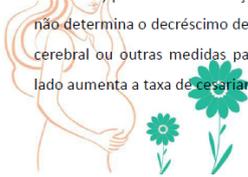
(Devane, Lalor, Daly, McGuire & Smith, 2011)



AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL

Cardiotocografia

- Segundo uma recente revisão sistemática (Alfirevic, Devane & Gyte, 2013) a realização de CTG contínuo em grávidas de baixo risco obstétrico, para além da redução dos índices de convulsões neonatais, não determina o decréscimo de índices de mortalidade infantil, paralisia cerebral ou outras medidas padrão de bem-estar neonatal, por outro lado aumenta a taxa de cesáreas e partos instrumentados.



AVALIAÇÃO INTRAPARTO DO BEM-ESTAR FETAL

Deverá proceder-se a CTG contínuo nas seguintes situações:

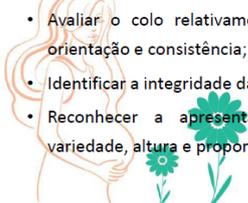
- Alterações patológicas na ACF (bradicárdia ou taquicárdia);
- Presença de líquido amniótico meconial ou hemático;
- Perdas vaginais hemáticas;
- Febre materna;
- Falta de recursos humanos para a realização de auscultação intermitente.



MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

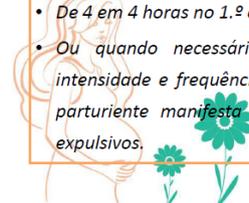
O toque vaginal é o método mais utilizado para a avaliação da progressão do trabalho de parto, permite (Montenegro & Rezende, 2011):

- Avaliar o colo relativamente ao apagamento, dilatação, orientação e consistência;
- Identificar a integridade das membranas;
- Reconhecer a apresentação fetal quanto à posição, variedade, altura e proporcionalidade em relação à bacia.



MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

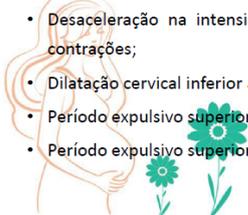
- Ser efetuado preferencialmente pelo mesmo profissional,
- De 4 em 4 horas no 1.º estágio do trabalho de parto,
- Ou quando necessário, como por exemplo se a intensidade e frequência das contrações diminuí ou a parturiente manifesta o desejo de realizar esforços expulsivos.



MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

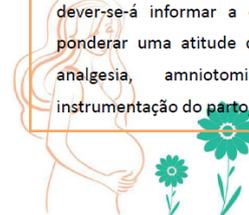
Considera-se um trabalho de parto prolongado quando se verificar uma das seguintes condições (NICE, 2007):

- Desaceleração na intensidade, duração e frequência das contrações;
- Dilatação cervical inferior a 2cm em 4 horas;
- Período expulsivo superior a 2 horas – Primípara;
- Período expulsivo superior a 1 hora – Multípara.



MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

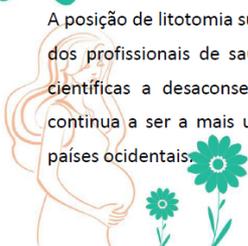
- Quando é determinado um trabalho de parto prolongado dever-se-á informar a equipa médica e conjuntamente ponderar uma atitude de acordo com a situação, como analgesia, amniotomia, perfusão de ocitocina, instrumentação do parto, entre outros procedimentos.



POSICIONAMENTO NO 2.º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

A posição de litotomia surgiu para beneficiar o trabalho dos profissionais de saúde e mesmo com evidências científicas a desaconselhar essa posição por rotina, continua a ser a mais utilizada nas maternidades dos países ocidentais.

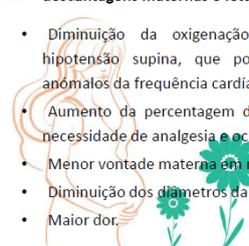
(Racinet, Brement & Lucas, 2008)



POSICIONAMENTO NO 2.º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

A posição de litotomia durante o período expulsivo conduz a várias **desvantagens maternas e fetais** (Walsh, 2007):

- Diminuição da oxigenação fetal resultante do síndrome de hipotensão supina, que pode aumentar os casos de padrões anómalos da frequência cardíaca fetal;
- Aumento da percentagem de partos instrumentados, episiotomia, necessidade de analgesia e ocitocina;
- Menor vontade materna em realizar esforços expulsivos;
- Diminuição dos diâmetros da bacia;
- Maior dor.



POSICIONAMENTO NO 2.º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

Em revisões sistemáticas evidenciou-se que qualquer posição vertical ou lateral em relação à posição supina ou litotomia

- Reduz a duração e a dor;
- Reduz a utilização de episiotomia;
- Diminui a ocorrência de partos instrumentados;
- Reduz a percentagem de padrões anómalos da frequência cardíaca fetal
- Aumenta o risco de laceração de segundo grau;
- Aumenta o risco de perda sanguínea

(Gupta & Hofmeyr, 2004, Park, Hwang, Choi & Kang, 2012)

(Gupta & Hofmeyr, 2004)



POSICIONAMENTO NO 2.º ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO

- *As mulheres devem ser desaconselhadas a permanecer em decúbito dorsal por períodos prolongados e encorajadas a assumir uma posição que lhes seja confortável durante o parto.*



ESFORÇOS EXPULSIVOS

Durante o 2.º estadio do trabalho de parto, a apresentação fetal desce e provoca uma compressão na bexiga e no reto, originando um reflexo que provoca um forte impulso de "puxar".

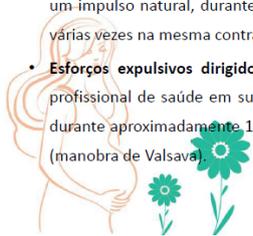
(Lemos, Amorim, Dornelas de Andrade, Souza, Cabral Filho & Correia, 2013)



ESFORÇOS EXPULSIVOS

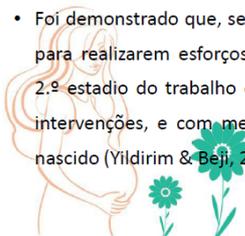
Existem 2 tipos de esforços expulsivos :

- **Esforços expulsivos espontâneos** – que surgem em resposta a um impulso natural, durante aproximadamente 4 a 6 segundos, várias vezes na mesma contração e com a glote aberta;
- **Esforços expulsivos dirigidos** – que surgem por indicação do profissional de saúde em suster prolongadamente a respiração, durante aproximadamente 10-30 segundos, com a glote fechada (manobra de Valsava).



ESFORÇOS EXPULSIVOS

- A interrupção da respiração materna pode comprometer a oxigenação fetal (Enkin et al, 2005).
- Foi demonstrado que, se as parturientes forem orientadas para realizarem esforços expulsivos espontaneamente, o 2.º estadio do trabalho de parto pode ser reduzido, sem intervenções, e com melhores resultados para o recém-nascido (Yildirim & Beji, 2008).



ESFORÇOS EXPULSIVOS

- *Instrução às parturientes, por parte dos profissionais de saúde, no sentido de serem conduzidas pelos seus próprios impulsos de "puxar" durante o 2.º estadio de trabalho de parto.*



EPISIOTOMIA

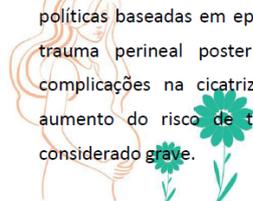
- A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns em todo o mundo, que começou a ser introduzida na prática obstétrica, sem que houvesse indicações científicas da sua eficácia.

(Graça, 2005)



EPISIOTOMIA

- Numa revisão sistemática recente (Carroli & Mignini, 2012) concluiu-se que as políticas restritivas de episiotomia têm benefícios em comparação com as políticas baseadas em episiotomia de rotina. Há menos trauma perineal posterior, menos sutura e menos complicações na cicatrização, no entanto houve um aumento do risco de trauma perineal anterior, não considerado grave.



EPISIOTOMIA

Baseando as práticas em evidências e segundo as orientações da OMS (1996), da NICE (2007) e do Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2012) propõe-se:

- Não praticar episiotomia rotineiramente;
- A realização de episiotomia deve estar limitada à suspeita de sofrimento fetal, de forma a abreviar o período expulsivo, e durante um parto instrumental.

PROCEDIMENTOS NO 3.º ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO

- Os objetivos deste estadio são interferir o mínimo possível com os processos fisiológicos e o relacionamento entre a díade/tríade, e minimizar os efeitos adversos graves.

(Enkin et al, 2005).

PROCEDIMENTOS NO 3.º ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO

Gestão ativa

- Administração profilática de fármacos uterotômicos,
- Corte precoce do cordão umbilical,
- Tração controlada do cordão,
- Massagem uterina.

Gestão passiva

- Não administração de terapêutica uterotômica
- Corte tardio do cordão umbilical,
- Expulsão da placenta espontaneamente.

PROCEDIMENTOS NO 3.º ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO

Os procedimentos mais seguros no sentido de prevenir a hemorragia pós-parto são:

- Administrar de ocitocina 10 ui IM/EV;
- Clampar e cortar tardiamente o cordão umbilical;
- Realizar tração controlada do cordão umbilical;
- Não realizar massagem uterina, desde que não haja evidência de hemorragia.

(OMS, 2012)

PROCEDIMENTOS NO 3.º ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO

Algumas mulheres e profissionais preferem a atitude expectante nesta etapa do trabalho de parto, em que é vista como uma abordagem mais fisiológica e menos intervencionista, e evita procedimentos desconfortáveis logo após o nascimento, momento em que a mãe pretende concentrar-se no bebé.

(Mshweshwe, Hofmeyr & Gulmezoglu, 2009)

PROCEDIMENTOS NO 3.º ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO

- Observar a condição física da mulher (coloração da pele, respiração, pulso, e a própria descrição de como a mulher se está a sentir) e a perda hemática vaginal;
- Não administração de terapêutica uterotômica;
- Clampar e cortar tardiamente o cordão umbilical quando terminar de pulsar (1-3 minutos), desde que o recém-nascido não surja com uma circular cervical apertada ou necessite de manobras de reanimação;
- Permitir a expulsão da placenta com ajuda do esforço da mulher e da gravidade;
- Avaliar a placenta e membranas, relativamente à sua integridade;
- Avaliar o tônus uterino.

PROCEDIMENTOS NO 3.º ESTADIO DE TRABALHO DE PARTO

Condições que exigem intervenção médica:

- Sinais ou sintomas de hemorragia;
- Duração da expulsão da placenta superior a 1 hora

Esta proposta não deve ser encarada como uma renúncia à tecnologia, mas como uma opção que a grávida de baixo risco obstétrico tem de vivenciar o seu parto de forma mais natural, num clima de confiança, intimidade e privacidade.

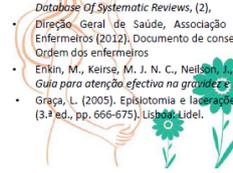


Espera-se que este manual proporcione a todos os profissionais subsídios para melhorar os cuidados, de forma a garantir qualidade no nascimento e segurança no parto, pois o objetivo maior é saúde sem prejuízo.



Referências Bibliográficas

- Alfrevic, Z., Devane, D. & Gyte, G. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (5).
- Ayres de Campos, D. (2008). Factores de risco para o trabalho de parto. In D. Ayres de Campos, N. Montenegro & T. Rodrigues (Eds.), *Protocolos de medicina materno-fetal* (2ª ed., pp. 161-162). Lisboa: Lidel.
- Carroli, G. & Mignini, L. (2012). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (11).
- Devane, D., Lalor, J., Daly, S., McGuire, W. & Smith, V. (2011). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2).
- Direção-Geral de Saúde, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Ordem dos Enfermeiros (2012). Documento de consenso «Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada». Ordem dos enfermeiros
- Etkin, M., Keirse, M. J. N. C., Nelissen, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2005). *Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Graça, L. (2005). Episiotomia e lacerações perineais. In L. M. Graça (Eds.), *Medicina materno-fetal* (3.ª ed., pp. 666-675). Lisboa: Lidel.



Referências Bibliográficas

- Gupta, J. & Hofmeyr, G. (2004). Position for women during second stage of labour. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1).
- Jones, L. et al. (2013). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (6).
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J., Dowswell, T & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2).
- Lemos, A., Amorim, M., Dornelas de Andrade, A., Souza, A., Cabral Filho, J. & Correia, J. (2013). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2).
- Mendelson, C. (1946). The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *American Journal Obstetric and Gynecologic*, 52, 191-205.
- Montenegro, C. & Bezende, J. (2011). *Rezende – Obstetria fundamental* (12.ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- NICE. (2007). *Intrapartum care, care of healthy women and their babies during childbirth*. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.



Referências Bibliográficas

- Park, S., Hwang, J., Choi, Y., & Kang, C. (2012). Effect of Postpartum Outcomes in Mother's Upright Position During the Second Stage of Labor: Systematic Review. *Korean Journal Of Women Health Nursing*, 18(3), 209-222.
- Racinet, C., Brement, S. & Lucas, C. (2008). Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – TOME XXXII, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Paris.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2012). Episiotomy - query bank. London: RCOG Guidance.
- Singatz, M., Tränmer, J. & Gyte, G. (2012). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (11).
- Walsh, D. (2007). *Evidence-based care for normal labour and birth – a guide for midwives*. London: Routledge.
- World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO.
- Yildirim, G. & Beji, N. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 35(1), 25-30.



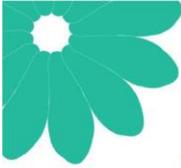
Dúvidas...

Críticas...

Sugestões...



**ANEXO F – DIAPOSITIVOS DA COMUNICAÇÃO “PARTO
HOSPITALAR...OUTRA PERSPETIVA**



PARTO HOSPITALAR... OUTRA PERSPETIVA!!!



PARTO HOSPITALAR... OUTRA PERSPETIVA!!!

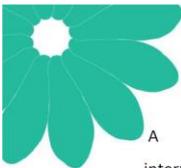


MESTRADO EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Rita Grilo

*Orientação:

Prof.ª Dra. Ana Maria Aguiar Frias



A prática hospitalar é excessivamente intervencionista, num processo natural e fisiológico como é o parto, reservando à mulher um papel passivo e sem autonomia.



(Sardo, 2009)

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



O parto natural pode ter vários significados para diferentes pessoas, o importante é permitir que a grávida crie o seu próprio parto natural, com uma combinação de estratégias que melhor se adaptem a ela, com o objetivo de parir naturalmente.

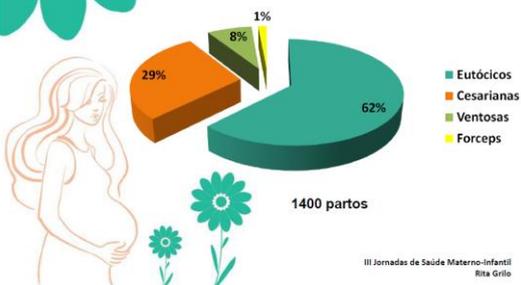


(Mallak, 2009)

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



Distribuição do Tipo de Parto 2012



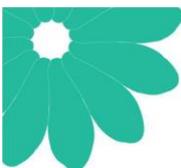
III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



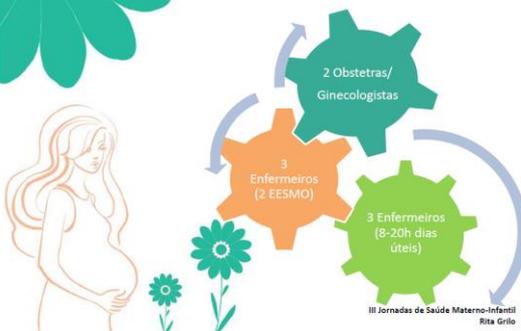
CARACTERIZAÇÃO



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



RECURSOS HUMANOS



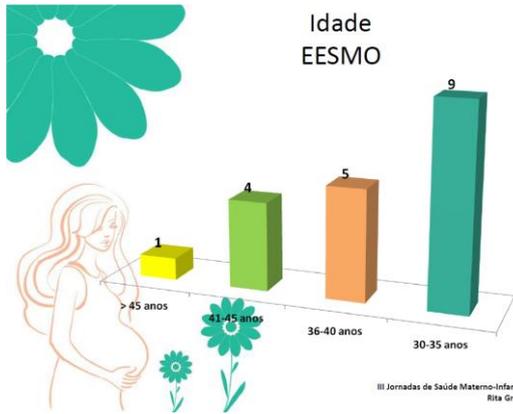
III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



Bloco de Partos Portimão



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



Objetivos

- Objetivo 1** • Proporcionar um guia de trabalho e consulta
- Objetivo 2** • Divulgar às grávidas e profissionais
- Objetivo 3** • Criar uma sala de partos com um ambiente mais familiar

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Objetivo 1

Manual de Procedimentos do Parto Natural Assistido

- Pesquisa bibliográfica – manuais de procedimentos, livros, artigos científicos e bases de dados
- Reuniões – Discussão dos aspetos técnico-científicos
- Revisão – Orientadora

Aguarda aprovação do Departamento de Saúde Materno-Infantil do CHA

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Objetivo 1

Manual de Procedimentos do Parto Natural Assistido

O **parto natural assistido** é o parto assistido por um profissional de saúde, que teve um início e progressão espontânea, culminando num nascimento também ele espontâneo.

(DGS, APEO & OE 2012)

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Fatores de risco para o Trabalho de Parto

- Fatores sociais;
- Doença materna;
- Patologia diagnosticada na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos;
- Achados na admissão ou ocorridos no TP.

(Ayres de Campos, 2008)

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Ingestão oral durante o Trabalho de Parto

- Ingestão alimentar durante o trabalho de parto

FASE PASSIVA DO TRABALHO DE PARTO

- Ingestão de dieta ligeira

FASE ACTIVA DO TRABALHO DE PARTO

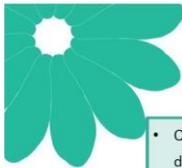
- Ingestão de dieta líquida

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Movimentação/Deambulação

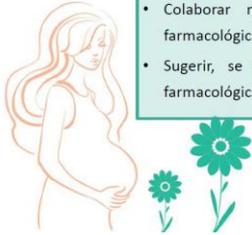
- Sugere-se que as parturientes tenham liberdade de movimentos e deambulem pelo serviço.

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

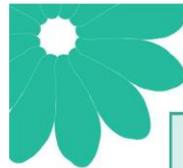


Alívio da dor em Trabalho de Parto

- Questionar à grávida o que pretende em termos de alívio da dor;
- Colaborar na utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Sugerir, se necessário, outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

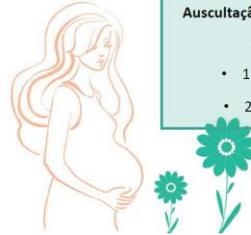


Avaliação intraparto do bem-estar fetal

Avaliação do LA – Registrar a hora da rotura de membranas e as características do LA.

Auscultação intermitente da FCF – Realização com doppler durante pelo menos 60''

- 1.º estadio do TP – intervalo de 30';
- 2.º estadio do TP – intervalo de 15'



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



Avaliação intraparto do bem-estar fetal

CTG contínuo:

- Alterações patológicas na ACF;
- Presença de LA meconial ou hemático;
- Perdas vaginais hemáticas;
- Febre materna;
- Falta de recursos humanos para a realização de auscultação intermitente.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



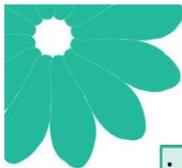
Monitorização da evolução do Trabalho de Parto

Observação vaginal

- Ser efetuado preferencialmente pelo mesmo profissional;
- De 4 em 4 horas no 1.º estadio do trabalho de parto;
- Em SOS.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

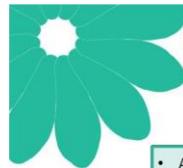


Monitorização da evolução do Trabalho de Parto

- Quando é determinado um **trabalho de parto prolongado** dever-se-á informar a equipa médica e conjuntamente ponderar uma atitude.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

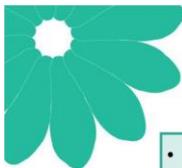


Posicionamento no 2.º estágio do Trabalho de Parto

- As mulheres devem ser desaconselhadas a permanecer em decúbito dorsal por períodos prolongados e encorajadas a assumir uma posição que lhes seja confortável durante o parto.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

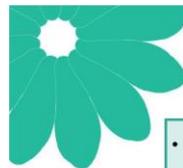


Esforços expulsivos

- Instrução às parturientes, no sentido de serem conduzidas pelos seus próprios impulsos de "puxar" durante o 2.º estadio de trabalho de parto.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



Episiotomia

- Não praticar episiotomia rotineiramente;
- A realização de episiotomia deve estar limitada à suspeita de sofrimento fetal, de forma a abreviar o período expulsivo.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Procedimentos no 3.º estadió de Trabalho de Parto

Recomendações da OMS (2012):

- Administrar de ocitocina 10 ui IM/EV;
- Clampar e cortar tardiamente o cordão umbilical;
- Realizar tração controlada do cordão umbilical;
- Não realizar massagem uterina.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Procedimentos no 3.º estadió de Trabalho de Parto

- Observar a condição física da mulher e a perda hemática vaginal;
- Não administração de terapêutica uterotómica;
- Clampar e cortar tardiamente o cordão umbilical;
- Permitir a expulsão da placenta com ajuda do esforço da mulher e da gravidade;
- Avaliar a placenta e membranas;
- Avaliar o tónus uterino.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Procedimentos no 3.º estadió de Trabalho de Parto

Condições que exigem intervenção médica:

- Sinais ou sintomas de hemorragia;
- Duração da expulsão da placenta superior a 1 hora.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Objetivo 2 SALA DE PARTOS

Visita ao Bloco de Partos do HSJ

Estrutura física e a dinâmica da sala de parto natural

Dificuldades e obstáculos



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Objetivo 2 SALA DE PARTOS

Contactada empresa de mobiliário e decoração

Patrocinadora da remodelação da sala de partos

Reunião com a Enf.ª CCI

Limitações na remodelação da sala de partos



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

LIMITAÇÕES

- Crise económica
- Fusão CHBA e HF



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Aspetos facilitadores

- Os conhecimentos, a experiência e as sugestões – Orientadora;
- O incentivo e apoio – Enfermeira Diretora, Enfermeira Chefe, Diretor do Serviço e Anestesiologista envolvido;
- A disponibilidade – Equipa do Bloco de Partos do HSJ.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

Esta proposta não deve ser encarada como uma renúncia à tecnologia, mas como uma opção que a grávida de baixo risco obstétrico tem de vivenciar o seu parto de forma mais natural, num clima de confiança, intimidade e privacidade.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



“Aquilo que há séculos nos bastava, hoje já não nos satisfaz e o que há apenas alguns anos nos satisfazia, hoje já não nos convém”.



(Adam, 1994, pp. 21)

III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo



Obrigada pela vossa atenção



PARTO HOSPITALAR... OUTRA PERSPETIVA!!!

MESTRADO EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Rita Grilo

•Orientação:

Prof.ª Dra. Ana Maria Aguiar Frias

Referências Bibliográficas

- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ayres de Campos, D. (2008). Factores de risco para o trabalho de parto. In D. Ayres de Campos, N. Montenegro & T. Rodrigues (Eds.), *Protocolos de medicina materno-fetal* (2ª ed., pp. 161-162). Lisboa: Lidel.
- Direção Geral de Saúde, Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Ordem dos Enfermeiros (2012). Documento de consenso «Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada». Ordem dos enfermeiros
- Mallak, J. (2009). Natural birth vs. birthing naturally. *International Journal Of Childbirth Education*, 24(3), 35.
- Sardo, D. S. (2009). Apresentação. In FAME (pp.5-7). *Iniciativa parto normal – documento de consenso*. Loures: Lusociencia e APEO. (Obra original em espanhol 2007)
- World Health Organization (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: WHO.



III Jornadas de Saúde Materno-Infantil
Rita Grilo

ANEXO G – FORMULÁRIO DA VISITA AO HSJ

FORMULÁRIO SALA DE PARTO NATURAL	
Itens a observar	Itens observados
Temperatura	Desejo do casal, tem um controlo na sala
Paredes	Cor: bege Painéis/cartazes: não
Tecto	Sensor de fumo e ar condicionado
Chão	Madeira
Iluminação	Direta: não Indireta: sim Orientável: não (trazem de outra sala se houver necessidade de realizar suturas perineais)
Cama	Cama individual de partos com cabeceira em madeira cerejeira, restante material de metal Perneiras: sim (guardadas num armário)
Colchão	Material, limpeza, lençóis, resguardos: tudo igual às restantes salas de partos
Janelas	Características: 1 janela fechada e opaca
Cortinas	Japonesas em tecido de cor bege
Portas	Tem 2 uma para acesso dos profissionais e outra de acesso ao corredor dos familiares
Decoração	Descrição e materiais: mesa-de-cabeceira em madeira (cerejeira), candeeiro de cabeceira em cerâmica com abajur de tecido e relógio de parede de metal.
Baldes do lixo	Saco branco e preto igual às outras salas
Material hospitalar (Localização e descrição)	Armário de madeira esquerda (cerejeira): kit material de parto, kit de sutura, luvas esterilizadas, ventosas, aparelho de avaliação de TA e de ACF, sondas de aspiração de adulto e cânulas de oxigenioterapia Armário de madeira direita (cerejeira): perneiras, colchão e cobertores Mesa-de-cabeceira em madeira (cerejeira): luvas de exame, giletes, lubrificante, compressas, pinças de RABA, pensos higiénicos, fraldas e resguardos

Itens a observar	Itens observados
CTG	Localização: quando necessário retira-se de outra sala de partos
Rampas de oxigénio e aspiração	Localização: armário de madeira esquerdo
Material para o RN (Localização e descrição)	Cómoda com fraldário em madeira cerejeira com linha direitas: À vista: craveira, caixa de cortantes, toalhas, luvas esterilizadas e não esterilizadas, álcool a 70%, tesoura, adesivo, estetoscópio, fita métrica, rampas de oxigénio e vácuo, sondas de aspiração e de alimentação Gaveta: kit de reanimação, fraldas de RN, tubos de colheitas
Crítérios de inclusão/exclusão das parturientes	Inclusão: grávidas de baixo risco obstétrico
Deambulação	As parturientes podem deambular no quarto e corredor exterior
Ingestão oral	Água e chá em pequenas quantidades de cada vez
Observações vaginais	Critério da parturiente e segundo a avaliação do profissional que segue o trabalho de parto
Avaliação do bem-estar fetal	Critério da parturiente e segundo a avaliação do profissional que segue o trabalho de parto Se desejar avaliação intermitente realiza-se por um período de 20 a 30 minutos
Posição no período expulsivo:	Litotomia, cócoras no banco de partos

Itens a observar	Itens observados
Medidas não farmacológicas de alívio da dor:	Bola de partos Banheira ou chuveiro Musicoterapia (parturiente pode trazer de sua preferência) Massagem e contrapressão
Cuidados ao períneo:	Realiza-se episiotomia se existir sofrimento fetal, necessidade de parto instrumentado ou risco de laceração perineal
Dequitação:	Superior a 1 hora ou existir hemorragia necessita intervenção médica
Assistência ao RN:	Clampagem do cordão: pode ser o pai e se o casal desejar efetua-se clampagem tardia Contacto pele-a-pele: efetua-se durante o tempo que a parturiente desejar Amamentação: inicia-se na 1. ^a ½ hora de vida Outros: vitamina K e clorocil
Intercorrências no parto (descrição e resolução)	A maioria das parturientes não tolera a dor e desistem do parto não medicalizado e solicitam medidas farmacológicas de alívio da dor – transferem-se para outras salas de partos Qualquer intercorrência do parto soluciona-se à semelhança das outras salas
Dificuldades:	A falta de preparação das parturientes para um parto não medicalizado A decisão informada surgiu no seguimento de uma situação em que a parturiente não quis monitorização contínua no período expulsivo após ter sido detetada bradicárdia fetal com índice de Apgar baixo do recém-nascido e posteriormente referiu não ter sido informada dos riscos

ANEXO H – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE VISITA AO HSJ



Portimão (sede):
Tel. 282 450 300 Fax. 282 450 390
Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão
Lagos:
Tel. 282 770 100 Fax. 282 763 115
R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

Exma. Senhora
Enf.^a Eurídice Portela
Enfermeira Diretora do
Hospital de S. João
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

S/ Ref ^a	N ^o	N/ N ^o	231/ED/sm
Data:		Ref ^a Data:	2013/04/24

Assunto: Visita ao Bloco de Partos do Hospital de S. João.

A Sr^a Enf^a Ana Rita Grilo, Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções no Bloco de Partos desta Instituição, e a frequentar actualmente o Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, pretende desenvolver, para posterior implementação neste serviço, um projecto intitulado "Parto Hospitalar...Outra Perspectiva" com o objectivo geral de melhorar a qualidade de cuidados á parturiente/acompanhante/recém-nascido, reduzindo as intervenções invasivas desnecessárias, sem comprometer a segurança perinatal e como objectivos específicos:

- Proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância de trabalho de parto normal;
- Divulgar às grávidas a existência da oferta deste serviço;
- Criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.

Este projecto, considerado de grande interesse para a Instituição, teve a aprovação do Conselho de Administração deste Centro Hospitalar.

ANEXO I – CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

1. Fase de Projecto

Actividades	Objectivos	Estratégias	Datas
1. Pedido de autorização para a realização do projeto ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.	Obter parecer favorável para a realização do projeto no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.	- Reunião formal com a Enf. ^a Diretora do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. - Pedido formal escrito ao conselho de administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio para a criação do Manual.	Abril
2. Pesquisa bibliográfica.	Adquirir conhecimentos relacionados com o tema do projeto.	- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática através de manuais de procedimentos, livros, artigos científicos e bases de dados.	Março e Abril
3. Divulgação do projeto ao Diretor de Serviço de Ginecologia/Obstetrícia e Enf. ^a Chefe do Bloco de Partos	Obter a colaboração do Diretor de Serviço de Ginecologia/Obstetrícia e da Enf. ^a Chefe do Bloco de Partos na realização do manual.	- Reunião formal com o Diretor de Serviço de Ginecologia/Obstetrícia e a Enf. ^a Chefe do Bloco de Partos.	Abril

2. Fase de Intervenção

Actividades	Objectivos	Estratégias	Datas
1. Criar um manual de procedimentos da vigilância de trabalho de parto normal 2. Divulgação do manual pelos profissionais do serviço	Proporcionar um guia de trabalho e consulta para o grupo profissional, dos critérios e procedimentos da vigilância de trabalho de parto normal	- Fundamentar os procedimentos com bases científicas; - Reunir com o Diretor de Serviço de Ginecologia/Obstetrícia e a Enf. ^a Chefe do Bloco de Partos para consulta dos seus pareceres e discussão dos procedimentos; - Recolha de opiniões dos vários profissionais do Bloco de Partos (Enfermeiros, Obstetras e Pediatras); - Consulta dos protocolos da sala de partos do Hospital de São João no Porto. - Realizar uma atividade formativa no âmbito da formação em serviço subordinada ao tema: manual de procedimentos da vigilância de trabalho de parto normal	Abril e Maio
3. Divulgação do projeto nos Centros de Saúde e nos locais de preparação para o parto e parentalidade	Divulgar às grávidas a existência da oferta de um serviço com oportunidade de ter um parto o mais natural possível	- Reunião com a Enf. ^a coordenadora da UCF-ACES do barlavento algarvio - Reunião com os profissionais responsáveis por os cursos de preparação para o parto e parentalidade.	Maio
4. Transformar a sala de partos n.º5 do Bloco de partos numa sala com ambiente alegre, diferente do aspeto de uma sala cirúrgica.	Criar uma sala de partos com um ambiente com características mais familiares e menos hospitalares.	- Visita ao Bloco de Partos do Hospital de São João, no Porto; - Contactar várias empresas de mobiliário e decoração no sentido de serem patrocinadoras da remodelação da sala de partos; - Interceder junto dos Serviços de Instalações e Equipamentos com vista à remodelação da sala de partos.	Abril a Junho

3. Fase de Relatório

Atividades	Objetivos	Estratégias	Datas
1. Realização do relatório da intervenção realizada.	Servir de documento para avaliação da implementação do projeto. Obter o Grau de Mestre	- Realização de um documento escrito, onde se descreve: Análise reflexiva sobre os objetivos e sobre as intervenções Identificação das dificuldades sentidas e limitações do projeto - Apresentar o relatório para ser submetido ao júri de provas públicas para a obtenção do grau de mestre	Junho e Julho