



MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA



TOMADA DE POSIÇÃO N.º 01/2022 DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA SOBRE O PARTO FISIOLÓGICO SAUDÁVEL E NORMAL – CENTROS DE PARTO NORMAL

ASSUNTO

Tomada de Posição da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) para a resolução a médio e longo prazo do atual problema da gestão dos recursos humanos (médicos obstetras) e custos imputados ao SNS.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, emanou um documento centrado na assistência ao parto normal. As justificações para a elaboração do documento eram pertinentes na altura e a sua pertinência ainda se mantém atual. De facto, tal como na altura, ainda hoje, é discutido o conceito de "normalidade" no parto. Neste documento, parto normal foi definido como aquele que tem início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até ao parto. O bebé nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto e nascimento, a mãe e o filho, respetivamente, em boas condições de saúde (WHO, 1996) ¹.

Na discussão deste conceito, são apresentados dois fatores: o risco de saúde (durante a gravidez ou trabalho de parto) e a evolução do trabalho de parto. O valor preditivo de scores de risco é muito variável, já que mesmo sendo uma grávida de baixo risco no início do trabalho de parto, poderá vir a ter complicações. Por seu turno, grávidas de alto risco podem ter uma evolução do trabalho de parto sem complicações.

Neste cenário, surge frequentemente, a frase: só é possível dizer que um parto é normal retrospectivamente. Esta noção, muito difundida, fez com que obstetras em muitos países concluíssem que a assistência durante o parto normal deveria ser similar à assistência ao parto com complicações (OMS, 1996). Todavia, a evidência e a posição de inúmeras organizações de saúde em todo o mundo, defendem que esta ideia apresenta muitas desvantagens, nomeadamente: 1) o potencial de transformar um evento fisiológico normal num procedimento médico; 2) a interferência com a liberdade da mulher de viver a experiência do parto em conformidade com os seus desejos e preferências; 3) o recurso a intervenções desnecessárias; e, 4) devido à necessidade de intervenções diferenciadas, há maior necessidade de obstetras para dar resposta

¹ World Health Organization Care in Normal Birth: A Practical Guide. World Health Organization; 1996.



MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

a eventuais desvios da normalidade subsequentes^{2,3}. E toda a evidência produzida até hoje aponta no sentido de que quando se interfere com o decurso normal do parto existe maior probabilidade de desvio da normalidade.

De acordo com a OMS (1996), existe uma tentação para tratar todos os partos rotineiramente com o mesmo grau de intervenção exigido por aqueles que apresentam complicações. Este entendimento traz para a equação maiores custos, decorrentes de maiores gastos em medicação, equipamentos, profissionais de saúde, nomeadamente obstetras e anestesistas, que poderiam estar mais centrados em situações com real complicação, que necessitam de toda a sua atenção e *expertise*.

Face a estes contextos e sob estes pretextos, a OMS apresenta os **centros de parto normal** como uma oportunidade de rentabilizar recursos e contribuir para uma experiência positiva de parto. Este conceito de experiência positiva de parto é apresentado pela OMS (2018), baseado na resposta às necessidades específicas de cada mulher, resgatando, para o contexto da saúde, a sua autonomia e participação ativa no seu próprio parto, enquanto processo normal de vida. A experiência de parto positiva é aquela que completa ou excede as expectativas e respeita as crenças socioculturais da mulher, incluindo ter um filho saudável num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com continuidade de suporte prático e emocional de um, ou mais, acompanhante(s) e de uma equipa afetuosa e tecnicamente competente. Esta dimensão baseia-se na premissa de que a maioria das mulheres desejam um parto e nascimento fisiológicos, e deseja ter uma sensação de conquista pessoal e controlo através de envolvimento nas tomadas de decisões, mesmo quando as intervenções médicas são necessárias ou desejadas⁴. Neste conceito consegue perceber-se qual a filosofia de cuidados que deve guiar qualquer serviço de saúde.

Os **centros de parto normal** surgiram com o objetivo de resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher durante o trabalho de parto e pós-parto, num local semelhante ao seu ambiente familiar e, ao mesmo tempo, garantir cuidados seguros, oferecendo-lhes recursos tecnológicos apropriados em casos de eventual necessidade. É esperado que disponham de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, recorrendo a práticas baseadas em evidências recomendadas.

² Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. (2013). The Journal of perinatal education, 22(1), 14–18. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.14>

³ Romano AM, Lothian JA Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(1):94–105 10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x

⁴ WHO (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.



MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA



Os **centros de parto normal** visam promover o parto fisiológico normal, nomeadamente^{5,6}:

- 1) início e progressão espontâneos do trabalho de parto;
- 2) condições biológicas e psicológicas que promovem uma experiência de parto positiva;
- 3) parto vaginal e dequitação espontâneos;
- 4) perda fisiológica de sangue;
- 5) adaptação à vida extrauterina através do contato pele com pele e mantendo a mãe e o bebé juntos durante o período pós-parto;
- 6) início precoce da amamentação.

O objetivo da assistência é ter uma mãe e uma criança saudáveis, mantendo cuidados seguros com o menor nível possível de intervenção. Na assistência ao parto normal deverá existir uma razão válida e clinicamente relevante para interferir no processo (WHO, 1996).

O trabalho de parto e nascimento fisiológico normal tem implicações positivas para a saúde da mãe e do bebé a curto e longo prazo. A função fisiológica ideal do sistema neuro endócrino aumenta a libertação de ocitocina endógena e catecolaminas benéficas em resposta ao stress^{7,8,9,10,11,12,13}. Estas hormonas promovem padrões de trabalho de parto eficazes e respostas

⁵ World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide. World Health Organization; 1996.

⁶ Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. (2013). The Journal of perinatal education, 22(1), 14–18. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.14>

⁷ Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, Crespo-Mirasol E, Takács L, Hall PJ, Murphy M, Jonsdottir SS, Downe S, Nieuwenhuijze MJ (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. BMJ Open. 2018 Oct 18;8(10):e020347. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020347. PMID: 30341110; PMCID: PMC6196808.

⁸ Olza-Fernandez I, Marin Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. Front Neuroendocrinol 2014. October;35(4):459–472. 10.1016/j.yfrne.2014.03.007.

⁹ Dixon L, Skinner J, Foureur M (2014). The emotional journey of labour-women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. Midwifery. 2014 Mar;30(3):371-7. doi: 10.1016/j.midw.2013.03.009. Epub 2013 May 9. PMID: 23664311.

¹⁰ Dixon L, Skinner JP, Foureur M (2013). The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour. Journal- New Zealand College of Midwives, 2013, 48 (1), pp. 15-23.

¹¹ Uvnäs Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg M, Buckley S, Pajalic Z, Hadjigeorgiou E, et al. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth—a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 Aug 9;19(1):285. pmid:31399062.

¹² Buckley SJ (2015). Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. The Journal of perinatal education, 24(3), 145–153. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>

¹³ Buckley SJ (2015). Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, January 2015.



MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

fisiológicas protetoras, incluindo níveis aumentados de endorfinas, adaptação cardiorrespiratória e termorregulação do recém-nascido, lactação bem-sucedida e comportamento de ligação afetiva entre a mãe e o bebé. Quando há um funcionamento fisiológico ideal, as mulheres são menos propensas a precisar de intervenções para acelerar artificialmente o trabalho de parto, o que pode potencialmente interferir na sua capacidade de lidar com dor¹⁴. Quando o trabalho de parto progride espontaneamente, há uma probabilidade reduzida de comprometimento fetal ou necessidade de intervenção instrumental/cirúrgica¹⁵.

Para a maioria das mulheres, os benefícios de curto prazo do parto fisiológico normal incluem sentir-se física e emocionalmente saudável e poderosa como mãe após o seu parto. Por seu turno, os recém-nascidos beneficiarão da falta de exposição a medicamentos que podem afetar o comportamento neurológico e da capacidade da mãe, física e emocionalmente saudável, de responder às suas necessidades. Os resultados a longo prazo incluem efeitos benéficos para a saúde física e mental da mulher, mestria no desempenho maternal e, por consequência, para um crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis. E mais, esses resultados são benéficos para a família e para a sociedade por meio de melhorias do funcionamento familiar e dos custos-efetividade dos cuidados.

É importante ressaltar que o foco no parto fisiológico normal ajudará a mudar o discurso atual sobre o parto: de um estado de doença, onde a autoridade reside externamente à mulher, para um de bem-estar, em que mulheres e profissionais de saúde partilham as decisões e as responsabilidades.

As/Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) têm as suas competências reconhecidas por lei¹⁶, por um Regulamento das Competências Específicas¹⁷ e por Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica¹⁸. As competências específicas necessárias para assegurar as áreas de exercício especializado no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica têm por base os conhecimentos e as capacidades adquiridas na formação especializada, que lhe permite assumir “no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que contemplam processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” assim como, as intervenções autónomas e interdependentes, relativas às necessidades do recém-nascido saudável. Os enfermeiros são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos atos que praticam,

¹⁴ Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Feb;40(2):227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003. PMID: 29447711.

¹⁵ Simkin P, Ancheta R. (2017). *The labor progress handbook*, 4th, Wiley-Blackwell, Malden, MA 2017.

¹⁶ Lei n.º 9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei n.º 26/2017, 30 maio Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

¹⁷ Regulamento n.º 391/2019 – Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03.

¹⁸ MCEESMO (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.



MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

pelo que quando ultrapassam o âmbito das suas áreas de competências definidas e legisladas, submetem-se ao arbítrio das entidades reguladoras, especificamente a Ordem dos Enfermeiros.

Assim, em conformidade com o mandato social das/os EEESMO e disposições legais portuguesas, a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica propõe:

- a criação de Centro de Parto Normal (CPN) nos hospitais do SNS que assistam maioritariamente grávidas de baixo risco e sob proposta da Enfermeira Gestora e equipa de EEESMO do serviço de obstetrícia da instituição (projeto de implementação);
- a definição do fluxograma do funcionamento do CPN deverá ser acordada com o Conselho de Administração e/ou Diretor do Serviço de Obstetrícia da instituição de saúde, nomeadamente do fluxograma de encaminhamento da parturiente para um nível de assistência mais complexo, caso surjam fatores de risco ou complicações que justifiquem (que deverão ser previamente negociadas e acordadas entre todos os intervenientes);
- as instalações dos CPN podem ser criadas nas instalações atuais dos serviços existentes, numa lógica de reorganização de salas de parto, com ambiente menos “hospitalar” e rentabilizando materiais/ equipamentos já disponíveis e adquirindo outros materiais/equipamentos facilitadores do trabalho de parto se necessário (tornando o ambiente mais amigável do parto normal – ver Pronúncia MCEESMO n.º 22/2022 – Ambientes facilitadores do trabalho de parto);
- o CPN deverá ser parte integrante do serviço de obstetrícia, quer ao nível da organização, gestão de recursos (humanos e materiais/equipamentos);
- acessível a qualquer grávida e às pessoas que esta escolheu para a acompanhar nesta etapa;
- que a admissão/encaminhamento/alta sejam da responsabilidade da/o EEESMO;
- o plano de cuidados é estabelecido em parceria com a mulher, em função do seu plano de parto;
- os cuidados prestados nestes centros deverão privilegiar: 1) tempo adequado para tomada de decisão; 2) incentivo à alimentação (comida e bebida) durante o trabalho de parto conforme desejo da mulher; 3) liberdade de movimentos e escolha da posição de parto pela mulher; 4) auscultação intermitente dos batimentos cardíacos durante o trabalho de parto, a menos que a monitorização eletrónica contínua seja clinicamente indicada; 5) cuidados que apoiam o conforto, a dignidade e a privacidade de cada mulher e pessoas significativas; 6) contacto pele a pele; 7) amamentação precoce¹⁹.
- a equipa de EEESMO deverá ser qualificada em implementar estratégias não farmacológicas para facilitar o lidar com a dor do parto;
- preconiza a alta precoce pós-parto para mãe e filho após 12 horas pós-parto, em função de critérios previamente acordados, com retorno ao serviço/consulta após 48 horas, para consulta de ambos.
- articulação do CPN com a/o EEESMO da UCC da área de residência da mulher, de modo a garantir a continuidade de cuidados.

¹⁹ WHO (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.



MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Assim, com esta organização do serviço e assistência periparto será possível rentabilizar a gestão de recursos humanos, nomeadamente os médicos obstetras e os médicos de família através de:

- Os HAP e os HAPD **não necessitam ter o mesmo número de médicos** para cada 1000 ou 1200 partos; os hospitais que possuam centros de parto normal poderão ter menos médicos de apoio à sala de partos.
- As **consultas de termo realizadas no hospital HAP podem ser realizadas por EEESMO** (tendo por base um protocolo de referência para a observação do médico obstetra se necessário).
- A maior parte das **consultas da gravidez devem ser realizadas pelas(os) EEESMO das UCC**, tendo em vista a vigilância (avaliar a evolução da gravidez e detetar precocemente complicações) e a promoção da adaptação à gravidez (facilitar os processos adaptativos, nomeadamente melhorar os conhecimentos, os significados e a consciencialização que permita que cada mulher evolua para o seu potencial máximo de saúde). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que as(os) EEESMO²⁰ podem lidar com a maioria das gestações com segurança e têm as habilidades para encaminhar situações complexas a um médico, e que as(os) EEESMO devem continuar a lidar com a gravidez. Esta ideia está consagrada no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica²¹, no qual pode ler-se a competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal”, descrita como *cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal*. Este modelo de cuidados liberta os médicos e enfermeiros de família destas consultas, revertendo o tempo e disponibilidade para outras atividades. Para além disso, contribui para a qualidade da assistência pré-natal, já que a assistência por parte das/os EEESMO nas UCC engloba desde já a promoção da adaptação à parentalidade e preparação para o parto e ficaria a englobar a promoção da adaptação à gravidez (a gravidez é um período de excelência para a promoção de hábitos saudáveis). Este modelo seria, por isso, o garante da **continuidade dos cuidados**, entre o pré-natal e os pós-natal (por exemplo, na assistência na amamentação e recuperação pós-parto).

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica

Irene Cerejeira

²⁰ Em inglês, e em outros países, podem ser designadas de *midwife* ou *nurse-midwife* ou *obstetric nurse*.

²¹ Regulamento n.º 391/2019, Diário da República, 2.ª série, N.º 85 de 3 de maio de 2019, Anexo I