

Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências

Luiz Fernando Fernandes Petrucce¹, Lara Rodrigues de Oliveira², Victor Rodrigues de Oliveira², Sebastião Rodrigues de Oliveira³

1. Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil. **2.** Universidade Federal de Goiás, Jataí/Goiânia, GO, Brasil. **3.** Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. **Autor correspondente:** Sebastião Rodrigues de Oliveira - Alameda D-5, Quadra 16, lote 15, 74934662, Jardins Mônaco, Aparecida de Goiânia, GO, Brasil. sebas.rod@hotmail.com. **Data de Submissão:** 27/03/2017. **Data de Aprovação:** 15/05/2017.



RESUMO

Há diversas publicações científicas evidenciando os benefícios do atendimento humanizado ao parto vaginal. Assim mesmo, os profissionais mais resistentes à readequação de suas tradicionais condutas são os médicos. Por isso, realizou-se uma revisão de literatura com objetivo de avaliar quais as melhores condutas a serem adotadas pelos Obstetras, nos partos em que forem responsáveis pelo atendimento. Os principais tópicos pesquisados foram as intervenções médicas diretas ou prescritivas. Avaliou-se a prescrição de dieta, permissão de acompanhante e doula, posição da parturiente, realização de amniotomia e episiotomia, e o clameamento do cordão umbilical. Deve-se permitir a ingestão líquida e de alimentos leves e incentivar a participação de acompanhantes e doulas. Recomenda-se ainda a adoção de posições verticalizadas, o uso da amniotomia e da episiotomia somente em casos selecionados e o clameamento tardio do cordão umbilical. Os resultados, em geral, apontam para uma diminuição de intervenções, respeitando os desejos das mulheres, sem abandonar a vigilância do bem-estar fetal.

Descritores: Parto humanizado; Humanização; Trabalho de parto

ABSTRACT

There are several scientific publications demonstrating the benefits of humanized childbirth care. However, the most resistant professionals to readjust their traditional behaviors are physicians. Therefore, we carried out a literature review to evaluate what are the best measures to be adopted by Obstetricians in births that they are responsible for. The main topics studied were the direct or prescriptive medical interventions. It has been assessed diet prescription, companion and doula permission, labour's positioning, amniotomy and episiotomy performing and umbilical cord clamping. Liquids and food intake should be allowed and the participation of companions and doulas should be encouraged. It is also recommended the adoption of upright positions, selective use of amniotomy and episiotomy and late umbilical cord clamping. The results generally indicates interventions declining, in respect of women desires, without abandoning the fetal well-being surveillance.

Keywords: Humanizing delivery; Humanization; Childbirth

INTRODUÇÃO

Tem sido observado um movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, pelo menos desde o final dos anos 80 do século XX, com a crítica do modelo hegemônico hospitalocêntrico de atenção ao parto e ao nascimento. Pode-se dizer que esse movimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985, que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outro acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e, também, à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia, amniotomia, enteróclise (enema), tricotomia e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou cesáreas.^(1,2)

No entanto, a aceitação desse novo modelo de assistência ainda sofre demasiada resistência em meio aos Obstetras. Muitas vezes por acreditarem que se trata de radicalismo ou mesmo por que as necessidades do processo de ensino-aprendizagem, que a formação do médico parteiro exige, transformam o profissional em um assistente de parto extremamente intervencionista.⁽³⁾

Justifica-se, portanto, a divulgação das pesquisas compreendidas e das publicações científicas que tratam das recomendações sobre a assistência médica ao processo de parturição. Com tal objetivo, este artigo de atualização tem como proposta divulgar de forma sintética, baseado em evidências científicas, as mais recentes diretrizes para assistência ao nascimento humanizado, focado essencialmente nas intervenções e ordens médicas, quais sejam: prescrição dietética, permissão da presença de acompanhantes e doulas, posição da parturiente, amniotomia, episiotomia e clampeamento do cordão umbilical.

MÉTODOS

Os bancos de dados Lilacs/SciELO, MedLine/PubMed e a biblioteca Cochrane Database of Systematic Reviews foram consultados à procura de artigos nacionais e internacionais. Utilizaram-se os descritores “parto humanizado”, “humanizing delivery” e “assistência ao trabalho de parto”. Para condutas específicas foram utilizados termos como “episiotomia”, “amniotomia”, “doula” e “dieta”. Foram utilizadas, como filtro de pesquisa, as datas de janeiro de 2000 a janeiro de 2017. A busca se restringiu aos idiomas inglês e português.

A seleção inicial dos artigos foi realizada com base em seus títulos e, quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto completo. Foram utilizados, inicialmente, os ensaios clínicos randomizados e as revisões sistemáticas específicas para uma recomendação.

Na ausência de ensaios clínicos e metanálises escolheram-se estudos observacionais e, caso fossem inexistentes, adotaram-se as recomendações das diretrizes de sociedades médicas da especialidade obstétrica como o Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ou da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Foram encontrados 926 artigos e, destes, selecionou-se 26 para a presente revisão. Foram utilizadas as publicações mais recentes, pois expressam a prática médica atual, além dos estudos com maior nível de evidência. Foram utilizados ainda dois livros-texto sobre o tema do artigo e de publicação recente.

DISCUSSÃO

Muitas práticas tradicionais, realizadas rotineiramente por obstetras na assistência ao trabalho de parto e parto, não apresentam respaldo científico para sua realização.⁽⁴⁾ As razões para adoção dessas rotinas não estão muito bem estabelecidas, mas estudiosos apontam para uma época longe do advento da medicina baseada em evidências, na qual as condutas médicas eram fortemente influenciadas por personagens importantes e de alto grau de prestígio nas associações médicas.⁽⁵⁾

Atualmente, na comunidade médica, pratica-se uma assistência cada vez mais suportada por estudos científicos e, em oposição ao modelo patriarcal, busca-se valorizar sempre a autonomia do paciente e sua liberdade de escolha quanto aos procedimentos que serão adotados.

Na perspectiva das puérperas, são condenadas as práticas de transferência para a sala de parto durante o período expulsivo, a posição de litotomia no momento do nascimento, o jejum durante o trabalho de parto, a punção venosa de rotina, toques vaginais em curto espaço de tempo por mais de um profissional e a realização da episiotomia de forma rotineira. Deve dar privacidade à parturiente permitir a presença do acompanhante de sua escolha durante todo o processo, utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, incentivar o contato pele a pele entre mãe e o recém-nascido e a amamentação logo após o nascimento.⁽⁶⁾

Sendo assim, à luz da ciência, propõe-se a discussão de temas tradicionais dos cuidados obstétricos, procurando trazer dados e evidências que permitam aos profissionais compreender melhor os limites e necessidades de sua intervenção.

PRESCRIÇÃO DIETÉTICA

A recomendação de jejum durante trabalho de parto baseia-se na possibilidade de risco de aspiração de conteúdo gástrico, podendo gerar a Síndrome de Mendelson na eventual necessidade de uma anestesia geral.⁽⁷⁾ Todavia, há evidências de que o jejum não garante a ausência de pequenos volumes gástricos durante o ato anestésico.⁽⁶⁾ Além disso, é muito rara a necessidade de anestesia geral durante o parto, especialmente nas gestantes de baixo risco.⁽⁸⁾

O jejum, portanto, não é recomendado como rotina para gestantes de baixo risco.⁽⁴⁾ É sabido que, diante do alto gasto energético que o trabalho de parto demanda, manter a parturiente em restrição quanto à ingesta hídrica e abstenção de alimentos pode levar a um quadro clínico de cetose e desidratação.⁽⁹⁾

Em uma metanálise, que incluiu cinco ensaios clínicos envolvendo 3.130 mulheres em trabalho de parto,

concluiu-se que não há justificativa para a prescrição de dieta zero nos casos de baixo risco por eventual necessidade de anestesia.^(4,8)

Em um ensaio clínico randomizado com 2.426 primíparas, comparou-se dois grupos de gestantes em trabalho de parto com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, selecionadas aleatoriamente para receber uma dieta leve ou apenas água. Não houve diferença significativa na evolução e desfecho do trabalho de parto, porém no grupo de dieta leve houve menor índice de cetose.^(4,10)

Mesmo na ocorrência de analgesia de parto por técnica peridural ou combinada, a ingestão de líquidos é recomendada e deve ser encorajada. O jejum só é necessário se existir grande probabilidade de cesariana ou de anestesia geral.^(4,11)

ACOMPANHANTES E DOULAS

Na história recente, com a hospitalização do parto, muitas mulheres ficaram afastadas de seus familiares e, frequentemente, sozinhas durante o trabalho de parto. Houve, portanto, consequente aumento do número de experiências negativas em relação ao parto.⁽⁴⁾

Diante dessa realidade, para ancorar a humanização da maternidade, foi sancionada a Lei nº 11.108/2005. A norma institui que todos os serviços de saúde no âmbito do SUS ficam obrigados a permitir, junto à parturiente, a presença de um acompanhante, de livre escolha, durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.⁽¹²⁾



Sendo assim, a presença do acompanhante já é aceita e tida como normal em grande parte dos centros obstétricos no Brasil, sobretudo quando é um familiar. No entanto, a doula profissional, uma figura relativamente recente na realidade brasileira, ainda encontra elevada resistência dos profissionais médicos.

Em um ensaio clínico realizado com 600 gestantes, que objetivou comparar os desfechos de partos com diferentes acompanhantes (profissionais de saúde, doulas, companheiro/familiar ou amiga), o grupo que recebeu suporte por doula apresentou discreta redução da duração do trabalho de parto e diminuição da necessidade de analgesia epidural.^(13,14)

Um estudo controlado e randomizado com 370 gestantes, que visou demonstrar a associação entre a presença de doula e a redução do número de cesáreas e de intervenções desnecessárias, evidenciou que o apoio da doula às parturientes diminuiu quase pela metade a chance de cesariana (RR 0,51 IC 95%). Provavelmente, o apoio emocional e físico fornecido às mulheres pelas doulas no evento do parto contribuiu para um ambiente satisfatório para o parto vaginal. Em uma escala de 0 a 10, as notas considerando a satisfação com o suporte das doulas foram de 9 ou 10 em 95,3% das mulheres.⁽¹⁵⁾

Em um estudo randomizado e controlado com 686 primíparas foi observada a redução da taxa de cesarianas, diminuição do uso de analgesia, diminuição da duração do trabalho de parto e aumento da satisfação materna com o parto no grupo acompanhado por doulas.^(13,16)

Uma metanálise de 22 ensaios clínicos randomizados, com um número total de 15.288 parturientes, mostrou que gestantes que receberam apoio contínuo durante o trabalho de parto apresentaram menor duração do trabalho de parto e maior probabilidade de parto vaginal espontâneo (RR 1.08 com IC 95%), com redução da necessidade de analgesia (RR 0.90 com IC 95%), menor probabilidade de cesariana (RR 0.78 com IC 95%) e menor necessidade de instrumentalização do parto vaginal (RR 0.90 com IC 95%). O estudo mostrou ainda significativa diminuição de experiência

negativa em relação ao parto (RR 0.69 com IC 95%) e menor probabilidade do recém-nascido (RN) apresentar baixo índice de Apgar no quinto minuto de vida (RR 0.69 com IC 95%).⁽¹⁷⁾

A conclusão dos autores foi que todas as mulheres deveriam receber apoio físico e emocional especializado durante o trabalho de parto e parto, pois essa prática tem benefícios clínicos significativos, tanto para a mãe quanto para o RN, sem haver risco ou prejuízo conhecido.⁽¹⁷⁾

Portanto, a presença das doulas pode ser uma excelente estratégia de suporte na redução das taxas de cesariana no país e o suporte contínuo por elas deve não somente ser permitido, mas incentivado pelos obstetras e instituições públicas e privadas envolvidas com a assistência às gestantes.⁽¹⁵⁾

POSIÇÃO MATERNA DURANTE TRABALHO DE PARTO E PARTO

Mesmo que a maioria das parturientes prefira deambular, muitos hospitais e centros obstétricos ainda recomendam que as mulheres permaneçam deitadas em seu leitos durante o trabalho de parto.⁽⁴⁾ Além de apresentar maior conveniência para os profissionais, no Brasil, essa realidade ainda é agravada pela falta de espaço físico que permita a livre movimentação das gestantes em grande parte das maternidades públicas ou privadas.⁽⁹⁾

Em oposição a essa realidade, um grande número de publicações científicas recentes tem demonstrado que a posição supina possui um efeito negativo na progressão do trabalho de parto e pode trazer efeitos adversos para o feto.⁽⁴⁾

A metanálise realizada por Lawrence *et al.* comparou posições verticais e deambulação *versus* posições reclinadas e cuidados no leito. O estudo incluiu 25 ensaios clínicos com um número total de 5.218 mulheres em trabalho de parto. Foi demonstrado que o primeiro período do parto foi, em média, 1 hora e 22 minutos menor nas parturientes que permaneceram em posições verticais ou em deambulação. Também

foi observada uma menor probabilidade de cesariana (RR 0.71 com IC 95%) e menor necessidade de analgesia epidural (RR 0.81 com IC 95%) no mesmo grupo.⁽¹⁸⁾

Os mesmos desfechos não foram observados quando as mulheres haviam sido submetidas à analgesia epidural.⁽¹⁸⁾ Outra revisão sistemática confirmou esse dado.⁽¹⁹⁾

Ao observar os resultados neonatais, houve um menor número de admissões em Unidades de Terapia Intensiva no grupo que adotou posições verticais e deambulação (RR 0.20 com IC 95%).⁽¹⁸⁾ A conclusão dos autores foi que a posição vertical é recomendada durante o primeiro estágio do parto e deve ser incentivada.⁽¹⁸⁾ No entanto, para uma real humanização dos cuidados, a liberdade de escolha da mulher deve ser respeitada. Mesmo que após encorajamento e incentivo à deambulação a parturiente prefira ficar deitada no leito, ela deve ser orientada a adotar o decúbito

lateral esquerdo, com base na evidência de potencial diminuição da contratilidade uterina e da perfusão placentária que a posição supina pode acarretar.⁽⁴⁾

A posição verticalizada reduz em 35% a força despendida pela parturiente se comparada a que necessita na posição horizontal; também diminui a compressão dos grandes vasos, melhorando a circulação materna e fetal; aumenta a passagem do canal de parto em até 28% e é significativa no auxílio respiratório, já que a respiração materna é prejudicada na posição horizontal.⁽²⁰⁾

Um estudo transversal realizado em Curitiba demonstrou que, apesar das evidências favoráveis à posição vertical no momento do parto, a maioria das mulheres pariu em posições não verticalizadas e esta prática se deve à cultura brasileira, protocolos institucionais, comportamento e preferências profissionais.⁽⁵⁾



Outros estudos analisaram a posição materna especificamente durante o período expulsivo e compararam os desfechos maternos e fetais. Foram consideradas posições verticalizadas (banquetas de parto, quatro apoios, sentadas em mesas PPP e cócoras) *versus* posições horizontalizadas (decúbito lateral, deitada com cabeça elevada 30° e posição de litotomia).

Uma metanálise envolvendo 22 ensaios clínicos, com um número total de 7.280 mulheres, observou que houve uma redução significativa na instrumentalização do parto vaginal (RR 0.78 com IC 95%), menor realização de episiotomia (RR 0.79 com IC 95%) e menor ocorrência de anormalidades da frequência cardíaca fetal (RR 0.46 com IC 95%) no grupo de posições verticalizadas. No grupo de parto verticalizado houve maior incidência de lacerações perineais de segundo grau (RR 1.35 com IC 95%). Não foram observadas reduções estatisticamente significativas na duração do período expulsivo e na admissão em UTI neonatal.⁽²¹⁾

Outra revisão sistemática que incluiu 5 estudos randomizados, envolvendo um total de 879 pacientes, analisou as diferentes posições maternas durante o período expulsivo em parturientes que utilizaram analgesia epidural. Não houve diferenças estatisticamente significativas na duração do trabalho de parto e na instrumentalização do parto vaginal entre os grupos estudados.⁽¹⁹⁾

Conclui-se, portanto, com base em evidências, que as posições verticalizadas e a deambulação devem ser incentivadas durante todo o trabalho de parto. Recomenda-se ainda a adoção de posições verticais no período expulsivo, sobretudo nas mulheres que não receberem analgesia de neuroeixo.

AMNIOTOMIA

O termo amniotomia é usado para descrever a ruptura artificial e intencional das membranas amnióticas. Esse procedimento é amplamente utilizado na prática obstétrica moderna com o objetivo primário de aumentar as contrações uterinas e, conseqüentemente, diminuir a duração do trabalho de parto.⁽²²⁾

Antigamente, o uso de amniotomia era indicado no momento da internação sob a premissa de que esta intervenção acelerava o trabalho de parto. Porém, há evidências científicas que comprovam que esta prática causa o aumento dos batimentos cardíofetais, o que conseqüentemente aumenta os níveis de cesarianas. O uso de amniotomia pode ser minimizado, e devem existir justificativas convincentes do ponto de vista científico para esta interferência no processo natural do parto.⁽⁵⁾

Em uma metanálise envolvendo 15 ensaios clínicos randomizados e com um número total de 5.583 gestantes, concluiu-se não houve diferenças estatisticamente significativas na duração do trabalho de parto entre mulheres que foram submetidas à amniotomia quando comparadas às que não foram. Também não houve diferenças nos índices de Apgar ao nascimento e de satisfação materna com relação à experiência de parto.⁽²²⁾

Nessa mesma publicação, observou-se um discreto aumento na proporção de cesarianas no grupo de amniotomia (RR 1.27 com IC 95%). No entanto, os resultados foram divergentes na literatura e os autores sugerem maiores estudos que possam corroborar os achados.⁽²²⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS) não recomenda o uso rotineiro da amniotomia para acelerar o trabalho de parto. Recomenda-se seu uso em casos selecionados e orientados por partograma.⁽²³⁾

EPISIOTOMIA

O uso rotineiro da episiotomia, proposto por Jewett e Stahl em 1895, só foi amplamente aceito e divulgado a partir de 1918 quando Pomeroy passou a indicar o procedimento para todas as primíparas. A partir de 1920, houve uma aceitação ainda maior do método quando Joseph B. DeLee, considerado por muitos como o pai da obstetria moderna, propôs a realização de episiotomia de rotina e fórceps profilático para todas as parturientes, com objetivo de encurtar o período expulsivo, preservar a integridade do assoalho pélvico e diminuir a morbidez neonatal, prevenindo a asfixia.⁽⁶⁾

Os traumas mais comuns durante o parto ocorrem no vestíbulo vaginal, que pode lacerar-se na ocasião da passagem do polo cefálico. Para um menor risco de lesões, o desprendimento deve ocorrer de maneira lenta e gradativa, permitindo assim uma melhor acomodação e uso da elasticidade tissular. Quando a cabeça progride rapidamente, os tecidos podem se romper.⁽²⁴⁾

Shiono estudou a incidência de laceração perineal de 3º e 4º grau em 24.114 mulheres e concluiu que as taxas globais de lesões severas eram 8,3% e 1,5% para primíparas e múltíparas, respectivamente. A maior contribuição desse estudo, porém, foi a evidência de que as mulheres submetidas à episiotomia mediana apresentavam um risco cinquenta vezes maior e as mulheres que foram submetidas à episiotomia médio-lateral apresentam risco oito vezes maior de sofrer uma laceração severa do que as mulheres que não foram submetidas à episiotomia.⁽⁶⁾

Caroli e Mignini realizaram uma metanálise que envolveu oito ensaios clínicos randomizados com um número total de 5.541 parturientes. Os diversos estudos compararam o uso rotineiro ou seletivo de episiotomia em geral, uso rotineiro ou seletivo de episiotomia médio-lateral, uso rotineiro ou seletivo de episiotomia mediana e uso de episiotomia mediana *versus* episiotomia médio-lateral. Nos grupos de episiotomia seletiva, comparado ao de uso rotineiro, houve menor incidência de laceração perineal de 3º e 4º graus (RR 0.67 com IC 95%), menor necessidade de sutura do trauma perineal (RR 0.71 com IC 95%) e menor incidência de complicações cicatríciais como infecção e deiscência (RR 0.69 com IC 95%).

A única desvantagem no uso seletivo da episiotomia foi um risco aumentado para laceração vaginal anterior (RR 1.84 com IC 95%). Os resultados foram similares independentemente da técnica de episiotomia (médio-lateral ou mediana) empregada. Não houve diferenças estatisticamente significativas na incidência de dor local, dispareunia ou incontinência urinária.⁽²⁴⁾

Uma revisão bibliográfica de ensaios clínicos randomizados com 6.177 mulheres, comparando o uso se-



letivo *versus* rotineiro da episiotomia, independentemente da paridade, ajuste ou tipo de episiotomia, não conseguiu demonstrar diferença na perda sanguínea (apenas 27 ml a menos nos casos de episiotomia seletiva), pouco ou nenhum efeito em lactentes com escore de Apgar inferior a sete em cinco minutos, e pouca ou nenhuma diferença na infecção perineal (RR 0,90 com IC 95%).⁽²⁵⁾

Uma outra revisão sistemática recente, que avaliou o risco de lacerações graves com e sem episiotomia, confirmou o achado de que a episiotomia deve ser realizada de forma seletiva e não rotineiramente. Demonstrou-se ainda que episiotomia mediana aumenta o risco de lacerações graves. Quanto às indicações, as mais citadas foram: primiparidade, peso fetal maior que 4kg, período expulsivo prolongado, parto operatório e distocia de ombro. Quanto à técnica, episiotomias realizadas com ângulos mais abertos (> 40°) e mais precocemente no período expulsivo (antes do "coroamento") parecem ser mais protetoras.⁽²⁶⁾

Portanto, com bases em evidências, deve-se adotar um uso restritivo da episiotomia. A escolha da técnica, quando necessária, deve ser pela que o profissional estiver mais familiarizado.⁽²⁴⁾

Diversos estudos foram unânimes ao adotar essa recomendação de conduta; no entanto, ainda são necessários mais estudos que definam qual a taxa ideal de realização e quais as reais indicações da chamada episiotomia seletiva.^(6,24)



CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL

O clampeamento precoce do cordão umbilical é prática rotineira no meio obstétrico com intuito de prevenir icterícia e policitemia neonatal. No entanto essa conduta vem sofrendo críticas em função do seu potencial impacto sobre a saúde do recém-nascido.⁽²⁷⁾

Considera-se o clampeamento precoce quando este ocorre imediatamente, ou segundos após o nascimento, e tardio quando acontece com mais de 60 segundos após o parto ou quando cessarem as pulsações no cordão umbilical. Uma metanálise que incluiu 15 ensaios clínicos, envolvendo 3.911 parturientes e seus recém-nascidos, comparou os efeitos maternos e fetais do clampeamento precoce *versus* clampeamento tardio em gestações a termo.⁽²⁸⁾

Nos desfechos neonatais, observou-se menor concentração média de hemoglobina (MD -1.49 g/dL com IC 95%) e menor necessidade de fototerapia para tratamento de icterícia (RR 0.62 com IC 95%) no grupo de clampeamento precoce. No grupo de clampeamento tardio, houve melhora dos estoques de ferro após 3 a 6 meses de vida (RR 2.65 com IC 95%). Não houve diferença estatisticamente significativa na morbimortalidade neonatal e nos índices de Apgar.⁽²⁸⁾

Quanto aos desfechos maternos não houve diferenças na incidência de hemorragia pós-parto ou no nível de queda da hemoglobina entre 48 e 72 horas após o parto nos grupos de clampeamento precoce ou tardio do cordão umbilical.⁽²⁸⁾

Outra metanálise envolvendo 15 estudos, com um número total de 738 recém-nascidos com menos de 37 semanas de gestação (prematuros), observou que o atraso no clampeamento do cordão umbilical reduziu a necessidade de hemotransfusões para tratamento de anemia (RR 0.61 com IC 95%), diminuiu a ocorrência de hemorragia intraventricular (RR 0.59 com IC 95%) e de enterocolite necrotizante (RR 0.62 com IC 95%). De maneira semelhante, os níveis de bilirrubina e a necessidade de fototerapia foram menores no grupo de clampeamento precoce.⁽²⁹⁾

Concluiu-se que o clampeamento tardio do cordão umbilical não apresenta riscos à saúde materna e apresenta possíveis benefícios ao recém-nascido desde que haja disponibilidade de fototerapia no serviço onde o nascimento ocorrer.^(28,29)

Um estudo observacional conduzido no Brasil acompanhou 325 crianças, com clampeamento precoce e tardio do cordão umbilical, até completarem 6 meses de idade. Foram avaliados os níveis de hemoglo-

Um estudo observacional conduzido no Brasil acompanhou 325 crianças, com clampeamento precoce e tardio do cordão umbilical, até completarem 6 meses de idade. Foram avaliados os níveis de hemoglo-

bina e ferritina no nascimento, aos 3 e aos 6 meses de idade. Observou-se que as crianças submetidas ao clampeamento tardio tinham melhores níveis de estoque de ferro aos 3 e aos 6 meses de idade. Concluiu-se que o clampeamento tardio pode ser utilizado como estratégia para prevenir deficiência de ferro em lactentes.⁽²⁷⁾

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o clampeamento do cordão umbilical deva ser realizado de maneira tardia, entre 60 e 180 segundos após o nascimento, ou quando cessarem as pulsações no cordão umbilical.⁽²³⁾

CONCLUSÃO

Há um crescente movimento social pela humanização no atendimento ao parto no Brasil, que respeite a fisiologia do parto e o protagonismo da mulher nesse processo; porém, muitos profissionais persistem em suas condutas, tradicionalmente empregadas desde sua formação obstétrica, mesmo que não sejam baseadas nas

melhores evidências. O jejum, embora seja praticado frequentemente, não é recomendado para gestantes de baixo risco. Enquanto a presença de acompanhantes e doulas se mostrou extremamente benéfica para as gestantes, melhorando os desfechos do parto.

A posição materna durante o trabalho de parto é objeto de diversos estudos. A deambulação deve ser incentivada durante o primeiro período do parto e observam-se melhores resultados materno-fetais quando são adotadas as posições verticalizadas.

A amniotomia deve ser utilizada em casos selecionados, não sendo recomendada como rotina. Da mesma forma, a episiotomia deve ser utilizada de maneira restritiva. O clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado de maneira tardia desde que haja disponibilidade de fototerapia. No entanto, todas as recomendações acima devem ser previamente discutidas com a paciente, e, sempre que possível, sua vontade deve ser respeitada.



REFERÊNCIAS

1. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saúde Colet*. 2005; 10(3): 627-37.
2. Prizskulnik G, Maia AC. Parto humanizado: influências no segmento saúde. *Mundo Saúde*. 2009; 33(1): 80-8.
3. Hotimsky S, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Cienc Saúde Colet*. 2005; 10(3): 639-49.
4. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010; 38(10): 527-37.
5. Santos ML. Episiotomia. In: Sabatino H. Atenção ao nascimento humanizado baseado em evidências científicas. 2ª ed. Manaus: Grafias; 2014.
6. Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene*. 2016; 17(1): 20-8.
7. Vale NB, Vale LFB, Cruz JR. O tempo e a anestesia obstétrica: da cosmologia caótica à cronobiologia. *Rev Bras Anestesiol*. 2009; 59(5): 624-47.
8. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 22;(8):CD003930. doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub3. Review. In: Pubmed; PMID:23966209.
9. Viggiano MGC, Moreira SF, Amaral WN. Assistência ao parto humanizado e neonatal. 2ª ed. Goiânia: Contato Comunicação; 2014.
10. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009; 338: b784.
11. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical Guidelines. Intrapartum care – care of healthy women and their babies during childbirth. London: Royal College of Obstetricians and Gynecologists; 2007.
12. Silva RM, Barros NF, Jorge HMF, Melo LPT, Junior ARF. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Cienc Saúde Colet*. 2012; 17(10): 2783-94.
13. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Ferreira CH, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto. *Femina*. 2011; 39(1): 41-8.
14. Campbell DA, Lake MF, Backstrand J. A Randomized Control Trial of continuous support in labor by a Lay Doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35(4): 456-64.
15. Sousa SR, Albuquerque A, Anjos UU, Viana RPT, Gomes LB, Freitas WMF et al. Analysis on the Doula's Influence in Childbirth Care at a Maternity. *International Archives of Medicine*, [S.l.], v. 9, oct. 2016. ISSN 1755-7682. Available in: <<http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1978>>.
16. McGrath SK, Kennell J. Randomized Controlled Trial of Continuous labor support for middle-class couples: Effects on cesarean delivery rates. *Birth*. 2008; 35(2): 92-7.
17. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 15;(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5. Review. In: Pubmed; PMID:23857334.
18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal position and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. Review. In: Pubmed; PMID:24105444.
19. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thomson JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;(1):CD008070. doi: 10.1002/14651858.CD008070.pub2. Review. In: Pubmed; PMID:23440824.
20. Sabatino H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010; 4(4): 143-8.
21. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3. Review. In: Pubmed; PMID:22592681.
22. Smyth RM, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;(1):CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub3. Review. In: Pubmed; PMID:23440804.
23. World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice. Geneva: World Health Organization; 2015.
24. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1): CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. Review. In: Pubmed; PMID:19160176.
25. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 8;(2):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3. Review. In: Pubmed; PMID:28176333.
26. Junior MDC, Junior RP. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016; 38(6): 301-7.
27. Venancio SI, Levy RB, Saldiva SRDM. Efeitos do clameamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2): 323-31.
28. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 11;(7):CD004074. doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3. Review. In: Pubmed; PMID:23843134.
29. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD003248. doi: 10.1002/14651858.CD003248.pub3. Review. In: Pubmed; PMID:22895933.