

# MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL



2014



# **MANUAL DE BOAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL**

**Baseado nas Recomendações  
da Organização Mundial de Saúde  
[OMS, 1996]**



Trabalho desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria  
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Universidade de Évora

Enfermeira Especialista SMO: Maria João Pimenta Marques [HESE-EPE]  
Orientação: Professora-Coordenadora Margarida Sim-Sim [ESESJDUE]

## ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
1. BOAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL.....	5
2. PLANO DE NASCIMENTO.....	10
3. AMBIENTE FISÍCO EM MEIO HOSPITALAR.....	12
4. PROCEDIMENTOS ROTINEIROS NA ADMISSÃO.....	14
5. PARTOGRAMA.....	16
6. HIDRATAÇÃO/INGESTÃO.....	18
7. APOIO NO TRABALHO DE PARTO.....	20
8. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS.....	21
9. POSIÇÕES VERTICAIS.....	25
10. CUIDADOS COM O PERÍNEO.....	30
11. GESTÃO ATIVA DO TERCEIRO ESTÁDIO.....	34
12. CUIDADOS AO RECÉM NASCIDO.....	36
13. NOTA FINAL.....	38
14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

## NOTA INTRODUTÓRIA

O conceito de Boas Práticas surgiu na última década na literatura científica como indicador dos esforços em direção à excelência dos cuidados (Kiwanuka, Boyar & Jensen, 2013). As Boas Práticas são uma corrente perfilhada por organizações representativas e aplicadas pelas instituições de saúde no sentido do bem cuidar os seus clientes (WHO, 2010).

Através de medidas corretamente instituídas é possível prestar mais e melhor saúde à população com maior gratificação dos profissionais. A Direção Geral de Saúde [DGS] estimula as Boas Práticas, instituindo desde 2006, prémios aos melhores projetos através do programa de Qualidade e Inovação (DGS, 2013).

É objetivo deste manual **facultar aos profissionais de saúde um resumo das orientações que a Organização Mundial de Saúde [OMS] recomenda há quase duas décadas no sentido do cuidar a mulher em parto normal.**

**Agradecimento:** As autoras agradecem à Senhora Helena Guimarães que se disponibilizou para a maioria das fotografias que ilustram este trabalho.

## 1. BOAS PRÁTICAS NO PARTO NORMAL

O objetivo do Cuidar no parto normal, na perspectiva do cuidador, consiste em alcançar uma situação de saúde materna e infantil com a menor intervenção possível compatível simultaneamente com a segurança de todos os intervenientes (WHO, 1996).

O nascimento é um evento de mudança de vida e o apoio dado às mulheres durante o trabalho de parto [TP] potencializa os seus papéis a curto e longo prazo (NICE, 2007).

Numa visão cuidativa, procura-se uma assistência personalizada, disponibilizando informação à mulher, para que seja o centro em todo este processo (Kitzinger, 2004).

Os serviços de saúde convencionais, ao desvalorizarem a participação ativa da parturiente e continuando a atuar com procedimentos rotineiros e dispensáveis, aumentam a intervenção clínica, o que redundará não raras vezes em cesarianas.

Ou seja, nas últimas décadas o parto tem sido centrado no profissional de saúde e nas normas institucionalizadas (Rocha & Novaes, 2010).

As Boas Práticas Obstétricas respeitam os processos fisiológicos e a dinâmica de cada nascimento, evitando excessos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Schneck & Riesco, 2006).

As evidências científicas tem vindo a demonstrar que a fisiologia do parto necessita de ser respeitada, facto defendido pela OMS. Num esforço de décadas e iniciado com a Declaração de Fortaleza, em 1985, a OMS publicou, logo em 1996, o Manual ***“Care in normal Birth”***.

No modelo assistencial da OMS, o conjunto de práticas aborda a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal.

As práticas obstétricas são classificadas em quatro categorias, que em seguida se apresentam, dominando uma perspectiva menos interventiva do profissional e mais pró-ativa da mulher.

## Classificação de práticas da OMS:

### Categoria A

- Práticas que são utilmente demonstradas e que deveriam ser encorajadas.

### Categoria B

- Práticas que são claramente prejudiciais e que deveriam ser eliminadas.

### Categoria C

- Práticas cuja evidência científica é insuficiente para suportar uma clara recomendação e que deveriam ser utilizadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais as classificam a ser utilizadas.

### Categoria D

- Práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada.



Os principais conceitos relativos à temática do Parto Normal são definidos como:

**Parto Normal** – Parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento, no qual a criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez, e em que a mãe e o bebé se apresentam em boas condições depois do parto (FAME, 2007; OE & APEO, 2012; WHO, 1996).

**Parto Natural Assistido** – Parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido por profissional de saúde (OE, 2012).

**Parto Normal [critérios de inclusão da OE & APEO]:** Partos sujeitos a intervenções, não implementadas por rotina, mas suportadas pela evidência científica, com o fim de facilitar a progressão do TP e parto vaginal, tais como:

- Rutura artificial de membranas, sempre que não realizada com o intuito de induzir o TP
- Monitorização fetal contínua



- Controlo da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos
- Correção de distócias dinâmicas
- Episiotomia justificada por razões materna ou fetais
- Conduta ativa do 3.º período do TP
- Parto com complicações *minor* – como a hemorragia pós-parto ligeira e facilmente controlada, laceração de 1.º e 2.º grau e reparação perineal
- Administração de antibiótico para profilaxia da infeção neonatal

**Parto Normal [critérios de exclusão da OE & APEO]:** são excluídos do conceito de Parto Normal os partos com:

- Indução de TP (com prostaglandina, oxitócicos ou rutura artificial de membranas)
- Fórceps
- Ventosa
- Anestesia geral
- Cesariana



## 2. PLANO DE NASCIMENTO

**Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

O Plano de Nascimento [PN] é um documento escrito onde a grávida manifesta e clarifica os seus desejos e expectativas para o nascimento do bebé. É importante evitar a obsessão por um parto perfeito. Há que alertar que as expectativas e os PN estão sujeitos a alterações pelas situações clínicas que o parto pode requerer. O PN deve ser elaborado entre as 28 e as 32 semanas de gestação. A enfermeira que acompanha a mulher durante a gravidez deve facilitar-lhe a elaboração do PN. A mulher deve visitar o hospital de referência para conhecer as opções oferecidas e as decisões que pode tomar. Durante a assistência pré-natal a mulher terá planeado com o apoio da parteira, como deseja o parto, o local, as intervenções, o acompanhante e outros aspetos significativos na experiência. Quando se inicia o TP, o PN deve constar no processo, ser do conhecimento dos profissionais e no desenrolar do TP sempre que possível devem ser satisfeitos os desejos da parturiente (FAME, 2007; NICE, 2007; WHO, 1996).

Um modelo de PN é apresentado na página seguinte.

**MODELO DO PLANO DE NASCIMENTO<sup>2</sup>**

Nome e apelido: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome da parteira que assistiu a gravidez: \_\_\_\_\_

Nome do obstetra que assistiu a gravidez: \_\_\_\_\_

Data provável do parto: \_\_\_\_\_ Hospital previsto para o parto: \_\_\_\_\_

**AS MINHAS REFERÊNCIAS PARA O PARTO SÃO:****Espaço físico. Prefiro**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Sala de dilatação/parto única, com ambiente agradável e confortável: parecida ao lar | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Sala com alta tecnologia: sala de partos do tipo BO                                  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Acompanhantes e ambientes durante o processo de parto. Prefiro**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ A pessoa que quero que me acompanhe durante o parto é: _____ |                              |                              |
| ➤ Prefiro utilizar a minha roupa pessoal durante o parto       | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Prefiro ouvir música durante a dilatação                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Prefiro ter as luzes mais baixas                             | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Procedimento durante o parto. Prefiro**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Administração de enema                                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Tricotomia   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Ingerir líquidos durante o parto                           | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Que não me coloquem um acesso venoso se não for necessário | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Que não me induzam o parto se não for necessário           | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Tipo de apreciação do bem-estar fetal. Prefiro**

- |                                      |                              |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Auscultação com dopler             | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Monitorização externa intermitente | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Monitorização externa contínua     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Métodos para alívio da dor. Prefiro**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Relaxamento e técnicas de respiração                                   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Adostrar diferentes posições, massagens, água, terapias complementares | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Prefiro o parto sem anestesia  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Analgesia epidural   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Mobilidade e posturas durante a dilatação. Prefiro**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Poder caminhar, mover-me                 | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Poder utilizar bolas, conchas, almofadas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Poder usar uma banheira                  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Estar deitada numa cama                  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Posturas e puxos durante o período expulsivo. Prefiro**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Poder eleger uma destas posições: sentada, de cócoras, de pé, numa cadeira de parto | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Utilizar as novas mesas articuladas de partos                                       | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Estar em posição ginecológica: mesa de partos                                       | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Quando a dilatação esteja completa, não começar a fazer força até que tenha vontade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Que me digam quando começar a fazer força   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Ter um espelho no momento do nascimento   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Episiotomia. Prefiro**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Que não me façam episiotomia, se não for necessário | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|---|------------------------------|------------------------------|

**Nascimento do bebé. Prefiro**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Ter contacto, pele a pele, imediatamente após o nascimento do bebé                          | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Cortar o cordão quando deixar de pulsar   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Que os primeiros cuidados ao bebé, sempre que esteja tudo bem, sejam prestados perto de mim | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Aleitamento materno. Prefiro**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Iniciar o aleitamento materno tão cedo quanto possível                                       | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Possibilidade de permanecer um tempo sozinha depois do parto: o acompanhante, a mãe e o bebé | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ A amamentação materna em horário livre   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Que não sejam fornecidos suplementos ao recém-nascido se não for por um problema de saúde    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Que me ensinem sobre como amamentar  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**Estadia no hospital. Prefiro**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ➤ Habitação conjunta com o bebé  | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ➤ Alta hospitalar precoce sempre que o meu estado de saúde e do bebé o permitam (24-48h) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

<sup>2</sup> - FAME. Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007. Tradução APEO, 2008 (no prelo).

### 3. AMBIENTE FÍSICO EM MEIO HOSPITALAR

#### **Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

Tem vindo a ser demonstrado que um espaço arquitetónico “amigável” favorece o parto normal, diminui o número de intervenções desnecessárias e aumenta a satisfação da mulher (WHO, 1996).

Muitas mulheres TP ao entrarem no hospital são envolvidas por alguns receios, medos associados à doença. O ambiente físico em que a mulher se encontra durante o TP influencia a sua evolução (FAME, 2007).

Alguns hospitais reuniram esforços e instalaram um ambiente *home-like* (semelhante ao de casa) nos quartos das salas de parto. O meio envolvente deste tipo reduz a ansiedade e o medo, promove a mobilidade e o autocontrole (Hodnett, Downe & Walsh, 2012).

Os benefícios incluem uma maior satisfação materna, a redução das taxas de trauma perineal e o regresso ao local para o próximo nascimento. Alguns requisitos do ambiente são:



- ♦ Ambiente aquecido
- ♦ Privacidade preservada
- ♦ Evitar ruídos, luminosidade e exposição de recursos materiais

## **Características do espaço arquitetónico:**

- Sala única para o TP e Parto
- Ambiente agradável e semelhante ao lar
- Móveis com cores cálidas
- Uso individual e com isolamento acústico
- Ambiente único e sem necessidade de mudar de lugar

### **Modelo do quarto para assistência ao parto normal/natural assistido do Hospital de S. João do Porto**



### **Outros fatores do ambiente importantes para a mulher:**

- Conhecer antecipadamente o local e os profissionais
- Ter confiança na equipa que a irá atender
- Dispor da atenção de uma parteira durante o TP e Parto
- Ter acesso a ajuda médica em caso de complicações
- Apoiar a mulher na escolha de uma pessoa significativa para a acompanhar (WHO, 1996).

## 4. PROCEDIMENTOS ROTINEIROS NA ADMISSÃO

**Categoria A** — Práticas que devem ser encorajadas

A preparação para o nascimento durante a admissão hospitalar inclui alguns procedimentos rotineiros tais como:

- Avaliação dos **fatores de risco**
- Avaliação dos **sinais vitais**

Esta avaliação é importante pois pode ter implicações no resultado final do nascimento e portanto influencia a gestão do TP. Para além destes procedimentos o enema e a tricotomia merecem alguma atenção.

**Categoria B** — Práticas que devem ser eliminadas

No momento de admissão continua a ser prática corrente fornecer à grávida **enema** de limpeza intestinal (clister/microlax).

Pressupõe-se que as contrações uterinas são estimuladas e que auxilia no esvaziamento intestinal permitindo a descida da cabeça fetal.

A aplicação do microlax torna-se desconfortável, pelo que não deve ser fornecido exceto se assim o solicitarem (WHO, 1996).



O uso rotineiro dos enemas/microlax não é recomendado por não ter efeitos benéficos significativos nas taxas de infeções (infeção do períneo e feridas, infeções neonatais e/ou no conforto e satisfação da mulher (Revez, Gaitán & Cuervo, 2013).

A **tricotomia** é outro procedimento rotineiro que é executado com o pressuposto de reduzir a infeção e facilitar a reparação dos tecidos (WHO, 1996).

No entanto os estudos disponíveis são insuficientes para comprovar estes benefícios e recomendar a tricotomia à mulher em TP durante a admissão hospitalar (Basevi & Lavender, 2009).

Acresce que apresenta efeitos adversos, nomeadamente:

- Irritação
  - Rubor
  - ardor
  - prurido na zona vulvar
  - desconforto na mulher
- (FAME, 2007)



## 5. PARTOGRAMA

### **Categoria A** – Prática que deve ser encorajada

A OMS recomenda a utilização do partograma para o acompanhamento do TP, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbidade e mortalidade fetal.

O partograma consiste na representação gráfica do TP e constitui um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação em relação ao tempo (Rocha, Oliveira, Schneck, Riesco & Costa, 2009).

A sua correta utilização permite a deteção precoce de distócias, a eliminação de carácter subjetivo do diagnóstico, facilita a tomada de decisões apropriadas e evita intervenções desnecessárias (Vasconcelos, Martins, Matos, Tyrrel, Bezerra & Porto, 2013).

Este instrumento melhora o acompanhamento do TP e final da gestação (WHO, 1996). Os profissionais de saúde devem fazer formação para se atingir a melhor eficácia do partograma (Lavender, Hart & Smyth, 2013).



# MODELO PARTOGRAMA

**Hospital - Espírito Santo E.P.E.**

## PARTOGRAMA

Processo \_\_\_\_\_ **GRUPO** \_\_\_\_\_ **FACTORIUM** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Isoimunização- Sim  Não

MOTIVO DE INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ **URG. PROG.**

Patologia \_\_\_\_\_

B.A. à entrada  Intacta \_\_\_\_\_ h de \_\_\_\_\_ Última ingestão de alimentos às \_\_\_\_\_ horas dia \_\_\_\_\_  
 Rota Suspeita \_\_\_\_\_ Início do parto \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas dia \_\_\_\_\_

**Características do L.A.**

PLANO DA APRESEN.	SERVIDO-MÉTRICA	FORÇA
I - 4	9	220
- 3	8	200
II - 2	7	180
- 1	6	160
III 0	5	140
1	4	120
2	3	100
3	2	80
IV 4	1	60
0		

DINÂMICA UTERINA \_\_\_\_\_

LIQUIDO AMNIOTICO \_\_\_\_\_

PH FETAL \_\_\_\_\_

CTG. \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO \_\_\_\_\_

OUTROS EXAMES \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

TIPO DE DESFEIZO				
Útero	Termo	Pré-Termo	Aborto Estop.	Filhos Vivos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U.M. Normal <input type="checkbox"/>		P.P. _____		
L.G. Anormal <input type="checkbox"/>		Sem _____ Dias _____		

GRAVIDADES ANTERIORES																
GRAV.	Data Parto Aborto	ABORTO < 22 sem.	> 22 SEM. VIVO OU FETO-MORTO												Local do Parto	Problemas Associados
			VAGINAL						CESARIANA							
Nº	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																

\* D/C A (Aspiração) P (Prostaglandina) H (Histerotomia) O (Outro) D (Desconhecido)  
 \*\* FM (Feto Morto) NN (Neo-Natal) I (Infantil)

**RECÉM - NASCIDO**

SEXO.....

PESO.....

I. APGAR AO 1'.....

I. APGAR AD 5'.....

PH CORDÃO.....

Anomalias.....

Parto-  Eutócico  Cefálico  Pélvico  Distócico

Analgesia \_\_\_\_\_

Anestesia \_\_\_\_\_

DEQUITADURA Natural  Artificial  Membranas completas - SIM  NÃO  Hemorragia SIM  NÃO

PLACENTA Forma \_\_\_\_\_ Aspecto \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Anomalias \_\_\_\_\_

CORDÃO Inserção \_\_\_\_\_ Aspecto \_\_\_\_\_ Anomalias \_\_\_\_\_

PERÍNEO - Rotura grau \_\_\_\_\_ Episiotomia \_\_\_\_\_

PARTO DATA \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Nº Mec. \_\_\_\_\_

HORA \_\_\_\_\_ Enfermeira \_\_\_\_\_ Nº Mec. \_\_\_\_\_

EPISIOTOMIA HORA \_\_\_\_\_ Nº Mec. \_\_\_\_\_

## 6. HIDRATAÇÃO/INGESTÃO

### **Categoria D** — Prática que deve ser eliminada

O trabalho de parto [TP] consome uma enorme quantidade de energia. A duração do TP e parto é um processo que não se consegue prever pelo que as fontes de energia necessitam ser repostas para assegurar o bem estar materno/fetal (FAME, 2007; WHO, 1996).

A falta de equilíbrio nutricional pode ser associada a TP mais prolongados e mais dolorosos (Singata, Tranmer & Gyte, 2010).

As restrições orais conduzem a situações de desidratação e cetose. O tratamento com infusões de glucose intravenosa [IV] e fluídos tem riscos, nomeadamente a hiperinsulina fetal e a hipoglicémia neonatal. Por sua vez, o excessivo uso de soluções (sem sal) IV pode levar à hiponatrémia na mãe e na criança (WHO, 1996). A rotina de soluções IV interfere com o processo natural e limita a liberdade de movimentos das mulheres.

A restrição de alimentos e líquidos não garante a redução do conteúdo gástrico e a prevenção do Síndrome de Mendelson's (Gallego & Puertas, 2007; WHO, 1996).

Para o normal nascimento de baixo risco em qualquer contexto recomenda-se que não haja restrição de alimentos (FAME, 2007; NICE, 2007; RCM, 2012; WHO, 1996).

Restringir a ingestão oral pode ser desagradável para certas mulheres, e pode influenciar negativamente a experiência do nascimento (Singata, Tranmer & Gyte, 2013)

**Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

**As práticas baseadas nas evidências científicas sugerem a ingestão de alimentos e líquidos às parturientes de baixo risco e sem complicações**



**Fase Latente**

**Dieta ligeira: saladas, sopas, frutas, gelatinas, bolachas e líquidos**



**Fase Ativa**

**Dieta líquida: chá, sumos, água e bebidas isotônicas**

## 7. APOIO NO TRABALHO DE PARTO

### **Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

O suporte empático, antes e durante o TP por parte dos profissionais de saúde e acompanhante pode reduzir a necessidade de fármacos para o alívio da dor e melhorar a experiência do nascimento (Christiaens et al., 2010; FAME, 2007; OE & APEO 2012; WHO, 1996).

As mulheres não necessitam tanto de medicação para o alívio da dor, demonstram maior satisfação e têm TP mais curtos (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2013).



## 8. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

**Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

A experiência da dor nas mulheres em TP é o produto de uma acumulação de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais (FAME, 2007).

A tarefa mais importante no atendimento ao nascimento é ajudar a mulher a cooperar com a dor no TP. Os profissionais de saúde devem perceber como os seus próprios valores e crenças afetam a sua atitude em lidar com a dor no TP e garantir a assistência nas escolhas das mulheres (NICE, 2007).

O alívio da dor durante o TP contribui para aumentar o bem estar físico e emocional da parturiente e deverá ser um cuidado prioritário das parteiras (FAME, 2007; ICM, 2011; RCM, 2012; WHO, 1996).

Os fármacos podem aliviar a dor, mas é fundamental uma abordagem aos métodos não farmacológicos durante os cuidados pré-natais (WHO, 1996).

As evidências têm demonstrado que os métodos não farmacológicos para o alívio da dor são inofensivos, de baixo custo, eficientes e benéficos para a mulher e feto (Hodnett et al., 2013).

Os principais métodos não farmacológicos (ativam os recetores sensoriais periféricos) e seus benefícios de alívio da dor durante o TP, são os seguintes:

### **Apoio contínuo à grávida (parteira/acompanhante)**

- Menor necessidade de analgésicos
- Melhora a progressão do TP (TP mais curtos)
- Maior satisfação com a experiência no parto



### **Liberdade de movimentos (caminhar, posições alternativas)**

- Diminui a dor e o desconforto
- Menos necessidade de analgesia epidural
- Menos alterações da FCF
- Reduz a duração do TP
- Menos trauma perineal/vaginal e infeções da ferida



- Aumenta o espaço possível do canal pélvico e a descida da apresentação fetal



- **Hidroterapia** (água quente, duche/imersão)
- Induz relaxamento na mulher
- Reduz ansiedade (estimula a produção de endorfinas)
- Melhora a perfusão uterina
- Aumenta a sensação de controle da dor e satisfação
- Reduz a utilização da analgesia epidural



## **Técnica de Relaxamento** (muscular e respiratória)

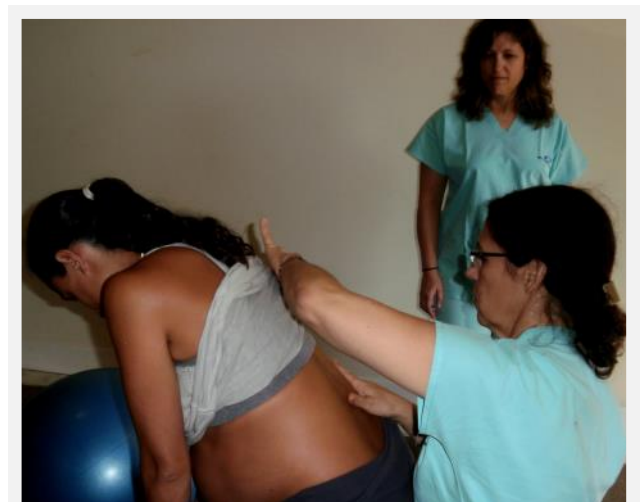
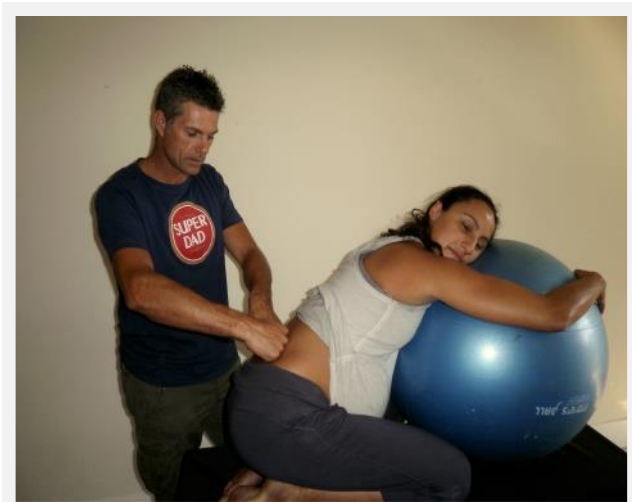
- Percepção subjetiva de maior controle da dor
- Diminuição de ansiedade
- Aumenta a distração da atenção à dor
- Reduz a sua percepção

A mulher é encorajada a focar-se em sensações associadas à libertação da tensão muscular e a sentimentos de conforto (Smith, Levett & Collins, 2011).

## **Toque e massagem** (parteira/acompanhante)

- Estimula diferentes recetores sensoriais
- Reduz os estímulos dolorosos
- Melhora o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos

As massagens podem ter um desempenho na redução da dor, e aumentar na mulher a experiência emocional durante o TP (Smith, Levett, Collins & Jones, 2012).





## 9. POSIÇÕES VERTICAIS

### **Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

A OMS refere que as evidências têm demonstrado que as posições supinas durante o TP afetam a circulação uterina, podem causar compressão da aortacaval e a redução da circulação e comprometer o bem estar fetal. Por sua vez, reduzem a intensidade das contrações e interferem com o progresso do TP (WHO, 1996).

Atualmente, várias organizações mundiais “FAME, ICM, NICE, RCM & WHO”, têm vindo a recomendar que a mulher tenha liberdade na escolha da posição a adotar e a desincentivar a posição supina durante o TP.

A posição vertical no TP pela ação da gravidade favorece o trajeto e descida fetal, impede a compressão dos grandes vasos maternos, aumenta os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acidobásico e melhora a eficácia da contratilidade uterina (Mamede, Mamede & Dotto, 2007). As parturientes têm menos dores, maior satisfação, menos necessidade de analgesia epidural, menos necessidade de administrar oxitocina, menos alterações no padrão da

FCF, menos trauma na perineal/vaginal e infeções da ferida e diminuição na duração do TP (Mamede, Almeida & Clapis, 2004).

No entanto, a posição vertical em situações de rutura das membranas e na presença do não encaixamento da cabeça fetal não é recomendada (WHO, 1996).

Um estudo comparativo concluiu que nas parturientes que utilizaram a posição vertical *versus* supina, reduziu-se o risco de nascimento por cesariana, tiveram menos necessidade de recorrer à analgesia epidural e diminuiu a possibilidade do recém nascido [RN] ser admitido na unidade neonatal (Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013).

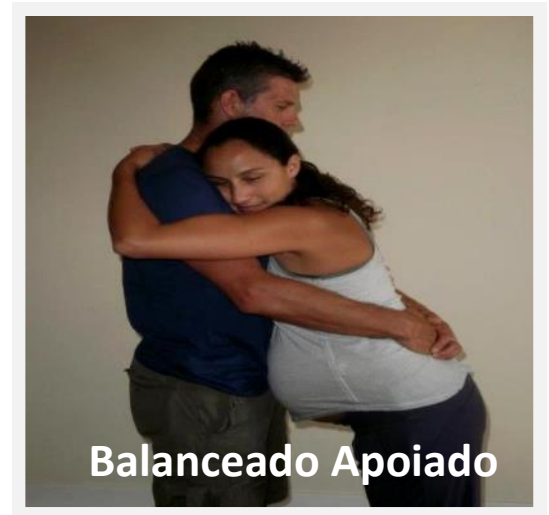
A mulher deve receber e compreender a informação sobre os riscos e benefícios na escolha de posições a adotar durante o TP (FAME, 2007; Walsh, 2012).

### **Posições durante o TP e Parto**

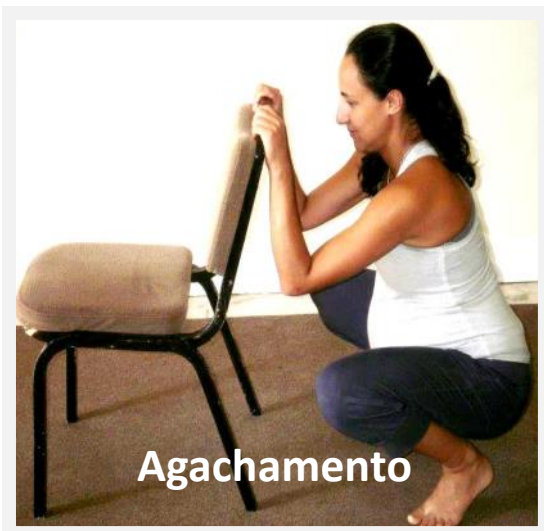
- Repouso
- Relaxamento
- Conforto



- Movimentos de balanço
- Diminui as dores e o desconforto
- Boa posição para efetuar massagens lombares
- Melhora os padrões da frequência cardíaca fetal [FCF]



**Balanceado Apoiado**



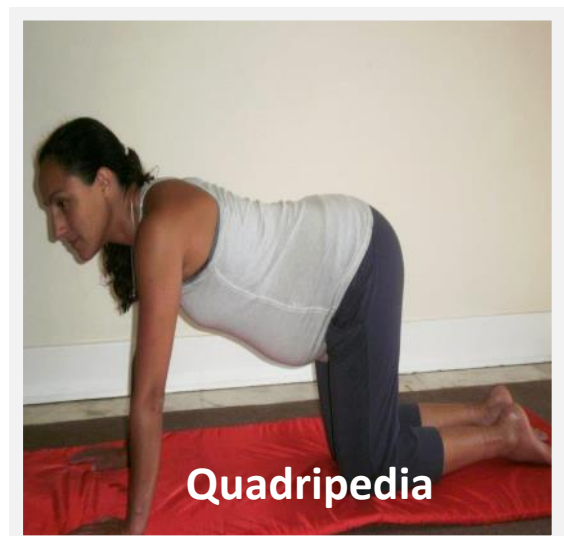
**Agachamento**

- Melhores diâmetros pélvicos
- Puxos eficazes
- Menor acesso visual
- Maior taxa de laceração perineal
- Aumento hemorrágico pós-parto

- Alivia a dor lombar
- Favorece a rotação fetal em apresentações posteriores e a descida fetal

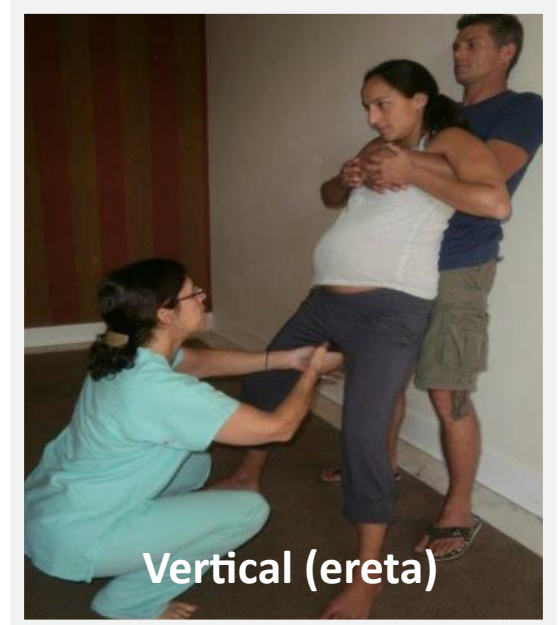
(Hunter, Hofmeyr & Kulier, 2009)

- Melhora a oxigenação fetal
- Menores traumas perineais



**Quadrípedia**

- Facilita os puxos no período expulsivo
- Reduz a dor expulsiva
- Contrações mais intensas
- Maior diâmetro pélvico
- Reduz os partos instrumentados
- Menor percentagem de más posições da cabeça fetal
- Diminui o número de episiotomias
- Diminuição dos padrões anormais da FCF
- Maior número de lacerações perineais



Vertical (ereta)



Decúbito lateral

- Bom acesso ao períneo
- Taxas mais altas de períneos intactos
- Melhores resultados perineais
- Previne o síndrome de compressão da veia cava
- Maior intensidade e menor frequência contráctil



- Maior abertura dos estreito pélvico
- Melhora a dor lombar do que na posição de litotomia
- Adequada para o uso da analgesia epidural
- Utilização parcial da gravidade

- Aumento da duração da descida, rotação e expulsão
- Diminuição da eficácia dos puxos expulsivos
- Adequado para partos instrumentados
- Comodidade do profissional
- Facilita a colocação do registo do CTG
- Mais episiotomias
- Encerramento do estreito inferior
- Menor liberdade de movimentos
- Maior ocorrência de lacerações de 3.º e 4.º grau
- Índice Apgar com tendência a scores mais baixos



## 10. CUIDADOS COM O PERÍNEO

### **Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

Os danos perineais são um dos traumas que ocorrem frequentemente na mulher durante o TP e parto e são considerados normais (WHO, 1996). Os traumas perineais podem ser influenciados por uma série de fatores: massagem perineal pré-natal, a paridade, a posição no período expulsivo, o profissional que assiste ao parto, a prática ou não da episiotomia, a macrosomia fetal, o tempo de duração do período expulsivo e a analgesia epidural (FAME, 2007).

A massagem perineal durante o pré-natal pode reduzir a probabilidade de trauma perineal (principalmente a episiotomia). As mulheres devem estar cientes dos prováveis benefícios da massagem perineal e receber informações sobre a forma de massagem (Beckman & Stock, 2013; Walsh, 2012).

A aplicação de compressas quentes no períneo durante o TP está associado a uma menor ocorrência de lacerações perineais (Aasheim, Hartmann, Palmieri, Swinson, Lohr, Gartlehner & Thorp, 2012).

Uma das técnicas de apoio para reduzir o trauma perineal consiste no retardamento da expulsão da cabeça a fim de permitir um estiramento lento do períneo (Downe, 2003), citado por Aasheim et al., (2012).

Para a prevenção da incontinência urinária de estresse encorajam-se os esforços expulsivos espontâneos *versus* esforços dirigidos (Walsh, 2012; WHO, 1996).



**Categoria C** — Prática que deve ser utilizada com precaução

A proteção manual do períneo durante o nascimento ao controlar a saída brusca da cabeça fetal pode prevenir ou reduzir danos dos tecidos perineais.

Por outro lado, a compressão do polo cefálico no assoalho pélvico aumenta a possibilidade de danos perineais (WHO, 1996).



## **Categoria B** — Prática que deve ser eliminada

Uma outra técnica é massajar o períneo no segundo estágio de TP. A prática nunca foi devidamente avaliada e há dúvidas sobre os seus benefícios ao friccionar/estirar os tecidos que já se encontram bem vascularizados e edemaciados (WHO, 1996).

## **Categoria D** — Prática utilizada de forma inapropriada

A episiotomia é utilizada para prevenir severas lacerações perineais, mas o seu uso rotineiro têm sido questionado (Carroli & Mignini, 2013).

As evidências disponíveis indicam que a episiotomia não reduz as taxas de incontinência fecal e urinária, o relaxamento do assoalho pélvico ou disfunção sexual, nos meses e anos após o parto (Viswanathan et al., 2005).

A episiotomia deve ser efetuada nas seguintes situações:

- Sinais de sofrimento fetal
- Progressão insuficiente do parto
- Ameaça de laceração de 3.º grau ou lacerações de 3.º grau em parto anterior

(Rocha & Fonseca, 2010)





**Categoria C** — Prática que deve ser utilizada com precaução

A manobra de Kristeller ou pressão no fundo do útero é uma prática corrente de muitos países que se destina acelerar o nascimento.

As evidências científicas são ainda insuficientes para suportar uma recomendação clara sobre esta prática (WHO, 1996).

### Riscos Potenciais

- Ruptura uterina
- Danos do esfíncter anal
- Fraturas e danos cerebrais no RN
- Aumento da transfusão sanguínea entre mãe e recém-nascido RN
- Desconforto/Insatisfação materna  
(Verheijen, Raven & Hofmeyr, 2009)



A pressão exercida no fundo do útero durante o segundo estágio de TP, aumenta o risco severo de danos perineais, definidos como lacerações de 3.º e 4.º grau (Philippus, Hoogsteder and Johanna & Pijenenborg, 2010).

## 11. GESTÃO ATIVA DO TERCEIRO ESTÁDIO TP

### **Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

A principal causa mundial de morte materna é a hemorragia pós-parto [HPP]. Define-se HPP como a perda de sangue de 500 ml ou superior nas 24 horas após o nascimento (WHO, 2012). O termo gestão ativa no terceiro estágio surge pela conjugação dos efeitos profiláticos da oxitocina e da tração controlada do cordão, de forma a prevenir a HPP. Na literatura a gestão ativa do terceiro estágio é mais benéfica do que a gestão expectante, a fisiológica (WHO, 1996).

#### **Prevenção da HPP (gestão ativa)**

- Administração de uterotónicos (oxitocina 10 uni. IV/IM)
- Após administração da oxitocina não realizar massagem uterina
- Clampagem tardia do cordão (1-3 min. após o nascimento)
- Clampagem precoce do cordão («1min. para reanimar o RN)
- Identificar atonia uterina (WHO, 2012)

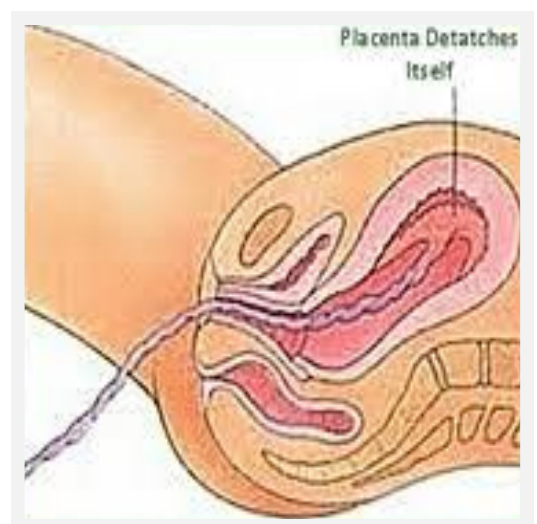


O momento ideal para a profilaxia da oxitocina, se após a liberação dos ombros do RN ou se após a dequitação, não está ainda muito bem definido (WHO, 1996).

Um estudo sistemático concluí que a administração de oxitocina após a expulsão da placenta não teve qualquer influência significativa sobre muitos resultados clinicamente importantes, tais como: a incidência de hemorragia pós-parto, a taxa de retenção de placenta e a duração do terceiro estágio do TP (Soltani, Hutchon & Poulouse, 2010).

### **Cuidados fisiológicos (gestão expectante)**

- Não administrar profilaxia ocitócica
  - Cortar o cordão após o nascimento ou depois do cordão parar de pulsar
  - Entregar o nascimento pelos esforços maternos e gravidade
  - Mamar se a mãe amamentar
- (Walsh, 2012)



Num estudo comparativo foram identificados vantagens e desvantagens em ambos os tipos de gestão (Begley, Gyte, Devane, McGuire & Weekset, 2011).

## 12. CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

**Categoria A** — Prática que deve ser encorajada

Após o nascimento todas as atenções devem ser dirigidas às condições do RN e em simultâneo a avaliação dos parâmetros normais do teste de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida.

Os cuidados imediatos ao RN envolvem os seguintes procedimentos:

- Assegurar a permeabilidade das vias aéreas
- Manutenção da temperatura corporal
- Execução do corte/clampagem do cordão (material estéril)
- Realização precoce do contato pele a pele  
(FAME, 2007; WHO, 1996)



A aspiração de secreções sistemática da oro nasofaríngea e lavagem gástrica é desaconselhada a RN com bons índices de Apgar. Esta prática pode causar lesões nas mucosas e interferir com o estabelecimento de um padrão adequado da sucção.

A perda de calor do RN é uma situação séria e que pode ocorrer com alguma frequência.

### **Prevenção de perda de calor no RN**

- Ambiente adequado na sala de partos
- Secar o RN
- Colocar o RN no tórax ou abdómen da mãe
- Cobrir com uma manta
- Colocar um gorro no RN

(FAME, 2007; Gonzalez, 2005)

A OMS recomenda o contacto pele a pele mãe/RN e apoio a iniciar a amamentação nos primeiros 30 minutos de vida. Essa prática trás benefícios para a mãe e RN. Numa revisão sistemática concluíram que este procedimento parece ter benefícios nos resultados da amamentação, estabiliza a respiração e os batimentos cardio-respiratórios e diminui o choro do RN (Moore, Anderson, Bergman & Dowswellet, 2012).



## 13. NOTA FINAL

O objetivo fundamental do presente trabalho é relembrar aos profissionais de saúde as recomendações da OMS sustentadas na evidência, face à situação de parto normal. Complementaram-se essas recomendações com outras provenientes da OE & APEO que são suportadas cientificamente, e que, conjuntamente, sugerem que se questionem e evitem os seguintes procedimentos rotineiros em parturientes de baixo risco.

### Procedimentos rotineiros a evitar:

- **Tricotomia perineal**
- **Clisteres**
- **Descolamento de membranas no pólo inferior**
- **Rutura artificial de membranas**
- **Indução do TP**
- **Aceleração do TP**
- **Exames vaginais repetidos**
- **Restrição de alimentos e água**
- **Confinamento à cama**
- **Administração de fluídos IV**
- **Controle farmacológico**
- **Algaliação**
- **Posição de litotomia**
- **Esforços expulsivos dirigidos pelo pessoal de saúde**
- **Manobra de Kristeller**
- **Episiotomia**
- **Exploração manual do útero**
- **Aspiração orofaríngea do RN que nasce vigoroso**
- **Separação do RN da mãe para prestar cuidados de rotina**



## 14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, V., Nilsen, A. B., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2012). Perineal Techniques during the second stage of labour for reducing trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Basevi, V., & Lavender, T. (2009). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Beckman, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., & Weeks, A. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Carroli, G., & Mignini, L. (2013). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Confederação Internacional de Parteiras (2011). *Competências Essenciais para o Exercício básico da profissão de Parteira*. ICM. Y:\ Task Forces- Global Standards.

Christiaens, W., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2010). *Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands*. BMC Health Services Research, 10:268. Disponível em [http://: www.biomedcentral.com/1472-6963/10/268](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/268).

Direção Geral de Saúde (2013). 7ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde. *Qualidade e Inovação*. DGS. Disponível em <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/Paginas/DefaultHome.aspx>.

Federacion de Asociaciones de Matronas de Espanha (2007). *INICIATIVA PARTO NORMAL—Documento de consenso*. Dirección General Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. FAME

Gonzalez, C. (2004). *Manual Prático de Aleitamento Materno*. Associação Catalana pro Alletament Matern (ACPAM).

Gallego, M.F., & Puertas, A. (2007). *Parto Natural: Evidência Científica a partir de las Recomendaciones de la OMS*. Serviço de Obstetrícia y Ginecologia. Hospital Universitário. Virgen de las Nieves .

Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continues support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Hunter, S., Hofmeyr, G. J., & Kulier, R. (2009). Hands and Knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.



Kitzinger, S. (2004). *El nuevo, Gran Libro del Embarazo y del Parto, alternativas y retos*. Barcelona: Ediciones Médici.

Kiwanuka, A., Boyar, V., & Jensen, M. (2013). *A nursing brief: emerging best practice in departmente of children and families nursing*. *Pediatric Nursing*, 39 (1) 28-36.

Lavender, T., Hart, A., & Smyth, R. M. (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Mamede, F. M., Almeida, A. M., & Clapis, M. J. (2004). *Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão*. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v.26, n.2, p.295-302.

Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. M. (2007). *Reflexões sobre deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto*. *Esc Anna Nery R Enferm*. Jun; 11 /2): 331-6.

Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. ( 2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their health newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

National Institute and Clinical of Excellence (2007). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. Nice Clinical guideline 55. London. NICE

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal—Uma visão partilhada*. Lisboa: OE & APEO.

Philippus, H. J., Hoogsteder and Johanna, M. A., & Pijenenborg (2010). *Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal and risk of severe perineal laceration*. Archives of Gynecology and Obstetrics. Netherlands, march; 281(3); 576-580.

Reveiz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). *Enemas during labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Rocha, C. R., & Fonseca, L. C. (2010). *Revista de Pesquisas – Cuidado é Fundamental. Assistência do Enfermeiro Obstetra à Mulher Parturiente: Em busca do respeito à natureza*. Brasil. Abr/jun. 2 (2): 807-816.

Rocha, J. A., & Novaes, P. B. (2010). *Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização mundial de Saúde para o parto normal*, vol. 38, n.º. Brasil.

Rocha, I. M., Oliveira, S. M., Schneck, C. A., Riesco, M. L., & Costa, A. S. (2009). *O partograma como instrumento de análise de assistência ao parto*. Rev. Esc. Enferm. USP 43 (4) : 880-8. Disponível em [http://: www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).

Royal College of Midwives (2012). *Evidence Guidelines Midwifery-Led Care in Labour Latent Phase*. RCM.

Schneck ,C. A., & Riesco, M. L. (2006). *Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro normal intra-hospitalar*. Revista Mineira de enfermagem, v.10, n.3. Belo Horizonte.

Smith, C. A., Levett, K. M., & Collins, C. T. (2011). Relaxation Techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., & Jones, L. (2012). Massage, Reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2010). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Singata. M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Soltani, H., Hutchon, D. R., & Poulouse, T. A. (2010). Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Vasconcelos, K. L., Martins, C. A., Matos, D. V., Tyrrel, M. A., Bezerra, A. L., & Porto, J. (2013). *Partograma: Instrumento para segurança na assistência obstétrica*. Rev Enferm. UFPE. On line

Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, K. N., Gartlehner, G., & Thorp, J. (2005). The use of episiotomy obstetrical care. *Cochrane Database of Systematics Reviews*.

Walsh, D. (2012). *Evidences and Skills for Normal Labour and Birth*. Routledge.

Verheijen, E. C., Raven, J. H., & Hofmeyr, G. J. (2009). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: a Practical guide*. Geneva:Department of Reproductive Health & Research. WHO.

World Health Organization (2010). *Implementing best practices in reproductive health. Our first 10 years 2000-2010*. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/ibp/en/>. WHO

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