



Pintura: Amanda Greavette

Parto

- Fisiologia e Assistência
- Assistência ao pós-parto
- Nutrição no parto

**HSM107 – Saúde
Materna e da Mulher**

Baseado em aulas de Simone G. Diniz, Flora Barbosa,
Roberta Ferreira, Ana Cavalcanti

Perguntas norteadoras

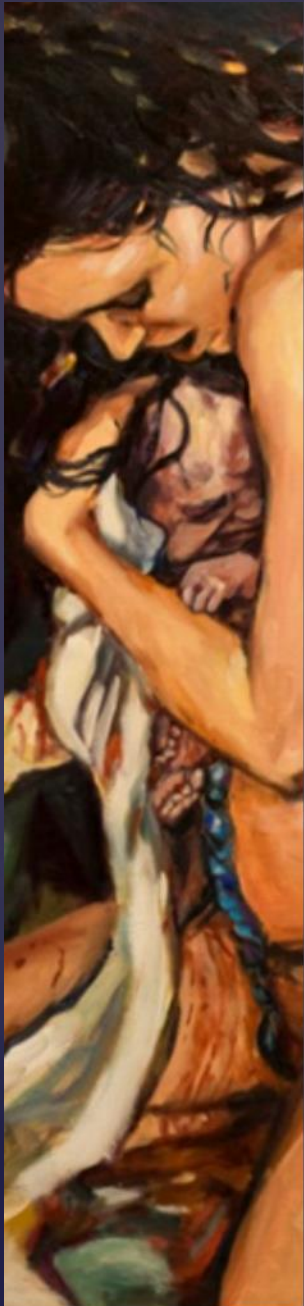
Aula sobre Trabalho de Parto e Parto

1. Como reconhecer o início do trabalho de parto?
2. Descreva as fases ou estágios do trabalho de parto
3. De acordo com as melhores evidências científicas, descreva e justifique:
 - Que formas de assistência devem ser estimuladas no trabalho de parto e parto?
 - Que formas de assistência devem ser desestimuladas no trabalho de parto e parto?
4. Quais as recomendações para a alimentação durante o trabalho de parto, com base em evidências?
5. Porque no Brasil as taxas de cesárea são tão altas, e porque é tão difícil ter um parto normal de verdade?
6. Para os nascidos, quais as potenciais consequências nutricionais e metabólicas associadas ao modo de nascer (parto vaginal ou cesárea), e as doenças crônicas associadas? Justifique.



Parto Normal, Fisiológico ou Espontâneo

- Definições
- Estágios ou Fases
- Assistência



- **Parto normal:**

Parto de início espontâneo, baixo risco, durante todo o processo.

Objetivos:

Mãe e bebê saudáveis com o mínimo de intervenção compatível com a segurança.

(OMS, 1996)

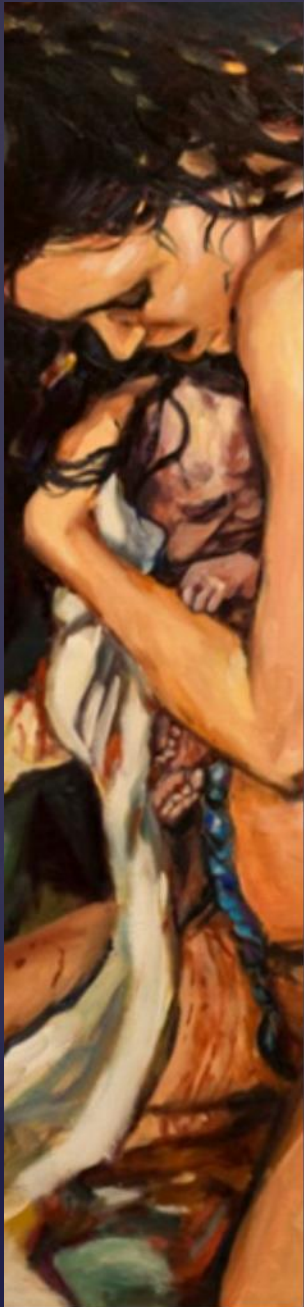
PARTO NORMAL $\neq$ PARTO VAGINAL

(Conceitos bem diferenciados em outros países;
No Brasil, são usados erroneamente como sinônimos)

Um parto normal não inclui:

- Indução eletiva do parto antes de 41 semanas
- Analgesia ráqui / combinadas
- Anestesia geral
- Episiotomia de rotina
- Monitoração eletrônica contínua (baixo risco)
- Má apresentação fetal
- Fórceps ou vácuo extração





DIAGNÓSTICO DO TRABALHO DE PARTO

Como reconhecer o início do trabalho de parto?

- ≥ 3 cm de dilatação + 2-3 contrações eficientes/10min;
- Ou 2 contrações/15min + 2 sinais dos seguintes sinais:
 - Apagamento cervical
 - ≥ 3 cm de dilatação
 - Ruptura espontânea das membranas

(Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007. ICSI).

FASES, ESTÁGIOS, PERÍODOS, ETAPAS CLÍNICAS DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

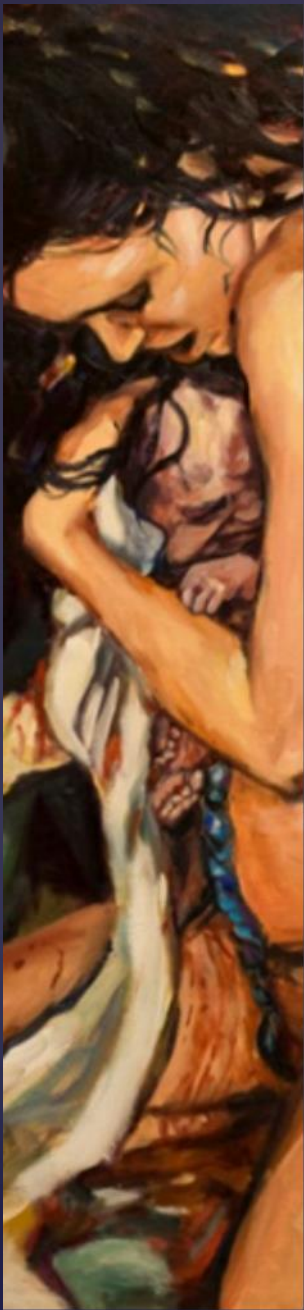


- **Primeiro período:** dilatação
- **Segundo período:** expulsão
- **Terceiro período:** dequitação
- **Quarto período:** 1ª hora após o parto

ESTÁGIOS DO TRABALHO DE PARTO

1º Estágio:

- **Fase Latente**: 0 à 4 cm, 2 contrações em 10 minutos de 20 a 40 segundos de duração;
- **Fase Ativa**: 4-5 a 10 cm, 2 a 5 contrações de 30 a 50 segundos de duração.



ESTÁGIOS DO TRABALHO DE PARTO

1º Estágio

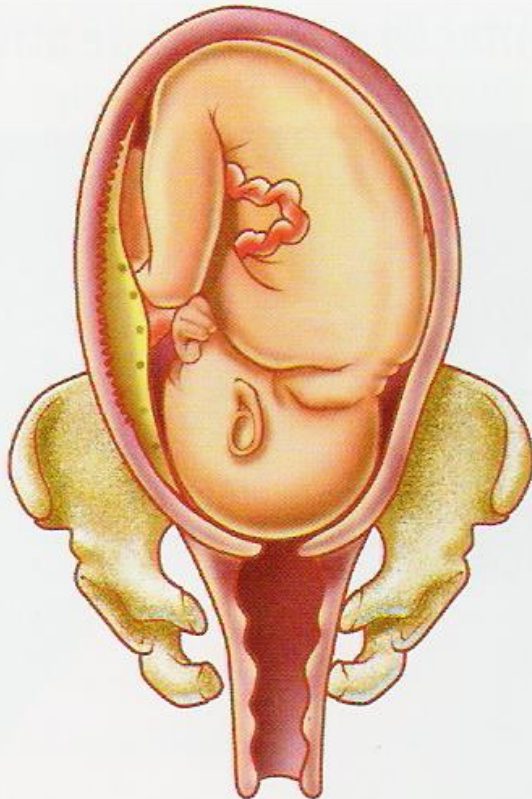
- *Início das contrações regulares até o apagamento completo da cérvix:*



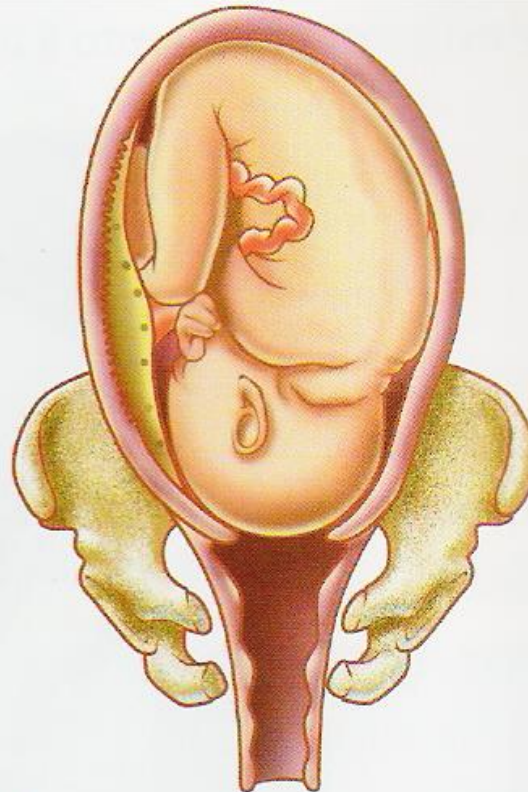
- *Fase latente e Fase ativa*



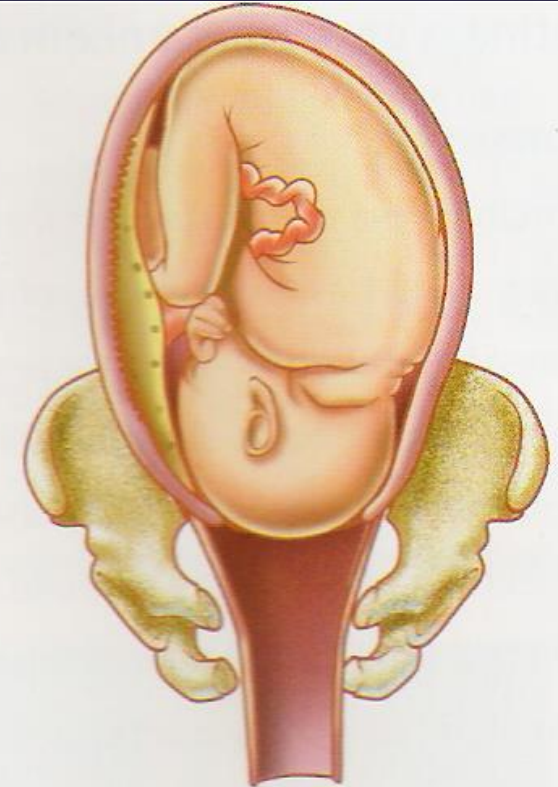
Dilatação



1 O colo do útero perde sua forma; contrações mais intensas geram a sua dilatação.

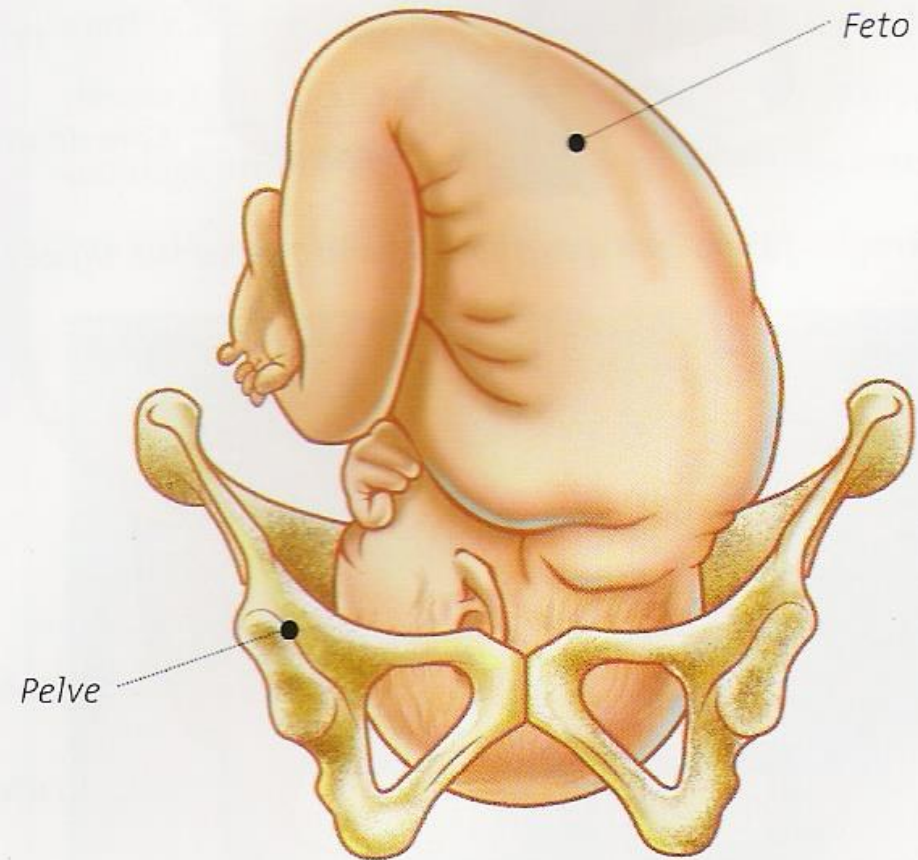
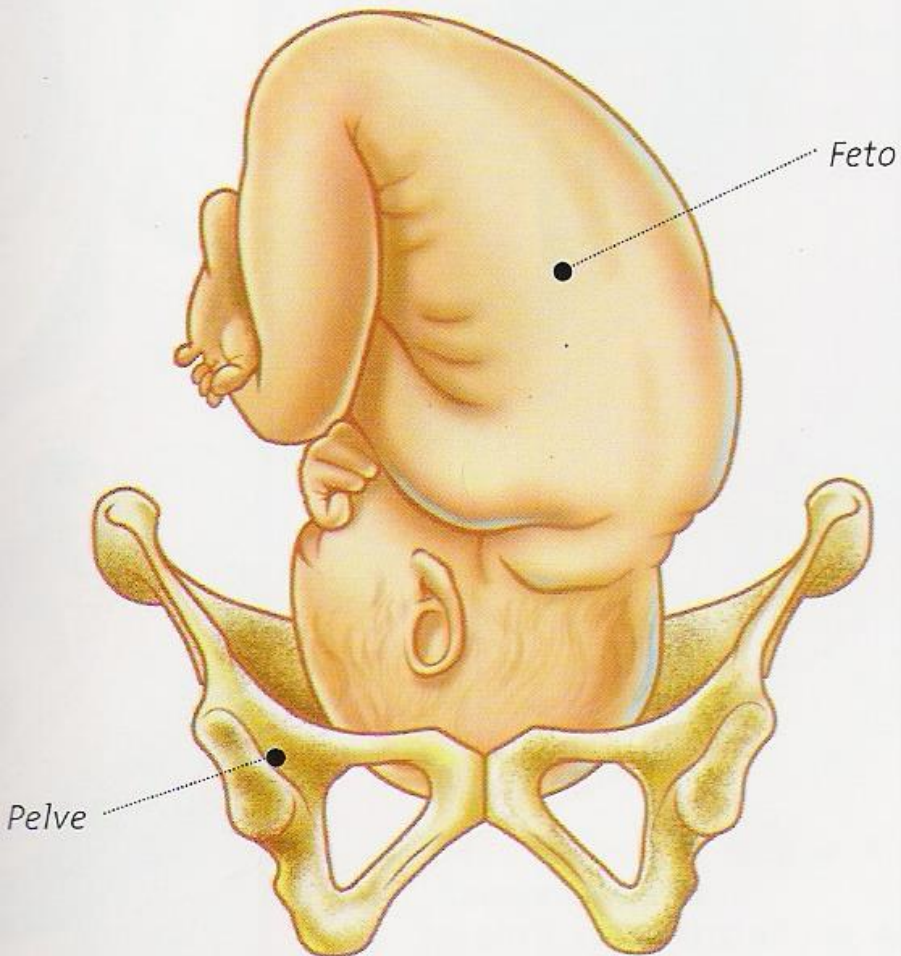


2 A imagem corresponde a uma dilatação de 7 centímetros: o trabalho de parto está adiantado.



3 Com 10 centímetros de dilatação, é possível dar passagem ao bebê, pois sua cabeça tem 9,5 centímetros de diâmetro.

Descida



ESTÁGIOS DO TRABALHO DE PARTO

2º Estágio:

- Dilatação completa → nascimento
- **Duração:** de 60 a 90 min em nulíparas e de 20 a 45 min em multíparas
- Puxos espontâneos
- Estimular liberdade de posição

PERÍODO DE DILATAÇÃO E PERÍODO EXPULSIVO

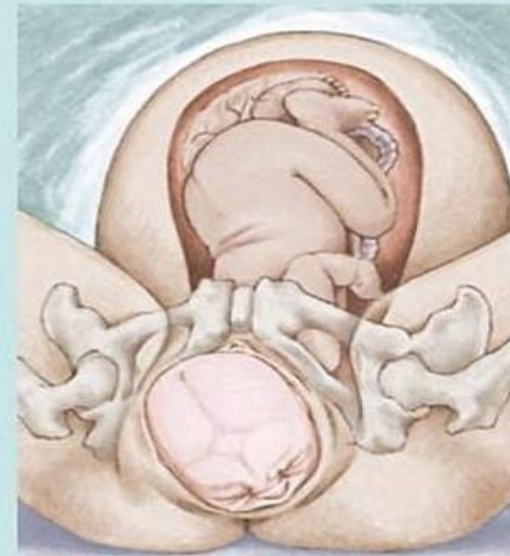
2º Estágio:



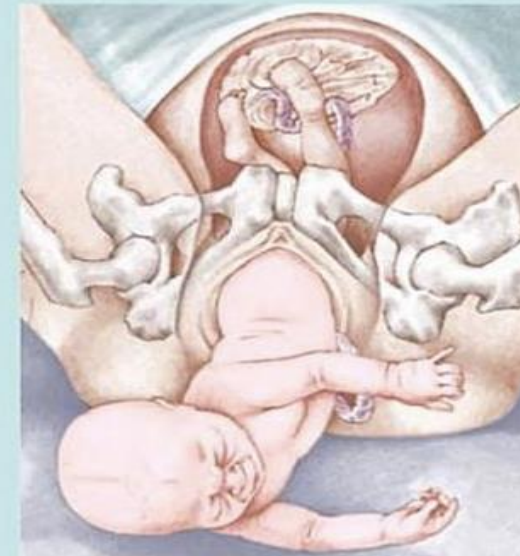
1 With each contraction in the second stage of labor, more of the baby's head appears at the vaginal opening. The anus and the perineum bulge out with the pressure of the head.



2 As the baby's head crowns, the stinging sensation is followed by numbness as the vaginal tissues are stretched so thin that the nerves are blocked. The head then slips out at last.



3 The baby's head is born facing downward toward the rectum but the baby immediately turns to face your thigh to get into a good position for the birth of the body.



4 The midwife will clear any fluid and mucus from the baby's air passages. The next uterine contraction is usually sufficient to deliver the shoulders and then the body.

Animação

1º e 2º Estágios do Trabalho de Parto

<http://brasil.babycenter.com/a-gravidez-por-dentro-o-parto-normal>

PERÍODO DE DILATAÇÃO E PERÍODO EXPULSIVO



TWO DIFFERENT APPROACHES TO CHILDBIRTH

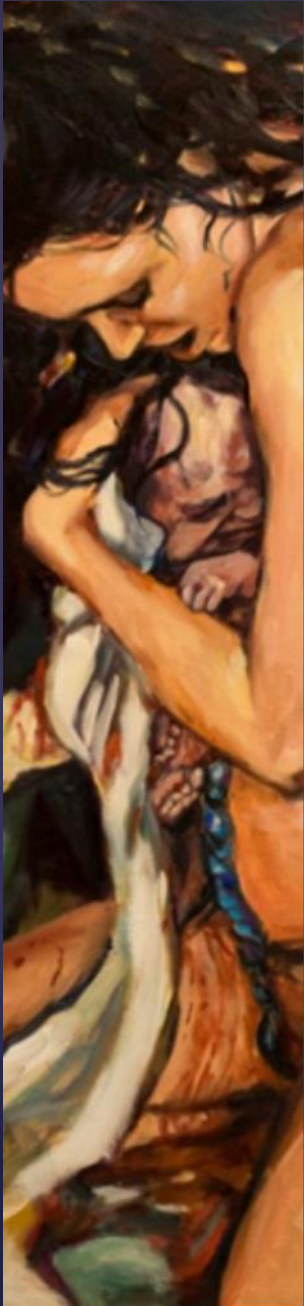
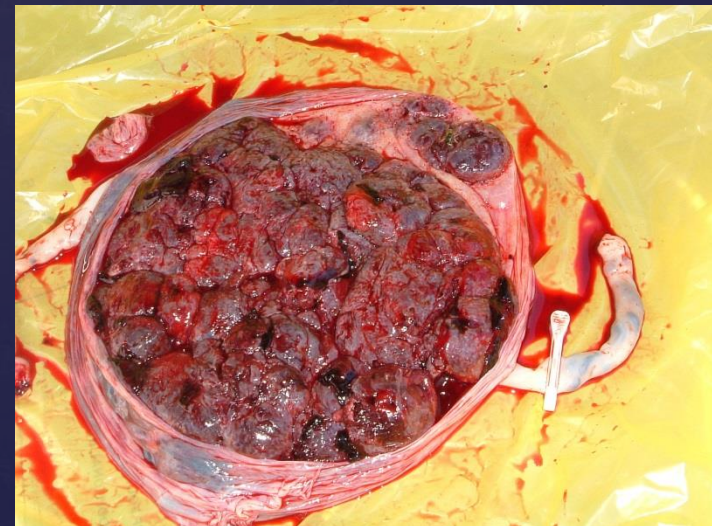
thejoyofthis.com | fb.com/thejoyofthis



ESTÁGIOS DO TRABALHO DE PARTO

3º Estágio:

- Do nascimento do bebê até a expulsão da placenta (dequitação, delivramento ou secundamento)
- Observar saída e integridade da placenta
- Observar perdas sanguíneas.



ESTÁGIOS DO TRABALHO DE PARTO

4º Estágio: Período de Greenberg

Após expulsão da placenta até estabilização (+/- 1 hora).

- Observar sangramento;
- Globo de Segurança de Pinard;
- Sinais Vitais;
- Incentivar Aleitamento materno;
- Clampeamento tardio do cordão.



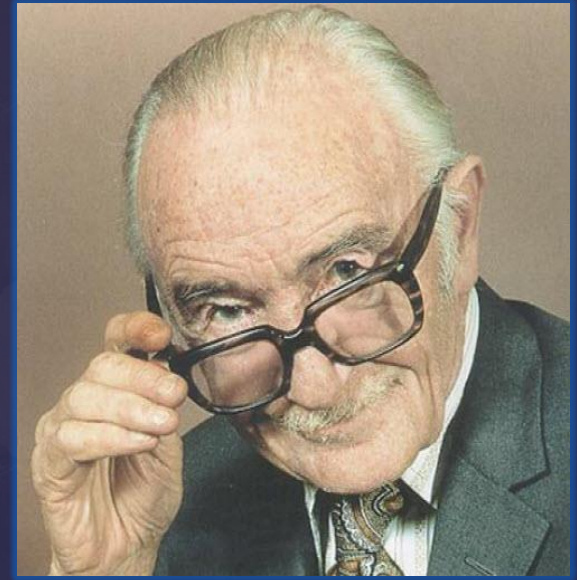


Assistência ao parto normal: evidências científicas

Formas de assistência
que devem ser
estimuladas e as que
devem ser
**desestimuladas ou
abolidas**

Evidências científicas

Archie Cochrane (1909-1988)



Sua experiência na II Guerra Mundial levou-o a acreditar que grande parte dos tratamentos feitos pela medicina **não tinham provas suficientes para justificar seu uso.**

Passou, então, a mobilizar os profissionais de saúde ao uso de práticas norteada por provas concretas experimentais e estudos abrangentes da aplicabilidade = **Medicina Baseada em Evidências**

A prática de medicina baseada em evidências, mais tarde, foi definida pelo professor David Sackett (1996) como "**o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual disponível para tomar decisões sobre o cuidado de pacientes individuais** "



GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DA EVIDÊNCIA

- O que são **evidências científicas**?
- Hierarquia de evidências:
 - A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência
 - B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência
 - C:** Relatos de casos (estudos de consistência não controlada)
 - D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou de modelos animais

**ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL BASEADA EM
EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS**

Guia para o cuidado Efetivo na Gravidez e Parto – Enkin e cols

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

Revisões Sistemáticas: consideradas o nível mais elevado de “minimização de vieses”



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

Dieta no trabalho de parto



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

Dieta no trabalho de parto

Orientação clássica:

- **Dieta zero** durante todo o trabalho de parto: abstenção de líquidos e alimentos.



- **Objetivo:** prevenir a aspiração do conteúdo gástrico na eventual necessidade de anestesia geral (Síndrome de Mendelson)

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

Dieta no trabalho de parto

Achados

- Restrição da ingestão de líquidos e alimentos durante o TP não garante menor conteúdo estomacal (McKAY & MAHAN, 1988).
- Risco de aspiração – relacionado ao risco de anestesia geral.
- Esse risco é mínimo no parto de baixo-risco.
- Efeitos deletérios do jejum para o binômio mãe-feto



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

Dieta no trabalho de parto

Efeitos deletérios do jejum:

- Desidratação e cetose
- Hipoglicemia materna
- Comprometimento do bem-estar fetal
- Frequentemente tratado com solução glicosada
- Problemas associados à infusão excessiva de soro glicosado

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

Dieta no trabalho de parto

Efeitos deletérios do jejum:

- Aumento da glicemia fetal → redução do pH da artéria umbilical;
- Hiperinsulinismo fetal → **HIPOGLICEMIA NEONATAL** e aumento de lactato (hiperacidez, desconforto);
- Hiponatremia materna e neonatal;
- Esses eventos são bem mais frequentes que o risco teórico de aspiração do conteúdo gástrico na anestesia geral.

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

Dieta no trabalho de parto

RECOMENDAÇÕES (OMS)

- Avaliar risco anestésico (há possibilidade de anestesia geral?);
- Avaliar necessidade de repor as fontes de energia para garantir o bem-estar materno e fetal;
- Permitir ingesta à gestante de baixo-risco (líquidos claros, alimentos leves)
- Respeitar as concepções populares regionais

“Jejum não é recomendado de rotina em pacientes de Baixo Risco. Não há evidências da necessidade de restringir ou proibir dieta.”

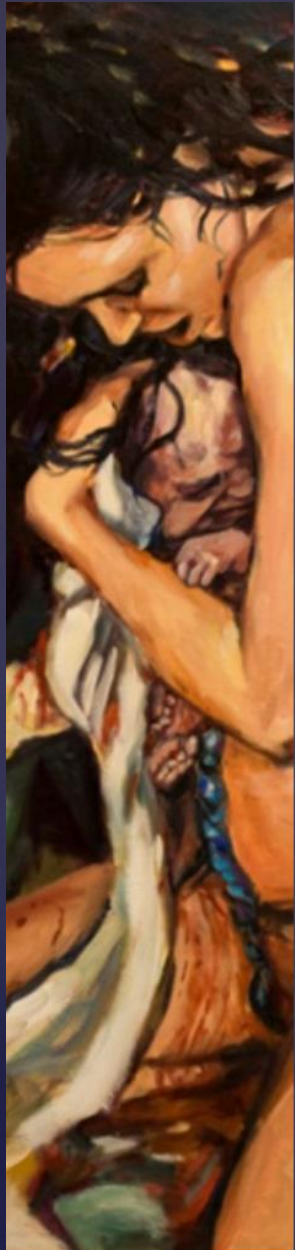
Restricting oral fluid and food intake during labour (Protocol for a Cochrane Review, 2007)

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

ENEMA ROTINEIRO

Supostos benefícios

- Estímulo das contrações uterinas
- O intestino vazio facilita a descida da cabeça
- Redução da contaminação no período expulsivo
- Redução do risco de infecção materna e neonatal

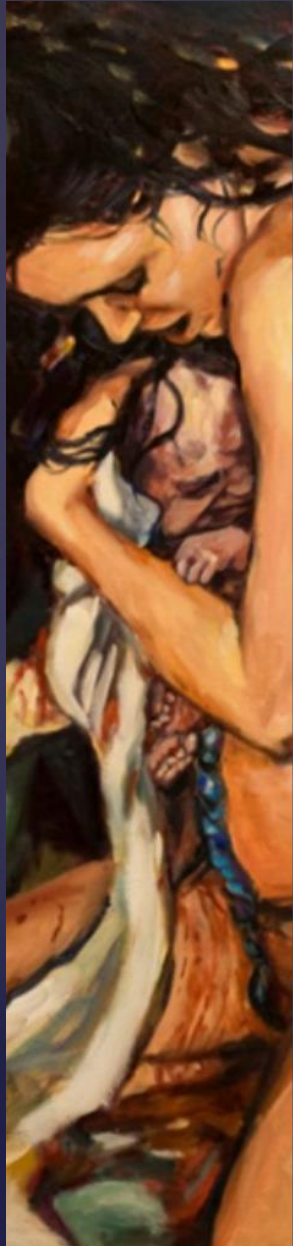


Assistência ao parto baseada em evidências científicas

ENEMA ROTINEIRO

Desvantagens

- Incômodo;
- Considerado constrangedor por diversas mulheres;
- Pequeno risco de lesão intestinal;
- Risco de eliminação de fezes liquefeitas no período expulsivo;



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

ENEMA ROTINEIRO

- Ausência de efeitos sobre infecção neonatal e puerperal;
- Não previne a eliminação de fezes no 1º e no 2º estágio do TP;
- Não afeta a duração do trabalho de parto nem a dinâmica uterina.

Não há evidências suficientes para recomendar sua indicação de rotina!!!

Metanálise (COCHRANE , 2008);
(CUERVO, RODRIGUEZ & DELGADO, 1999)

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

ENEMA ROTINEIRO

Conclusões (OMS):

- Não há vantagens na realização rotineira de enemas durante o trabalho de parto;
- Muitas mulheres julgam a enteróclise constrangedora;
- À luz das evidências atuais essa prática pode ser considerada DESNECESSÁRIA;
- Não deve ser realizada de rotina na assistência ao parto, exceto se for solicitada pela parturiente.



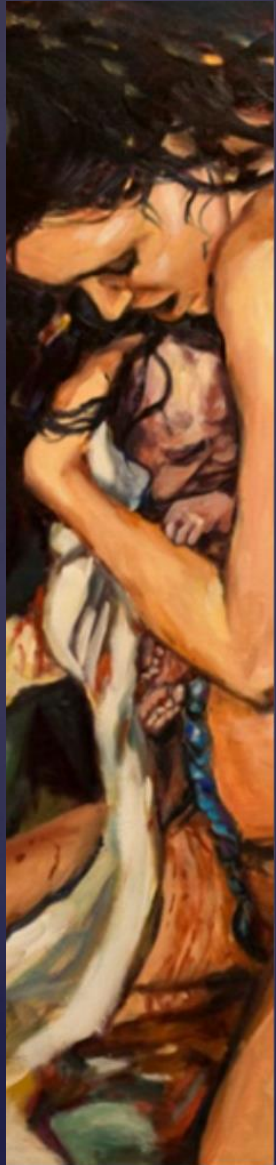
Assistência ao parto baseada em evidências científicas

TRICOTOMIA

Supostos benefícios:

(JOHNSTON & SIDALL, 1922; KANTOR *ET AL.*, 1965)

- Higiene;
- Redução da infecção na cesárea e no parto normal;
- Facilita a sutura perineal.



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

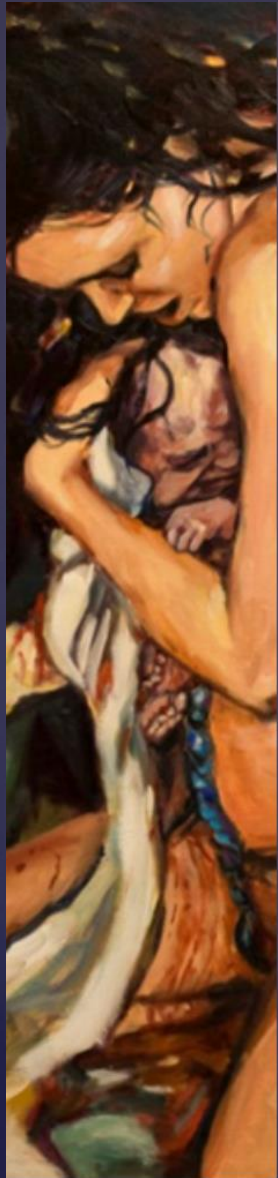
TRICOTOMIA

RESUMO DAS EVIDÊNCIAS ATUAIS:

- Não existem evidências que recomendem sua utilização rotineira
- Em cirurgia já está comprovado o aumento do risco de infecção quando mais de uma hora transcorre entre a tricotomia e a incisão da pele
- O procedimento aumenta o risco de infecção por HIV e hepatite para a parturiente e para o pessoal de saúde

“NÃO é necessária de rotina”. (A)

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007.

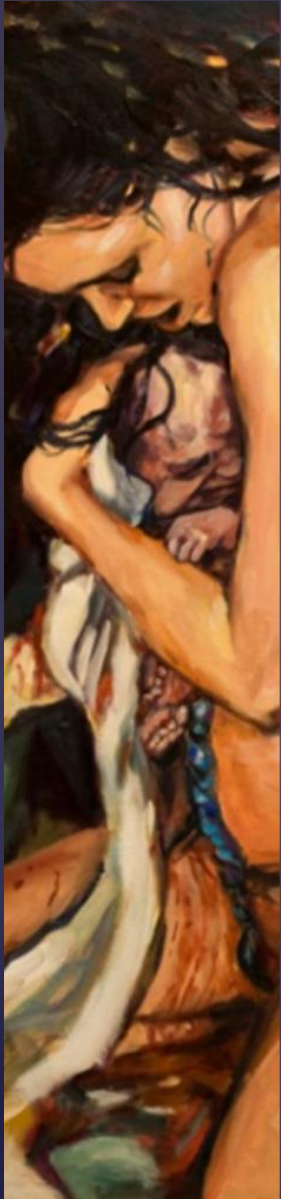


Assistência ao parto baseada em evidências científicas

TRICOTOMIA

RECOMENDAÇÕES (OMS)

- NÃO REALIZAR TRICOTOMIA DE ROTINA!
- Evitar tricotomia para os partos normais, salvo se for solicitado pela parturiente (devem ser explicados os riscos e a falta de necessidade);
- Caso se verifique indicação de cesárea, realizar a tricotomia DO LOCAL DA INCISÃO imediatamente antes do procedimento.



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

EPISIOTOMIA

Corte da vulva e vagina, que se supunha que facilitaria o parto e protegeria o bebê e a vida sexual da mulher. Não protege, e ainda gera mais dor, disfunção sexual e dificuldade de amamentar

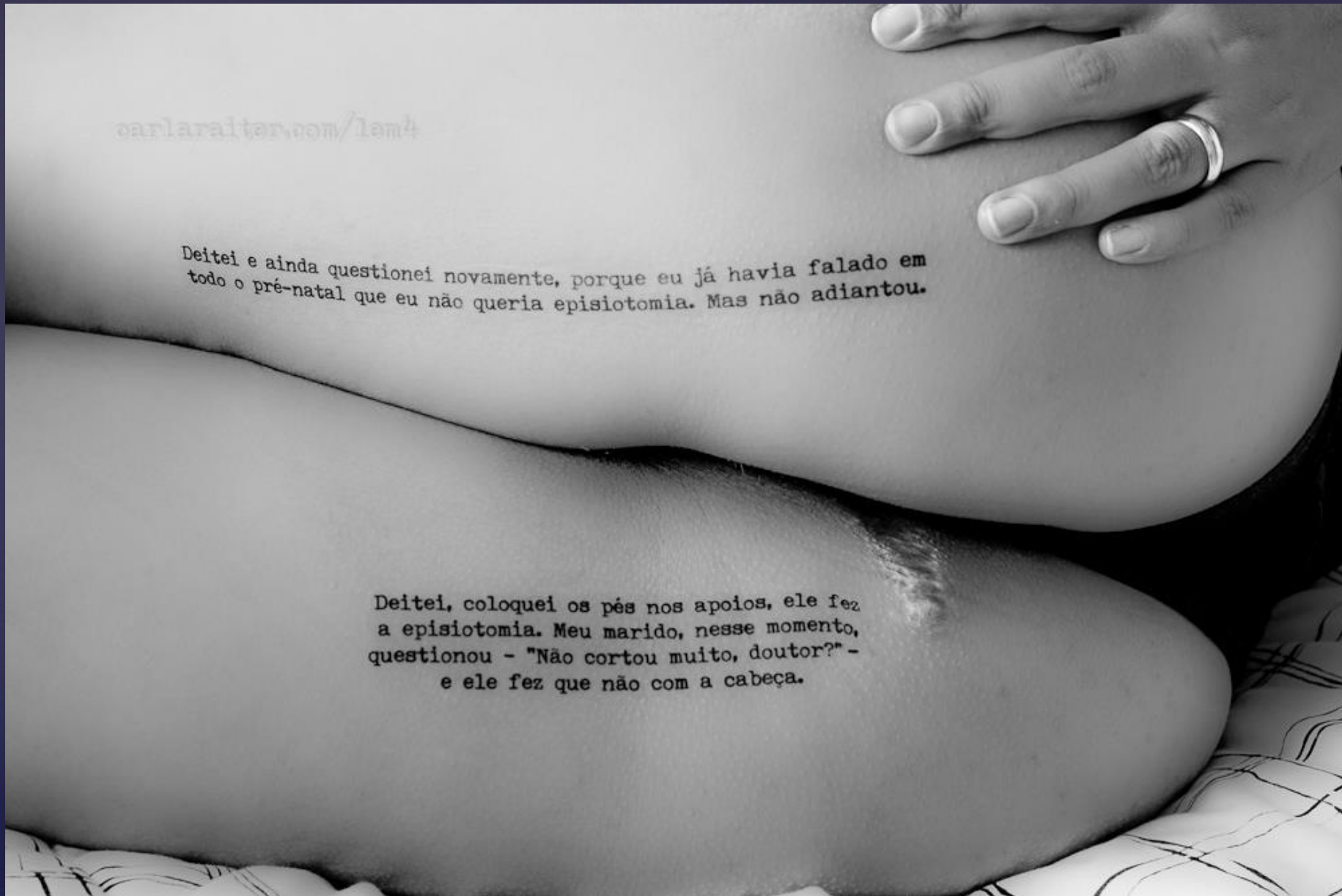
Conceito atual:

- Trauma perineal provocado;
- Não deve ser usada de rotina (A);
- Uso deve ser muito criterioso, pois o trauma genital deve ser prevenido.

Episiotomy for vaginal birth. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software. Carroli G, Belizan J.



Episiotomia sem consentimento da mulher é considerada uma forma de violência



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

PARTO SEM EPISIOTOMIA



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

PARTO SEM EPISIOTOMIA



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

EPISIOTOMIA SELETIVA X ROTINEIRA

- Perda de sangue menor;
- Menor quantidade de fios de sutura;
- Episiotomia **NÃO** é mais fácil de reparar do que lacerações espontâneas;
- Episiotomia **JÁ** é uma laceração de 2º grau;
- Episiotomia **NÃO** previne distopias;
- Episiotomia **NÃO** encurta o 2º. estágio do parto;
- Episiotomia **NÃO** melhora os escores de Apgar;
- Dor local, edema e dispareunia mais freqüentes.

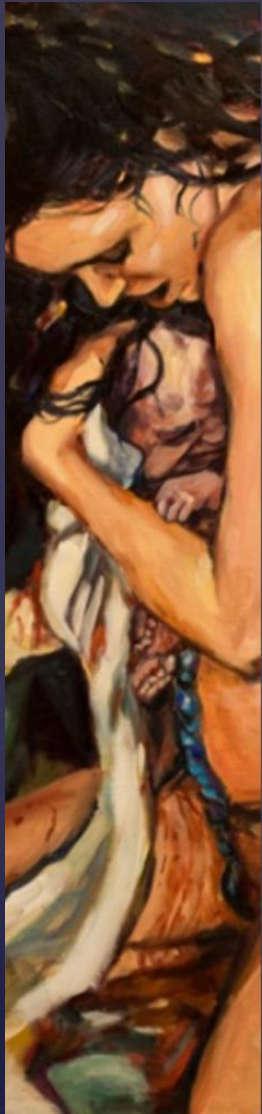
Assistência ao parto baseada em evidências científicas

QUANDO A EPISIOTOMIA É NECESSÁRIA?

- OMS indica taxas de no máximo 10% de episiotomias;
- Marden Wagner, 1999: MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA;
- Não há evidências clínicas corroborando qualquer indicação de episiotomia: “ameaça de ruptura perineal grave”, distocia de ombros, sofrimento fetal, parto prematuro, parto pélvico.

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

ACOMPANHANTE



- Lei nº 11.108 de 2005.
- Reduz a necessidade de analgesia;
- Reduz a necessidade de parto operatório;
- Maior grau de satisfação materna;
- Maiores benefícios: suporte contínuo e precoce;
- Todas as mulheres devem ter apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto.

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

AMNIOTOMIA

- Não deve ser recomendada de rotina (A).
- Não houve evidência em relação à duração do 1º estágio do TP, satisfação materna e escores de Apgar no 5º minuto;
- Tendência a aumento do risco de uma operação cesariana.

Cochrane Review, 2007

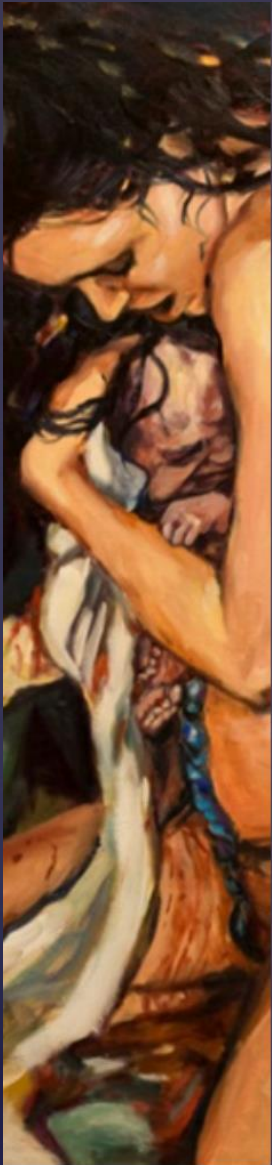


Assistência ao parto baseada em evidências científicas

OCITOCINA

- OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina em parturientes saudáveis (D).
- ↑ necessidade de monitorização e vigilância (A).

Pattinson RC, Howarth GR, Mdluli W, Macdonald AP, Makin JD, Funk M. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial. BJOG 2003; 110: 457-61.



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

DEAMBULAÇÃO



- “Posição supina pode ter efeitos fisiológicos adversos p/ mãe, feto e progresso do trabalho de parto” (B)
- “A deambulação pode aumentar o controle de seu TP, prover distração e facilitar suporte, interação com o acompanhante, além de reduzir necessidade de analgesia e indicação da cesárea” (A)

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

Caminhando para o parto normal



Movimente-se!

As ilustrações estão disponíveis no site www.humanization.org

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR Não farmacológicos

- Acupuntura
- Hipnose
- Audioanalgesia
- Aromaterapia
- Musicoterapia
- Massagens
- Hidroterapia
- APOIO
- Banho



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR Não farmacológicos

ACUPUNTURA E HIPNOSE

- Podem ser benéficos no manejo da dor do trabalho de parto;
- Poucas das terapias alternativas foram avaliadas com estudos adequados e em um número suficiente de mulheres.



Assistência ao parto baseada em evidências científicas

MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR Não farmacológicos

IMERSÃO EM ÁGUA

- Durante o primeiro estágio do parto reduz efetivamente a dor
- Não há diferença em relação à duração do TP, parto operatório e resultados neonatais



Immersion in water in pregnancy, labour and birth Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. *The Cochrane Library*, 2008

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR Farmacológicos

ANALGESIA PERIDURAL

- Foi efetiva em aliviar a dor do parto;
- Existe risco maior de parto instrumental;
- Não houve diferença em relação a incidência de cesáreas e escores de Ápgar.



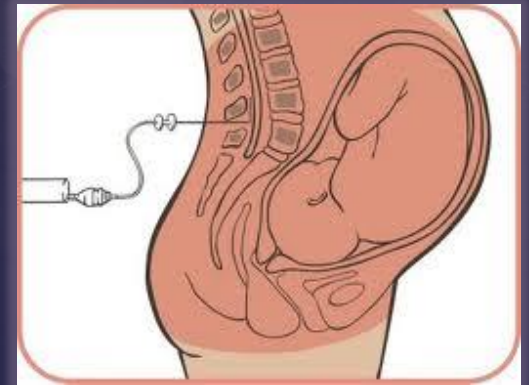
Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. *The Cochrane Library*, 2008

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

MÉTODOS DE ALÍVIO DA DOR Farmacológicos

Peridural x analgesia combinada (raqui+peri)

- Início de ação mais rápido;
- Maior satisfação materna;
- Prurido;
- Não houve diferença: fórceps, morbidade materna, cefaléia pós-raqui, cesárea ou admissão de RN em UTI.

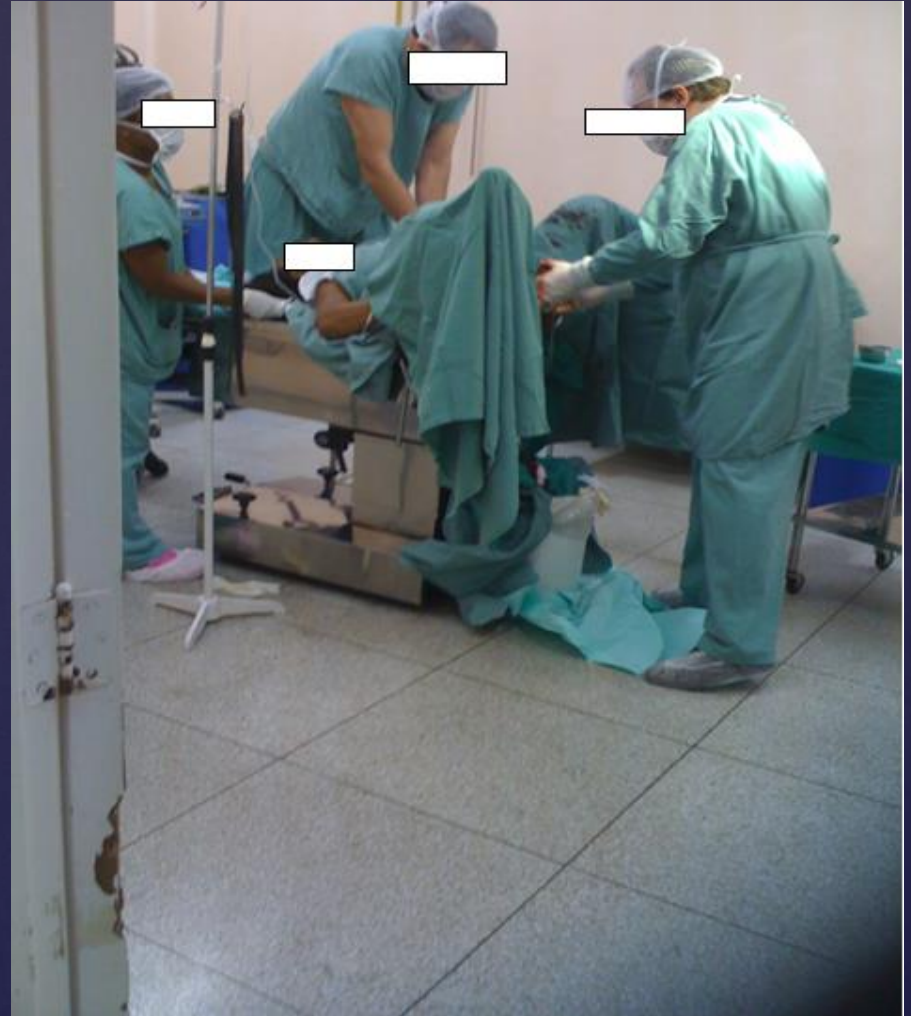


Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour Hughes D, Simmons SW, Brown J, Cyna AM.
The Cochrane Library, 2008

Assistência ao parto baseada em evidências científicas

PREVENÇÃO DA DOR IATROGÊNICA

- **Ocitocina de rotina:** alto risco materno e neonatal
- **Manobra de Kristeller:** muito comum tanto no SUS como no setor privado. Alto risco à mãe e bebê!
- **Litotomia** e influência sobre a evolução do período expulsivo



Assistência ao parto no Brasil

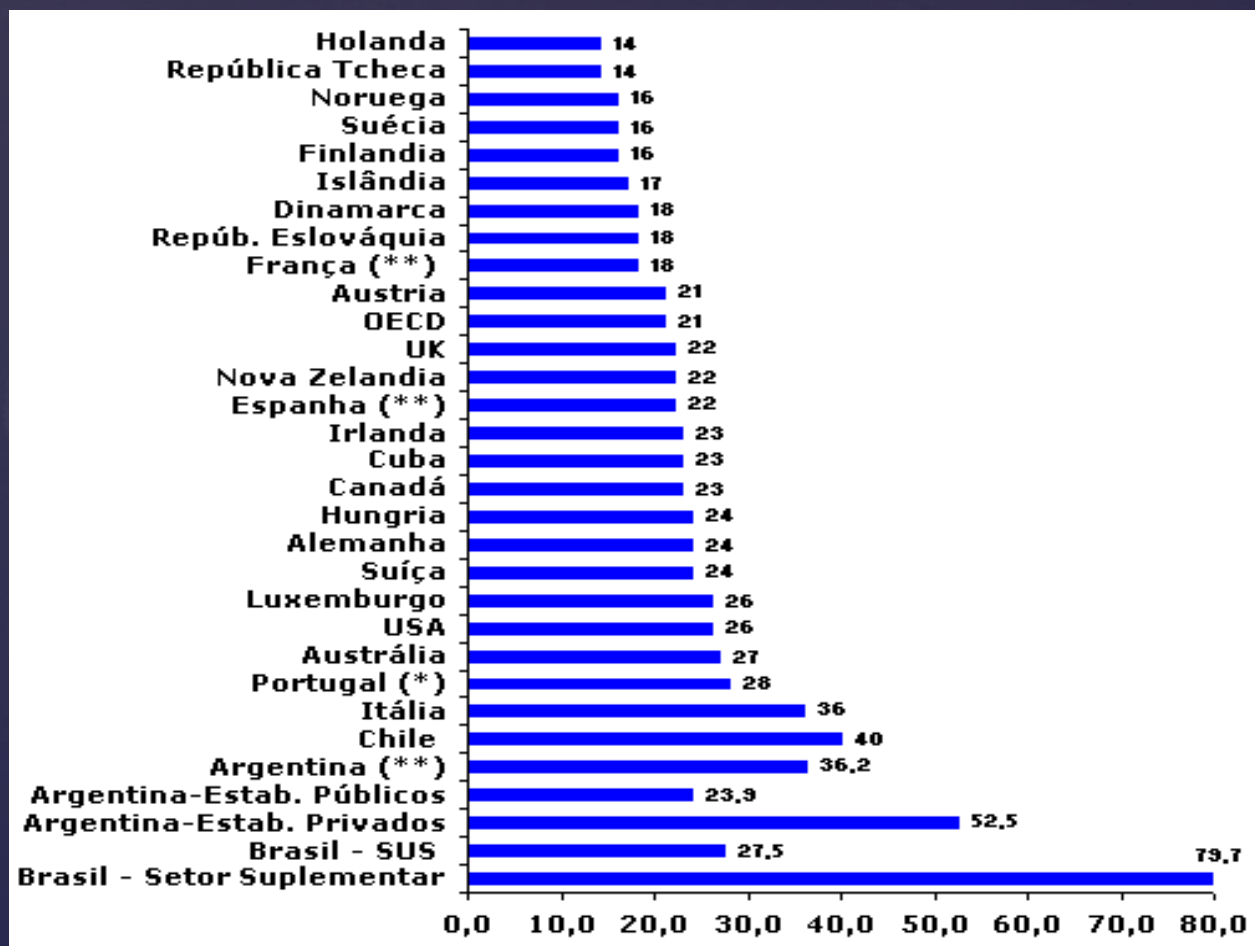
RECOMENDAÇÕES DA OMS

- As cesáreas são fundamentais em qualquer bom sistema de saúde – o problema é o abuso;
- Em mulheres saudáveis está associada a riscos aumentados de hemorragias, infecções, prematuridade, desconforto respiratório etc;
- Cesárea deve corresponder a no máximo 15% dos partos;
- BRASIL: 34% dos partos (2000), 41,8% (2005), 54% (2012); cima de 85% no setor privado, chegando a 100% em algumas cidades.



ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

Taxas de cesárea em diversos países do mundo



Brasil: MS e ANS, 2004

Argentina: Pesquisa Encuesta de Condiciones de Vida 2001-Dalud.

Demais Países: Health at Glance OECD Indicators 2005. In: OECD Publishing.

Por que no Brasil as taxas de cesáreas desnecessárias são tão altas, e por que é tão difícil ter um parto normal de verdade?



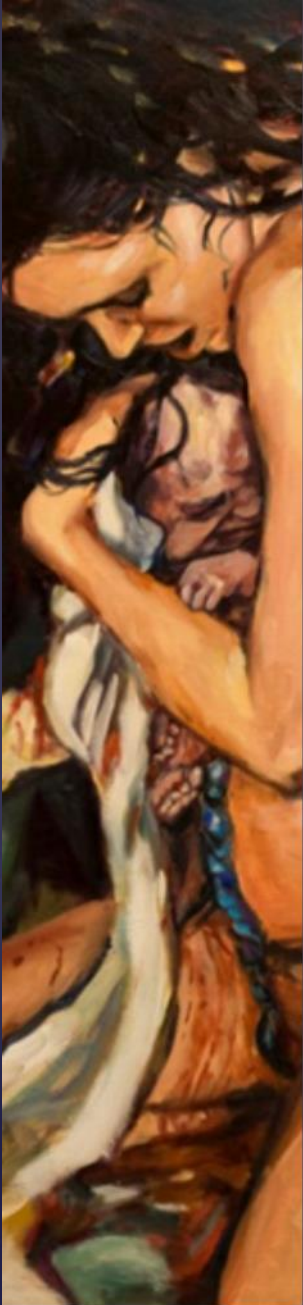


Porque é tão difícil ter um parto normal no Brasil?



Documentário – O Renascimento do parto,
Em cartaz em São Paulo

“Chega de parto violento para vender cesárea”



ABUSO DE CESÁREAS – PROBLEMA COMPLEXO E MULTIFATORIAL

- ❖ Assistência agressiva (alta taxa de intervenções dolorosas e invasivas no parto normal) – cesárea como defesa
- ❖ Desinformação da sociedade – parto como processo natural
- ❖ Despreparo psicológico e cultural da mulher, marido e da família, para o parto vaginal
- ❖ Falha na qualidade de informações durante pré-natal
- ❖ Medo (realista) de sentir dor e dor iatrogênica
- ❖ Valorização da formação cirúrgica do obstetra, e desestímulo ou mesmo proibição de obstetrizes e enfermeiras obstetras
- ❖ Conforto / controle / rapidez
- ❖ Conflitos de interesse: cesárea aumenta a produtividade e a lucratividade.
- ❖ Proibição da cobertura de parto normal
- ❖ Privação de direitos maior no parto normal (a acompanhantes, a privacidade, a escolha informada)

ABUSO DE CESÁREAS – PROBLEMA COMPLEXO E MULTIFATORIAL

Razões:

- ❖ Financeiras
- ❖ Práticas
- ❖ Desconhecimento
- ❖ Poder
 - Gênero



Gênero e seus sentidos no parto

Gênero como hierarquia

- Limpo x sujo, superior x inferior, primitivo x civilizado, decente x indecente, seguro x inseguro

Gênero e evidências

- No caso brasileiro, quando as evidências científicas estão em conflito com os vieses de gênero, estes são mais importantes na organização das práticas de saúde (Diniz, 2009)





Cultura e o que chamamos “parto”

Gênero: maneiras culturais de interpretar as noções de corpo, feminino, masculino, e também da anatomia e fisiologia - do parto inclusive

Os vieses de gênero modulam a assistência e a pesquisa no campo da saúde materna, e se expressam pela:

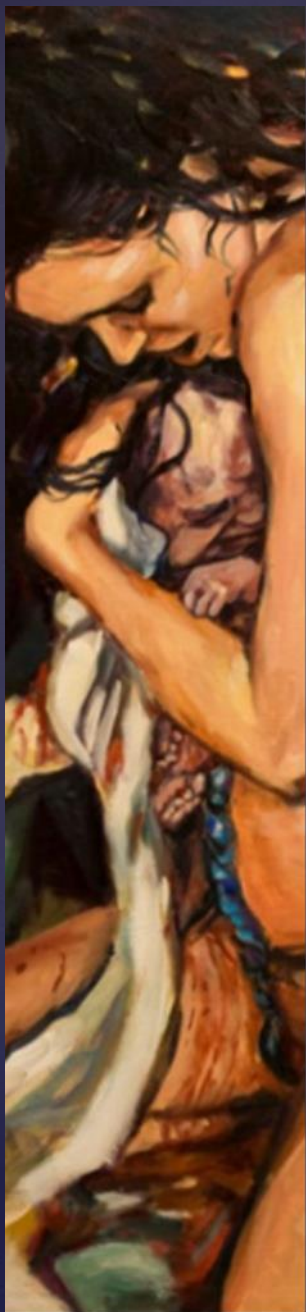
- **subestimação dos benefícios do parto fisiológico e da importância dos aspectos psico-sociais do parto**
- **superestimação dos benefícios da tecnologia para “corrigir” o parto (“abordagem corretional”),**
- **subestimação ou na negação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções, na saúde materna e infantil**
- Estes vieses se expressam no que é visível ou invisível nas variáveis (cegueira de gênero dos modelos explicativos)

O paradoxo Perinatal - Diniz

Uma vez que, observados avanços no acesso dos serviços de saúde e oferta de tecnologia, não necessariamente tivemos melhoria na mortalidade materna

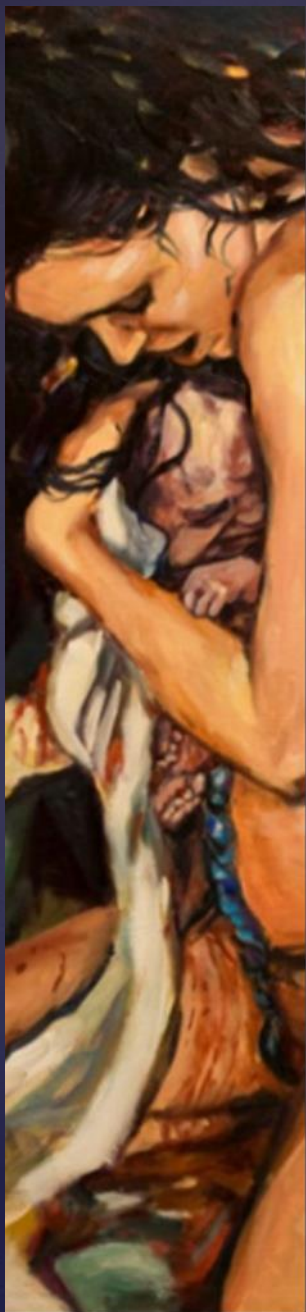
Esse termo é originalmente atribuído a Rosemblatt(Rosenblatt, 1989) no texto “O paradoxo perinatal: fazendo mais e conseguindo menos”, primeiramente aplicado aos bebês, mas se aplica também à saúde materna.

Para analisa esse paradoxo seria preciso “entender os fatores que levam aos profissionais a adotar um estilo de prática clínica que não atende necessariamente nem aos melhores interesses dos indivíduos, nem da sociedade (...) desencadeando intervenções inapropriadas e causando danos iatrogênicos”(Diniz, 2009)

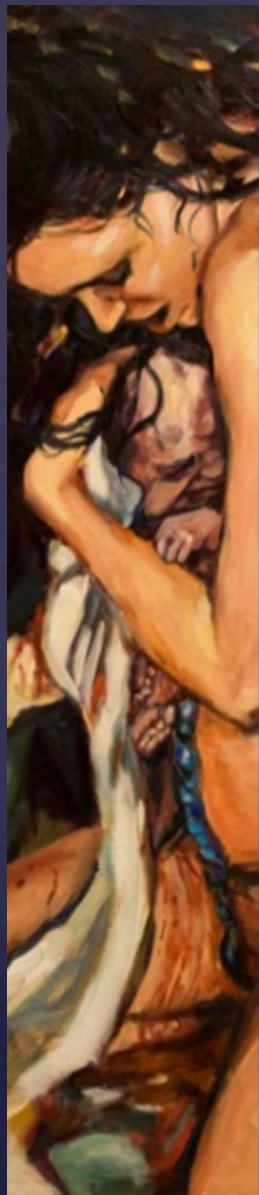


O paradoxo Perinatal - Diniz

No Brasil vemos o adoecimento e morte pela falta de tecnologia apropriada e o adoecimento e morte por excesso de tecnologia inapropriada. Há um aumento na prematuridade e baixo peso ao nascer, e há desfechos menos favoráveis para termos nascidos entre 37 e 39 semanas do que entre 40 e 42 semanas. A ocitocina entrou para a lista das 12 drogas cujo uso é associado a erros graves, e vem sendo utilizada de forma irresponsável e se associa a resultados perinatais desfavoráveis. Sobre a cesárea taxas abaixo de 1% e acima de 15% provocam mais dano que benefício, e que taxas mais elevadas estão associadas a com um aumento da mortalidade e morbidade materna e neonatal. No Brasil esta taxa chega a 80% em alguns hospitais e o MS e a ANS já tiveram iniciativas no sentido de diminuir essas taxas.



INTERVENÇÕES DURANTE O PARTO Dados do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2011-12)



	Litotomia	Punção Venosa	Ocitocina	Manobra de Kristeler	Episiotomia	Analgesia	Parto cesariana
Região							
Norte	92,2	64,9	45,1	35,0	37,2	1,2	48,1
Nordeste	91,7	64,5	47,5	42,4	41,9	3,0	46,9
Sudeste	93,6	76,3	54,2	40,1	57,2	17,3	56,5
Sul	94,4	70,2	48,6	33,4	57,6	7,0	54,3
Centro-oeste	96,5	65,9	42,3	43,2	59,2	7,6	60,1
Localidade							
Interior	94,7	69,1	48,2	41,5	51,6	6,8	50,3
Capital	89,2	70,1	45,6	33,0	46,9	13,4	56,1
Plano de saúde							
Não	93,3	68,6	51,2	38,4	48,9	6,1	43,6
Sim	93,9	74,5	47,5	39,8	61,3	25,2	79,2
Idade							
< 20	93,3	70,3	47,0	46,5	61,5	9,2	38,0
20 a 34	93,4	69,0	48,3	37,0	47,6	8,9	54,4
≥ 35	92,0	71,1	54,3	34,5	36,6	9,5	65,9

INTERVENÇÕES DURANTE O PARTO

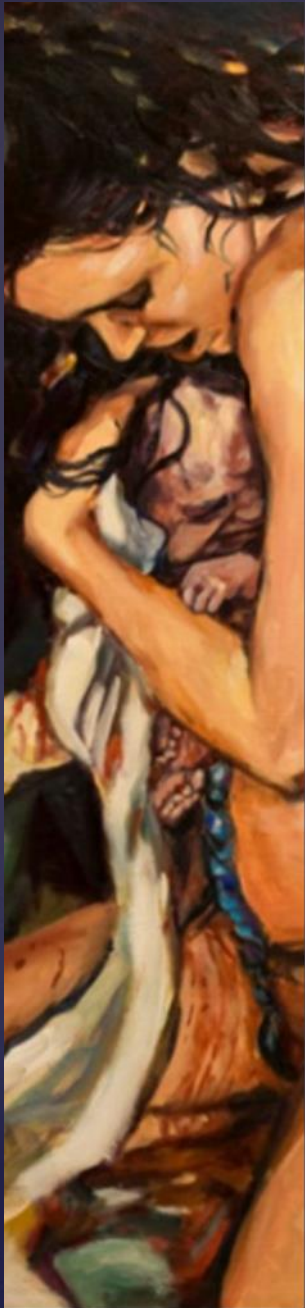
Dados do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2011-12)

	Litotomia	Punção Venosa	Ocitocina	Manobra de Kristeler	Episiotomia	Analgesia	Parto cesariana
Escolaridade							
Menos que EF	92,4	66,0	52,0	38,8	38,9	6,1	37,0
EF completo	93,9	69,0	48,5	38,6	53,4	7,5	45,1
EM completo	94,1	73,6	46,0	40,0	58,9	11,2	60,7
ES completo	90,5	73,4	42,4	43,1	63,8	36,8	85,4
Cor da pele							
Branca	93,6	72,3	46,3	38,9	57,1	13,4	62,8
Preta	89,4	70,1	47,0	38,3	50,3	7,8	45,6
Parda/morena/mulata	93,6	68,1	48,1	39,5	47,2	7,3	47,4
Amarela/orient al	93,6	68,2	46,0	42,9	52,7	10,1	53,0
Indígena	98,4	70,0	45,8	29,5	33,8	11,4	28,6
Paridade							
Primípara	93,6	76,0	51,7	52,2	68,8	12,7	56,1
Secundípara	93,3	65,3	46,2	33,2	48,6	8,7	53,8
Terceiro parto	93,6	65,2	47,0	28,1	31,5	5,1	49,5
4 partos ou mais	91,7	62,6	47,2	24,6	16,2	2,8	35,5



Locais de parto

- Hospital
 - Centro obstétrico/cirúrgico
 - Centro de parto normal
 - Salas PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério imediato)
- Domicílio
- Casas de parto











Em recente revisão sistemática da *Cochrane*, HODNETT *et al* (2010), compararam os CPN (que chamaram de alternativos) com os centros obstétricos tradicionais. Concluíram que o modelo alternativo foi associado com risco reduzido de intervenções médicas, aumento da probabilidade de parto vaginal espontâneo, aumento da satisfação materna, maior probabilidade de amamentação após o parto e sem riscos aparentes para a mãe e bebê

Modelos assistenciais – Davis-Floyd

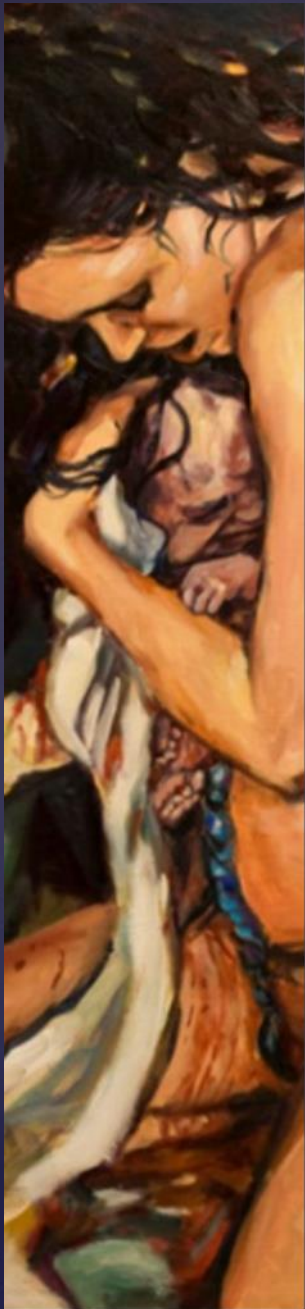
1. Modelo tecnocrático
2. Modelo humanístico
3. Modelo holístico

Robbie Davis-Floyd é antropóloga americana especialista em antropologia do Nascimento.



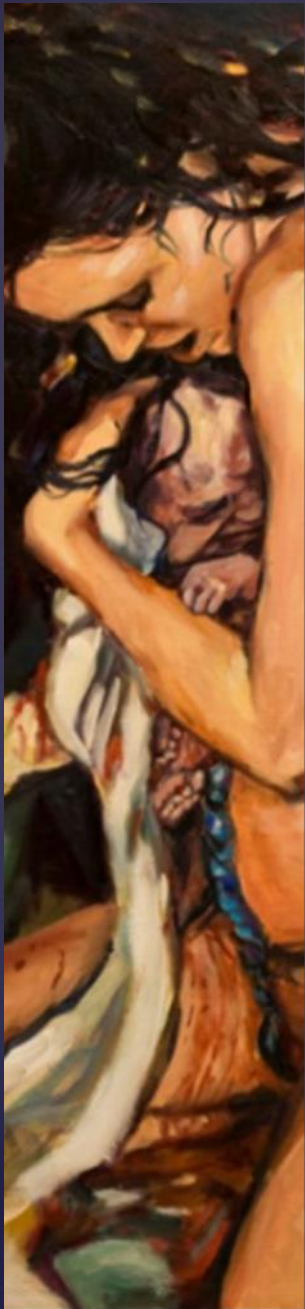
Modelos assistenciais: modelo tecnocrático

1. Separação mente-corpo
2. corpo como máquina
3. O paciente como objeto
4. Alienação do profissional em relação ao paciente
5. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro
6. Organização hierárquica
7. Padronização dos cuidados
8. A autoridade e a responsabilidade são do profissional, não da paciente
9. Valorização excessiva da ciência e da tecnologia
10. Intervenções agressivas com ênfases em resultados em curto prazo
11. Morte como fracasso
12. A intolerância para com outras modalidades



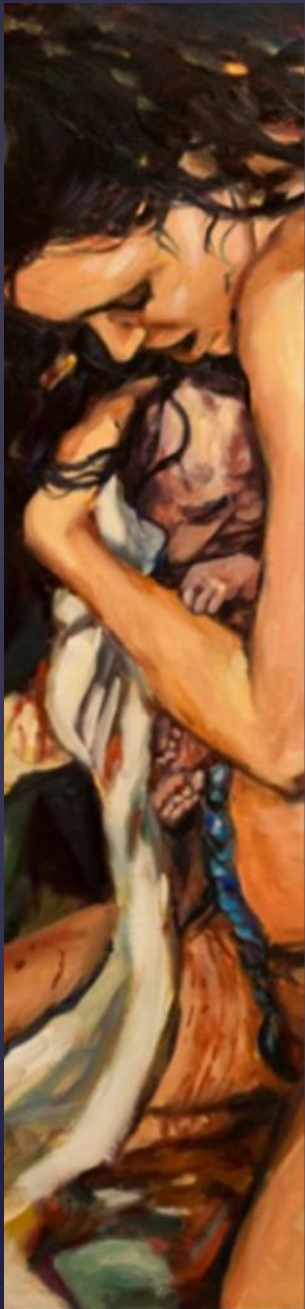
Modelos assistenciais: modelo humanístico

1. A conexão mente-corpo
2. O corpo como organismo
3. O paciente como sujeito de relação
4. Relação e cuidados entre o profissional e a paciente
5. Diagnose e cura de fora para dentro e de dentro para fora
6. Equilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as da instituição
7. Informação, tomada de decisão e responsabilidade repartida entre o profissional e a paciente
8. Ciência e tecnologia contrabalançada pela humanização
9. Enfoque na prevenção
10. A morte como uma possibilidade aceitável
11. Cuidados movidos pela empatia e compaixão
12. Mentalidade aberta frente outras modalidades



Modelos assistenciais: modelo holístico

1. Unicidade de corpo-mente-espírito
2. O corpo como um sistema de energia conectado com outros sistemas de energia
3. Curar a pessoa inteira em seu inteiro contexto de vida
4. Unidade essencial entre o profissional e o cliente
5. Diagnoses e cura de dentro para fora
6. Individualização dos cuidados
7. Autoridade e responsabilidade inerente ao indivíduo
8. Ciência e tecnologia colocadas a serviço dos indivíduos
9. Visão em longo prazo na criação e manutenção da saúde e do bem estar
10. Morte como uma etapa do processo
11. Foco na cura e não nos bens – altruísmo
12. Convivência de múltiplas modalidades de cura



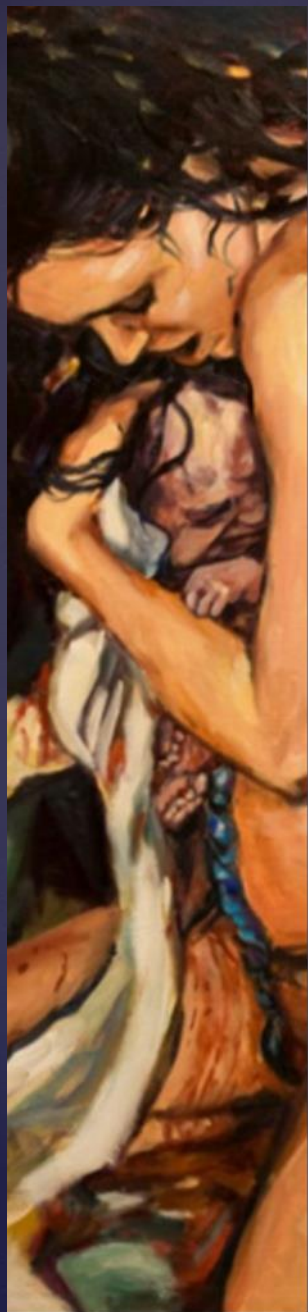
Alimentação no Pós-Parto

- ❖ A alimentação também tem papel importante na vida da mãe.
- ❖ Ela deve manter uma dieta balanceada, capaz de fornecer a energia e proteínas necessárias para o bom funcionamento do organismo e para a produção de leite.
- ❖ Este **não é o momento certo para regimes radicais.**
- ❖ O melhor é aliar um bom cardápio a atividades físicas regulares.



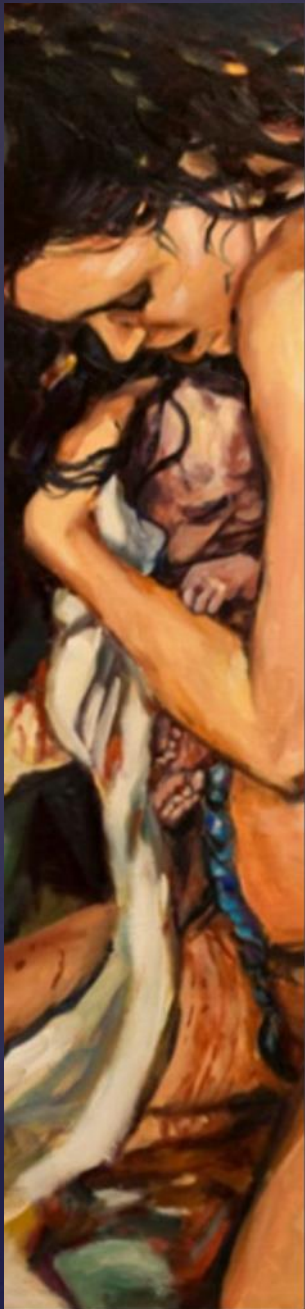
Alimentação no Pós-Parto

- ❖ Procurar alimentos ricos em **proteínas**, como carnes magras, peixes, queijos, ovos, leite e leguminosas.
- ❖ **Fibras vegetais** (encontradas em legumes, frutas, verduras e cereais integrais) e sais minerais (obtidos em carnes magras, cereais integrais, frutas, verduras, legumes e leite) também devem fazer parte da alimentação. Reforçar as fontes de **cálcio**
- ❖ Os líquidos devem ser ingeridos em abundância.
- ❖ A nova mãe pode deixar de fora alimentos com muito **açúcar, farinhas refinadas, frituras e condimentos**, além de evitar o excesso de bebidas alcoólicas e refrigerantes.





Getty



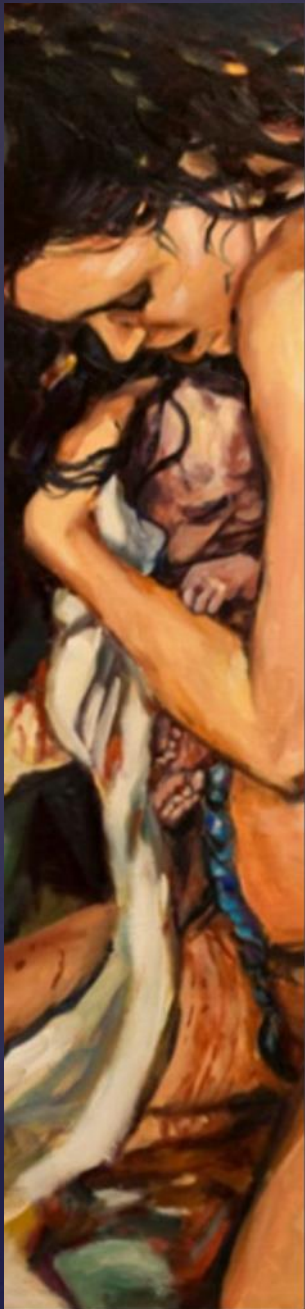
Orientações no puerpério

- ❖ Auxiliar na transição grávida-mãe
- ❖ Ajudar e apoiar o retorno da mulher ao estado pré-gravídico (peso, tônus, atividades, relações, sexualidade)
- ❖ Avaliar e identificar possíveis anormalidades (mamas, sangramentos, infecção)
- ❖ Orientar a mulher e a família sobre os cuidados com o bebê
- ❖ Orientar a mulher sobre auto-cuidado :
Deve-se dar atenção especial ao repouso, nutrição, hidratação, eliminação, exercícios, medidas de conforto, cicatrização e identificação de sinais precoces de complicações

Primal Health Research - Odent

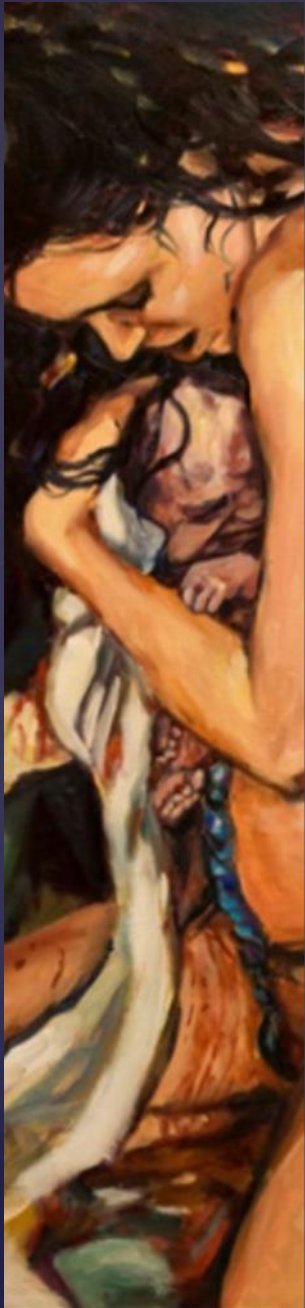
- O período primal compreende a vida fetal, período perinatal e primeiro ano de vida
- Estuda as consequências desse período na vida de um indivíduo

Michel Odent é médico obstetra francês defensor da humanização e protagonismo feminino em sua saúde e parto. Criador do Primal health Research centre em Londres



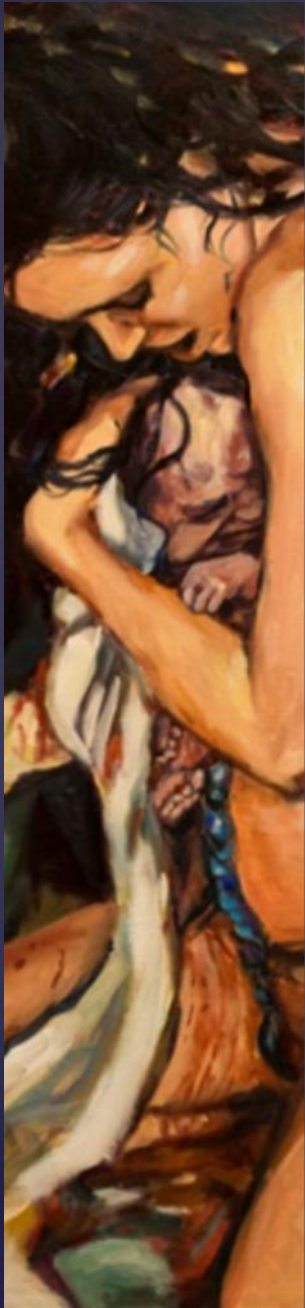
Via de nascimento e consequências para o bebê

- ❖ A cesárea bem indicada é um recurso muito importante! Porém o seu excesso produz efeitos adversos
- ❖ As mulheres devem ter direito à escolha **INFORMADA** da via de parto
- ❖ Curto prazo: parto pré-termo, baixo peso ao nascer, dificuldades com amamentação
- ❖ Médio-longo prazo: aumento de sobrepeso e obesidade, doenças respiratórias como asma, diabetes tipo 1 e outras doenças não-transmissíveis



Via de nascimento e consequências para o bebê

- ❖ Epidemias de obesidade e doenças crônicas / não transmissíveis
- ❖ Epidemias complexas e multifatoriais
- ❖ Associados ao consumo excessivo de calorias, alimentos nutricionalmente pobres, sedentarismo, outros fatores
- ❖ Cesárea/ via de parto/ microbioma intestinal: mais um fator



A**VD**

Exposure
to
Vaginal
Microflora

Normal
microbial
"seeding"
of GI tract

Normal
development
of immunity

B**CD**

Lack of
Exposure
to
Vaginal
Microflora

Abnormal
microbial "seeding"
of GI tract

Abnormal
development of
immunity

**PARTO NORMAL, PARTO NORMAL, PARTO
NORMAL, PARTO NORMAL, PARTO NORMAL,...**



Vídeos

<http://gemasusp.blogspot.com.br/p/material-didatico.html>

Cesárea:

<http://www.youtube.com/watch?v=KNQu1NRidtU>

Parto Normal hospitalar

<http://www.youtube.com/watch?v=D9ibAay4n9Y>

Parto Normal humanizado domiciliar:

https://www.facebook.com/video/embed?video_id=1375296502696702

Parto Normal auto assistido

<http://www.youtube.com/watch?v=mKObAdk4gJY>