

Curso de Licenciatura em Fisioterapia

Ano Lectivo 2007/2008

4º Ano de Fisioterapia

- Monografia Final de Curso -

Seminário de Monografia I e II

*Preparação para o  
Nascimento - Da Teoria à  
Prática*

*Autora:* Paula Cristina da Costa Campos Jorge 200490808

*Orientadora:* Professora Sónia Bárcia

## Agradecimentos

Agradeço à minha tutora, a Professora Sónia Bárcia, pela sua orientação e disponibilidade prestadas, pelo espaço e tempo concedidos para que eu pudesse realizar este trabalho e por me ter possibilitado o meu crescimento contínuo enquanto aluna e enquanto fisioterapeuta ao longo destes quatro anos.

Agradeço à minha família, pais, irmã, tio, avós e primas, por todos os esforços que fizeram, pelo seu investimento, conselhos e confiança que sempre depositaram em mim, e pela crença constante de que eu conseguiria sempre fazer mais e melhor.

Agradeço aos meus amigos e aos colegas que estes tiveram sempre presentes durante este percurso, que me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos, bons e menos bons, que me guiaram, orientaram e aconselharam, que me proporcionaram momentos únicos e indescritíveis e que, todos os dias, me fazem sentir saudades da vida verdadeiramente académica que me proporcionaram.

Aos meus Professores, que me deram as ferramentas necessárias para que hoje, na prática, possa implementar os meus conhecimentos e as minhas crenças de uma forma segura, consistente e consciente.

Aos meus mentores, pelas suas sábias palavras, por me ensinarem a crescer e, sobretudo, a viver sempre fiel às minhas crenças e valores. Por me mostrarem outras perspectivas de como ver a vida e por me ensinarem a dar valor a cada momento, retirando sempre o que é fundamental e verdadeiramente positivo, capacitando-me, ajudando-me a não parar e a buscar sempre mais e melhor de mim, para mim e para os outros.

E, por último, mas não menos importante, agradeço a todos aqueles que de um modo mais ou menos positivo e significativo, ao longo destes quatro anos, contribuíram para o meu crescimento intelectual e pessoal, tornando-me numa pessoa melhor e numa profissional ainda mais segura e dedicada.

A todos vós, o meu muito obrigada.

## Índice Geral

Resumo	iv
Introdução	1
Metodologia	2
Revisão de Literatura	3
Definição de Preparação para o Nascimento	5
Perspectiva Histórica da Preparação para o Nascimento	6
Benefícios da Preparação para o Nascimento	14
Profissões Envolvidas na Preparação para o Nascimento-Contributo e Importância	18
Papel da Fisioterapia na Preparação para o Nascimento	21
Prática Baseada na Evidência, Guidelines, Padrões de Prática e Preceitos na Preparação para o Nascimento	24
«Maternity Standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services»	26
«Clinical Standards – Maternity Services»	35
«Scope of Practice»	40
«The National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services – a briefing paper»	41
«Minimum Standards for the Organization and Delivery of Care in Labour»	42
«Antenatal Care – Routine Care for the Healthy Women»	45
Portugal e a Preparação para o Nascimento	51
Discussão	54
Conclusão	61
Referências Bibliográficas	62
ANEXOS	68
ANEXO I	69

## Resumo

**Resumo:** Dada a crescente procura por parte dos pais na obtenção de apoio, aconselhamento e aquisição de conhecimentos e competências num período tão marcante das suas vidas como é o período da gravidez, é fundamental que haja uma linha comum de raciocínio e intervenção por parte dos fisioterapeutas que participam na preparação para o nascimento. Neste sentido, foi realizado um levantamento de documentos orientadores da preparação para o nascimento, com o intuito de verificar quais os aspectos contemplados pelos mesmos como sendo os mais relevantes a considerar no período pré-natal. **Objectivos:** Realizar um levantamento de documentos orientadores da preparação para o nascimento. **Metodologia:** Nesta revisão de literatura, a metodologia utilizada foi do tipo de escrito qualitativo, com recolha de dados e fontes secundárias retiradas com base numa pesquisa documental feita em obras de referência, artigos científicos e Web sites. **Resultados e Conclusões:** A preparação para o nascimento é um evento complexo e benéfico, onde é dada uma companhia personalizada à grávida e ao seu companheiro no sentido de serem adquiridas competências e conhecimentos acerca da gravidez e de como cuidar do bebé. A formação especializada dos fisioterapeutas neste contexto é fundamental para uma preparação para o nascimento bem sucedida e é manifesta a crescente necessidade de evidência científica que promova uma prática clínica fundamentada, segura, eficiente e eficaz.

### Palavras-chave

Preparação para o Nascimento, Fisioterapia, Saúde da Mulher, *Guidelines*, Padrões de Prática

## Introdução

Com o aumento do número de mulheres e casais a procurarem preparar-se para o nascimento do seu filho, assiste-se a uma procura crescente por parte dos mesmos de encontros de preparação para o nascimento. A sua grande maioria busca não só vivenciar melhor a gravidez, o momento do trabalho de parto e o parto, como também aprender a cuidar a do seu bebé e a resolver os problemas inerentes à amamentação.

No entanto, a preparação para o nascimento é uma área de intervenção onde as publicações sobre a mesma, tanto na área da Fisioterapia como fora da de sta, são bastante escassas e diminutas, sendo por isso mais difícil guiar os fisioterapeutas na sua prática clínica.

Não obstante da necessidade de um pilar que sustente a prática do fisioterapeuta na preparação para o nascimento e da insuficiente investigação e procura de informação por parte do mesmo, este trabalho surge na tentativa de promover o crescimento intelectual e o aumento do conhecimento daqueles que trabalham ou que pretendem exercer a sua prática nesta área específica da Saúde da Mulher. Neste sentido, serão analisadas algumas *guidelines*, padrões de prática e pareceres de grupos creditados, como intuito de encontrar os aspectos que estes contemplam como sendo os mais relevantes a considerar no período pré-natal.

Na tentativa de construir um trabalho actual, interessante e útil, este será iniciado com a procura de uma definição acerca do que é a preparação para o nascimento, seguido da perspectiva histórica da mesma, verificar-se-á no que consiste esta preparação e quais são os seus potenciais benefícios, observar-se-á quais são as várias profissões envolvidas, qual o seu contributo e importância e analisar-se-á qual o papel da Fisioterapia em todo este processo, terminando com a descrição das *guidelines*, padrões de prática e pareceres seleccionados.

Em termos metodológicos, esta revisão de literatura é do tipo descritivo qualitativo, com recolha de dados em fontes secundárias retiradas com base numa pesquisa documental realizada em obras de referência, artigos científicos e Web sites.

## Metodologia

A presente Monografia tem como principal objectivo realizar um levantamento de documentos orientadores da preparação para o nascimento. Neste sentido, foi feita uma recolha de dados acerca de diversos aspectos importantes para a compreensão da preparação para o nascimento, assim como foi realizada a análise de algumas *guidelines*, padrões de prática e pareceres de grupos creditados, com o intuito de encontrar os aspectos que estes contemplam como sendo os mais relevantes a considerar no período pré-natal.

Nesta revisão de literatura, a metodologia utilizada foi do tipo descritivo qualitativo, com recolha de dados em fontes secundárias retiradas com base numa pesquisa documental feita em obras de referência, artigos científicos e Web sites.

Para a obtenção dos artigos científicos e de outros documentos apresentados neste trabalho, foi realizada uma pesquisa em bases de dados e portais como a B-On, Wiley InterScience, Springerlink, Elsevier (Science Direct), PEDro, Instituto Nacional de Estatística, Direcção Geral de Saúde, National Health Service Direct, National Health Service Quality Improvement Scotland, British Journal of Obstetrics Gynaecology, American Journal of Obstetrics & Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists, British Medical Journal, World Confederation of Physical Therapy (International Organization of Physical Therapy in Women's Health), Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher), Chartered Society of Physiotherapy e Australian Physiotherapy Association, assim como noutras fontes informáticas consideradas fidedignas.

As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: *physiotherapy, physical therapy, primary care, women's health, conceptual models, guidelines, standards, pregnancy, antepartum care, prenatal care, maternity care, antepartum support e midwifery*, combinadas de múltiplas maneiras.

## Revisão de Literatura

*O nascimento não é só um acto:  
é um processo (Séneca)*

O nascimento de um filho é um acontecimento bastante significativo e memorável na vida de uma mulher e dar à luz é uma das experiências mais profundas que esta pode experimentar (Johston-Robledo, 1998). A experiência do parto, por si só, fica gravada na memória das mulheres, moldando a sua identidade como mães (Douglas, Cervin & Bower, 2007).

A forma como as mulheres são acompanhadas durante todo o período da gravidez até ao seu culminar, com o nascimento do seu filho, é provido de uma emoção profunda e de uma importância extrema: o modo como são acompanhadas irá fazer a diferença entre a vida e a morte, a saúde e a incapacidade e irá produzir consequências na capacidade da mãe e da família em cuidar da criança e em terem a percepção das suas responsabilidades para com ela. A provisão do cuidado pré-natal vai para além da saúde ou do cuidado médico, tendo também consequências sociais profundas. Ela irá afectar o indivíduo, a família e a comunidade para toda uma vida e para as gerações vindouras (Page, 2001).

O período pré-natal claramente apresenta oportunidades para proporcionar às mulheres grávidas algumas intervenções que podem ser vitais quer para a sua saúde e bem-estar como para a dos seus bebés (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003).

Quanto às interacções entre prestadores de cuidados de saúde e mulheres grávidas durante as visitas pré-natais realizadas, muito pouco se sabe. Muitos autores concordam que o cuidado pré-natal provavelmente tem um efeito benéfico global para algumas mulheres e a maioria dos *experts* defende que o cuidado pré-natal é benéfico e que é importante que haja algum acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, mesmo que este seja tardio ou não seja regular (Baldwin, 2006).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) afirma que mulheres que recebem cuidados pré-natais numa fase inicial e de um modo regular têm maior probabilidade de darem à luz crianças saudáveis. Alguns estudos têm mostrado que certos componentes do cuidado pré-natal são benéficos para a mãe e para o feto: programas de cessação tabágica para reduzir a incidência de atraso do desenvolvimento intra-uterino, o uso de ácido fólico na dieta para prevenir defeitos no tubo neural e exames médicos universais (como, por exemplo,

ecografias e análises laboratoriais), são alguns exemplos (Baldwin, 2006). Contudo, a investigação nesta área tem-se verificado relativamente escassa.

Em termos mundiais, os dados dos finais dos anos 90 até 2000-2001 indicam que mais de 70% das mulheres de todo o mundo têm pelo menos uma visita pré-natal com um profissional qualificado durante a gravidez e que nos países industrializados a adesão é extremamente alta, com 98% das mulheres a terem pelo menos uma visita. Nos países em desenvolvimento, por seu lado, o cuidado pré-natal atinge cerca de 68% das mulheres, sendo esta taxa considerada extremamente bem sucedida para programas que pretendem tornar o cuidado pré-natal acessível. A região do mundo que apresenta os mais baixos níveis de adesão aos cuidados pré-natais é o Sul da Ásia, onde apenas 54% das mulheres grávidas têm pelo menos uma visita pré-natal e são poucos os países onde os níveis de cuidado pré-natal utilizados são inferiores a 50%. A maioria das mulheres que referiram não receber qualquer cuidado pré-natal viviam em áreas rurais e/ou não tinham educação escolar ou tinham apenas a educação primária (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003).

As consequências de se falhar a provisão de um bom cuidado materno e perinatal podem ser observadas nos dados estatísticos da morbidade e mortalidade materna e neonatal, actualmente mais acentuada nos países em desenvolvimento (Villar, Bakketeig, Donner, Al-Mazrou, Ba'aqeel, Belizán, Carroli, Farnot, Lumbiganon, Piaggio & Berendes, 1998). Em Portugal, os dados estatísticos de 2002 a 2006 indicam que o número de óbitos infantis tem diminuído substancialmente: os óbitos infantis passaram de 572 para 349, os óbitos neonatais de 389 para 224, os óbitos neonatais precoces de 295 para 164 e os óbitos pós-natais de 183 para 125. Contudo, em Portugal não se sabe se existe uma causa-efeito entre a prestação de cuidados pré-natais e as taxas de mortalidade infantil, dado que não existem estudos publicados nesse sentido. O que se sabe, é que as taxas de natalidade apesar de apresentarem uma tendência para diminuir, permanecem relativamente altas: de 114373 nascimentos vivos em 2002 para 105445 nascimentos em 2006 (Direcção Geral de Saúde, 2008).

Nos dias de hoje, podemos então verificar que as mulheres estão cada vez mais interessadas em usufruir dos cuidados pré-natais (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003), cabendo por isso à comunidade de profissionais de saúde promover oportunidades para dar aos futuros pais informações com o intuito de esclarecer as suas dúvidas e abrir novos horizontes, prestar serviços que possam melhorar a saúde e a qualidade de vida tanto da mãe como do(s) feto(s) e facilitar a interacção entre os pais/família e a criança. Em todo este processo, o fisioterapeuta tem

um papel preponderante, sendo um veículo condutor de informação: ensinando, guiando e aconselhando.

## Definição de Preparação para o Nascimento

Antes do século XX, a maioria dos profissionais de saúde não reconhecia os cuidados pré-natais que quer como um conceito quer como uma prática. De acordo com Brown (citado por Baldwin, 2006), o cuidado pré-natal é «uma constelação inexacta de procedimentos e interações» que abrange um número específico de visitas numa agenda bem definida e com uma variedade de componentes educacionais, sociais e nutricionais fornecidos numa cultura apropriada, de um modo “flexível”.

Outras definições referem-se ao cuidado pré-natal como sendo o serviço prestado entre a concepção e o parto, com o intuito de monitorizar a saúde da mulher grávida e fornecer informações e actividades promotoras da saúde, de encorajar a adopção de bons hábitos alimentares e higiénicos e de proporcionar apoio psicológico e social (Baldwin, 2006).

A American Academy of Pediatrics e o ACOG, por seu lado, descreveram o cuidado pré-natal como «um plano de cuidados que deve incluir necessidades médicas, nutricionais, psicossociais e educacionais da paciente e da sua família, devendo ser avaliada/corrigida e reavaliada periodicamente em relação com o processo da gravidez» (Baldwin, 2006).

O cuidado pré-natal consiste então numa complexa definição de actividades com o intuito de reduzir a morbilidade e a mortalidade materna e fetal através da diminuição da probabilidade de uma mulher grávida experimentar sérias complicações durante a gravidez ou parto e da melhoria dos resultados maternos e fetais em mulheres com complicações (Villar *et al*, 1998).

Deste modo, o objectivo do cuidado pré-natal é assegurar um parto sem complicações, conduzindo ao nascimento de um bebé vivo e saudável, sem deixar quaisquer sequelas para a saúde da mãe (Kajuri, Karimi, Shekarabi & Hosseini, 2005). Este cuidado consiste na realização de vários exames médicos destinados a múltiplos acontecimentos (Khan-Neelofur, Gülmezoglu & Villar, 1998) e compreende um conjunto de actividades no decurso da gravidez que requerem tempo e outros investimentos tanto por parte da mulher, como dos profissionais de saúde e organizações que se dedicam à oferta desse cuidado (Silveira & Santos, 2004).

Esta preparação foca-se sobretudo no trabalho com as grávidas e com as suas famílias durante um período significativo nas suas vidas, que é preenchido por múltiplas necessidades

desenvolvimentais, emocionais, físicas e de aprendizagem. Conhecendo estas necessidades fundamentais dentro do mundo altamente complexo e tecnológico que nos dias de hoje rodeia o nascimento, é um desafio. Como – e se – conhecermos as necessidades dos pais e expectantes e das suas famílias foi alcançado, é amplamente determinado pelas crenças e valores do indivíduo e não tanto pela ciência e pelo conhecimento (Nichols, 2000).

## **Perspectiva Histórica da Preparação para o Nascimento**

Historicamente, a preparação para o nascimento começou por ser feita dentro da própria família, através da passagem do testemunho entre mulheres. Esta tradição, verificada em quase todo mundo, constituiu a forma primária de aprendizagem acerca do parto (Ondeck, 2000; Renkert & Nutbeam, 2006). Contudo, ao longo do tempo, alterações na estrutura familiar, no aumento do número de mulheres a integrarem o Ensino Superior, o mercado de trabalho e o aumento da medicação utilizada no parto, levou a que as mulheres sentissem uma maior necessidade de obterem uma educação pré-natal formalmente organizada, como um mecanismo através do qual pudessem desenvolver os seus conhecimentos e competências (Renkert & Nutbeam, 2006).

A História Contemporânea da preparação para o nascimento tem diversas e complexas origens. A popularização da preparação para o nascimento nos *media* foi inicialmente imputada a Lamaze. Fernand Lamaze é frequentemente creditado para os métodos ensinados nos dias de hoje, mas evidências históricas confirmam que o médico inglês Grantley Dick-Read contribuiu para aspectos importantes da preparação para o nascimento contemporânea (Ondeck, 2000).

A maioria dos programas de preparação para o nascimento actuais tem os seguintes três elementos em comum: (1) informação acerca do processo e dos procedimentos relacionados com o parto, (2) estratégias de *coping* para o conforto relacionado com a dor e (3) ênfase no apoio do companheiro no parto, da tríade familiar, do instrutor, assim como no desenvolvimento de um sistema de apoio. A diferença entre os diversos programas prende-se com a filosofia do parto que rejeita ou aceita uma intervenção mais tecnicista e a intervenção médica no parto (Ondeck, 2000).

A existência de duas grandes abordagens (Médica e das Enfermeiras Parteiras) ao cuidado das mulheres grávidas começou na História Antiga. No entanto, cada uma destas profissões baseia-se em diferentes entendimentos da natureza e da importância da gravidez e do parto. As enfermeiras parteiras desenvolveram um suporte social, informativo, físico e material que as

mulheres tradicionalmente partilhavam umas com as outras em tempos de necessidade. Estas viam a gravidez como uma parte crítica, vulnerável, mas normal, da vida das mulheres. Os obstetras, por seu lado, especializaram-se, com o intuito de intervirem nas patologias da gravidez e do parto. Assim, e à semelhança com as diferentes filosofias, cada uma destas perspectivas chama por uma diferente abordagem ao cuidado da mulher grávida (Rooks, 1999).

A história da ta que o parto permaneceu na comunidade das enfermeiras parteiras, na Europa, até 1750. De facto, antes do século XVII, os homens eram proibidos por Lei, assim como pelos costumes, a intervirem no parto. No entanto, no século XVII, os médicos começaram a retratar a ideia do parto como uma condição patológica que requeria intervenção médica. O primeiro registo de prática médica no parto foi feito por Thomas Shippen, em 1750 (Ondeck, 2000).

Passados cem anos, algumas críticas começaram a surgir aos cuidados médicos, devido aos elevados casos de febre puerperal. Em 1850, Oliver Wendell Holmes pensava não ser coincidência as mulheres que faziam partos com enfermeiras parteiras (que interferiam menos no processo) terem menor incidência da febre. Avanços científicos no meio do século XIX, como a teoria de Semmelweis do foco da infecção, técnicas anti-sépticas de Lister e a utilização de clorofórmio de Simpson, alteraram o ambiente do parto. Em 1847, Fanny Longfellow utilizou éter para realizar um parto em Cambridge, Massachusetts, sendo este acontecimento considerado como que uma porta de abertura ao consumismo no parto. Assim, iniciou-se o debate sobre o local fisiológico e moral da dor no parto e o início sem precedentes das exigências dos pacientes no impacto nos cuidados (Ondeck, 2000).

Ainda no século XIX no Reino Unido, formou-se o corpo profissional da Fisioterapia (Polden & Mantle, 1990). Em 1886, Dame Rosalind Paget (uma das pioneiras do Royal College of Midwives), tornou-se numa das fundadoras da Society of Masseuses e, 1895, a primeira Presidente do Conselho desta Sociedade. Ao longo dos anos a Society of Masseuses prosperou, tornando-se na Chartered Society of Physiotherapy (CSP) (Polden & Mantle, 1990).

Mais tarde, no início do século XX, algumas alterações económicas tiveram efeitos profundos no ambiente do parto. A Revolução Industrial no século XIX, trouxe consigo a migração urbana dos campos para as cidades e a separação das mulheres das suas famílias alargadas. As unidades familiares individuais tornaram-se auto-suficientes. Com o desejo das mulheres em dar à luz num ambiente limpo e seguro, iniciou-se o movimento do parto hospitalar. Avanços na educação médica, higiene pública, tecnologias de diagnóstico, bacteriologia e

imunologia, proporcionaram um maior respeito pela profissão médica. Como o conhecimento das mulheres e a confiança no parto diminuíram, a Obstetrícia desenvolveu-se como área especializada do conhecimento médico, baseando-se no pressuposto que o parto seria um acontecimento patológico, e em vez de ser considerado um processo natural e normal. (Ondeck, 2000).

Em 1912, no Hospital de St. Thomas em Londres, a enfermeira parteira e fisioterapeuta Minnie Randall, conjuntamente com o obstetra J. S. Fairbairn desenvolveram um especial interesse na intervenção do fisioterapeuta durante a gravidez, parto e puerpério. Fairbairn acreditava na «Obstetrícia Preventiva» e, por isso, contou com a colaboração de Randall para desenvolver um sistema de exercícios no leito para mães no período pós-natal, dado que estas permaneciam durante longos períodos acamadas. Inicialmente os exercícios foram pensados para o período do pós-parto, sendo mais tarde desenvolvidos outros exercícios para o período pré-natal e para alguns casos ginecológicos. Outro médico que influenciou grandemente Randall, foi Kathleen Vaughan, que teve a percepção de que os factores biológicos e hereditários não eram os únicos a determinar a forma da pélvis e a mobilidade das suas articulações, e que o dia-a-dia das mulheres também tinha uma influência preponderante nestes factores. Desde 1912, o fisioterapeuta tem sido um membro importante da equipa de serviços maternos (Polden & Mantle, 1990).

Entre 1900 e 1930, as enfermeiras parteiras quase cessaram a sua existência, dado que o seu trabalho não era visto como prática da Medicina. A enfermeira parteira era observada como parte da comunidade das mães e falava a sua própria linguagem (Ondeck, 2000). Desde o seu início, as enfermeiras parteiras criaram um sistema de saúde seguro e economicamente eficaz, com o seu foco na prevenção da doença e na promoção da saúde (Williams, 1999). Nesta época, as mulheres abastadas foram as primeiras a aceitar o cuidado médico no parto. Entre 1921 e 1930, houve um declínio no número de partos devido à Grande Depressão e as mulheres perceberam que só aquelas que não podiam pagar o cuidado médico utilizavam uma enfermeira parteira. Nos anos 30, verificou-se a adopção de intervenções como clisteres, episiotomias e fórceps como procedimentos de rotina hospitalar nos Estados Unidos. O parto tornou-se então um procedimento médico, solitário e estéril, sem o apoio da família. Quando separadas da sua rede familiar, as mulheres começaram a depender de publicações impressas acerca do parto (Ondeck, 2000).

A provisão de cuidados especiais para as mulheres durante a gravidez através dos serviços de saúde pública teve um desenvolvimento relativamente lento na Obstetrícia Moderna. Ainda nos anos 30, no Reino Unido e na Irlanda do Norte decidiu-se que todas as mulheres deveriam usufruir de *check-ups* regulares durante a gravidez como uma parte integrante dos serviços maternos (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003). Na mesma época, Margaret Morris, fisioterapeuta, sugeriu que as mulheres deveriam “ensaiar” o trabalho de parto no período pré-natal (Polden & Mantle, 1990).

A exigência pela preparação para o nascimento como um conceito de saúde preventivo universal teve as suas raízes na American Red Cross. Em 1908, começaram a ser realizadas em Nova Iorque classes de higiene materna, nutrição e cuidados do bebé. O Maternity Center Association of New York, em 1919, inicialmente ofereceu classes partindo da filosofia de que o cuidado materno era um direito e, em 1930, realizou uma campanha no sentido de encorajar as mulheres a procurarem o cuidado pré-natal precocemente (Ondeck, 2000).

No período de 1900 a 1950, alguns cientistas destacaram-se. O cientista russo Erofêeva foi creditado por demonstrar o conceito de que a dor podia não ser sujeita a determinadas condições e que uma nova resposta podia ser condicionada (partindo vagamente das teorias, experiências e pressupostos de Pavlov acerca do comportamento dos animais). Velvovsky, por seu lado, baseou o seu trabalho na experiência científica e ensaio e erro para alterar a resposta das mulheres às contracções uterinas. Por outro lado, a ênfase dada à prevenção da dor, através de estratégias psicológicas, mais do que suprimir a dor através de meios químicos, levaram Nicolayev a chamar ao treino de «Método Psicofilático». Este método de treino dava ênfase ao controlo da respiração, “massagem” abdominal e pressão em pontos nas costas e na anca (Ondeck, 2000).

Na mesma altura, em Inglaterra, a experiência de Grantley Dick-Read com uma mulher em trabalho de parto que rejeitou o clorofórmio e que ainda negava sentir dor tornou-se na origem do chamado «Movimento do Parto Natural». Originalmente rejeitado pelos seus colegas, Dick-Read alterou o curso da História. Ele acreditava que a dor não era necessariamente inerente no trabalho de parto e que o parto é sim o resultado de um condicionamento cultural. O método de Read foi baseado na crença de que o corpo e a mente interagem como um todo e, tal como Velvovsky, Dick-Read acreditava que a causa fundamental da dor era o medo. Este método de treino incluía leituras na gravidez, trabalho de parto e parto, um programa de exercício físico que promovesse a saúde em geral, exercícios de relaxamento para reduzir a tensão muscular e exercícios de respiração para a gravidez, trabalho de parto e parto (Ondeck, 2000).

Nos anos 40, Helen Heardman, fisioterapeuta, juntou as modalidades de relaxamento, respiratória e educação para os cursos de preparação para o nascimento e para a paternidade. Heardman, conjuntamente com outros fisioterapeutas interessados nesta área, formaram a Obstetric Association of Chartered Physiotherapists (OACP). Desde então, foram verificadas muitas alterações na Fisioterapia Obstétrica, na profissão das enfermeiras parturientes e na Obstetrícia. Muitos fisioterapeutas dedicados conjugaram a sua *expertise* a esta área de interesse (Polden & Mantle, 1990).

De 1950 a 1980, deu-se a formalização da preparação para o nascimento. Durante a segunda metade do século XX, a sensibilização internacional cresceu. Os governos colaboraram com assistência técnica e agências doadoras para assegurar que as mulheres grávidas nos países em desenvolvimento também teriam acesso aos cuidados maternos (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003).

Durante o mesmo período, em 1951, Lamaze visitou a clínica de Nicolayev em Leningrad. Este acontecimento marcou a difusão do Método Psicoprofilático pela Europa Ocidental. Lamaze observou uma versão modificada deste método, que foi em parte influenciada pela doutrina da política soviética. Posteriormente, Lamaze e o seu associado Pierre Vellay alteraram o método para se enquadrar na cultura francesa, tornando-o bastante popular (Ondeck, 2000).

Ao mesmo tempo, a preparação para o nascimento estava a ser introduzida na Inglaterra pelo British National Childbirth Trust (BNCT). Desde 1956, o BNCT tem sido a maior organização a treinar não só educadores da preparação para o nascimento, mas também conselheiros de amamentação e de pós-parto. Ele também apresentou a preocupação das mulheres aos Órgãos do Governo Britânico. Adicionalmente ao método de Dick-Read, Sheila Kitzinger, em 1981, promoveu o «Método Psicosssexual» da educação para o nascimento. Este método englobava a preparação tanto da mulher como do homem. Kitzinger, descreveu o seu método como «a preocupação não apenas com o acto do parto, mas com as pessoas numa relação de amor e interdependência» (Ondeck, 2000).

Naquele tempo, foram desenvolvidos os métodos de Lamaze e de Dick-Read. O método de Dick-Read foi subscrevido pelo Papa Pio XII, em 1956, e foi vastamente implementado nos Estados Unidos da América (EUA), tendo o seu *media* um papel preponderante em todo este processo. Esta fase coincidiu com os anos iniciais do movimento feminista, quando um espectro de grupos de mulheres reexaminaram o papel da mulher em todas as esferas da vida, incluindo no parto. Graças a Marjorie Karmel, antiga paciente de Lamaze, e Elisabeth Bing, conhecida

como a “mãe” da preparação para o nascimento nos EUA, o método de Lamaze tornou-se, por múltiplas razões, no método psicológico mais popular para a gestão da dor neste país. Estas mulheres, juntamente com alguns obstetras, formaram em 1960 a American Society of Psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO), em Nova Iorque. Iniciada em 1965, a ASPO criou o primeiro programa de educação e certificação para educadores da preparação para o nascimento e os seus primeiros anos foram destacados por óptimas convenções, com intervenção de pacientes. Em 1975, 2500 instrutores treinaram 190 000 mulheres no método de Lamaze e este método foi considerado um sucesso (Ondeck, 2000). Contudo, a controvérsia existente prendia-se com a falta de validação científica que demonstrasse a eficácia destes métodos.

Ainda em 1960, foi fundada a International Childbirth Association (ICEA). Esta Associação foi a primeira a ver os cuidados prestados à mulher numa perspectiva consumista. Estabelecida com a comunidade médica, esta Associação tinha como princípio o trabalho conjunto entre pacientes e profissionais no sentido fornecer aos pais informações para que estes pudessem fazer escolhas informadas (Ondeck, 2000).

Outro importante passo, foi dado por Deborah Tanzer, apoianta do Método Psicoprofilático, que tinha como objectivo fornecer evidência científica dos benefícios do parto natural. As suas conclusões indicavam que as mulheres que consistentemente reportaram uma grande capacidade de cooperação com o parto após frequentarem classes e que aquelas que experimentaram grande satisfação, tinham os seus maridos presentes no parto. As organizações formadas *a posteriori* reflectiram ideologias mais feministas e tradicionalistas (Ondeck, 2000).

Para as mulheres, o controlo durante o parto nos anos 70 significava um parto sem drogas. A natureza adversária da preparação para o nascimento para as práticas comuns dos obstetras tornou-se numa parte da retórica feminista para alterar as intervenções médicas rotineiras do parto (Ondeck, 2000).

O movimento da preparação para o nascimento foi inicialmente adoptado por mulheres caucasianas de classe média. Influências sociais, políticas e feministas afectaram a sua popularidade. O “rótulo” que melhor se adequa às mulheres envolvidas neste movimento não é feminista ou tradicionalista mas *womanista*. Para Alice Walker (1984), criadora do conceito, uma *womanista* é uma «mulher que ama outra mulher, aprecia e prefere a cultura das mulheres e a força das mulheres». Através da promoção de educação para o parto, muitas organizações tornaram-se as raízes de um movimento consumista. Esse movimento levou a alterações nos sistemas de cuidados maternos, referido como cuidados centrados na família. Essas alterações

incluíam menor medicação e anestesia, a presença do pai no trabalho de parto e no parto, a mãe permanecer no mesmo quarto que o bebé e a permissão de visitas de parentes. As organizações de educação da preparação para o nascimento continuam nos dias de hoje a ter um impacto importante no cuidado pré-natal (Ondeck, 2000).

Neste período, as mulheres afirmavam frequentemente nas classes de preparação para o nascimento que queriam ter controlo da sua experiência de parto, controlo esse que tinha a mesma conotação noutros aspectos da sua vida: participar em decisões e ter capacidade de influenciar os resultados (incluindo menor medicação e anestesia). Nos anos 80, o controlo da experiência do parto expandiu-se para incluir decisões acerca do momento do parto, do seu tempo de duração e da dor aceitável. Os *media* tiveram mais uma vez um papel pioneiro na forma como as mulheres viam as práticas do parto, encorajando-as a procurar informações. Durante os anos 80, a prática da educação pré-natal moveu-se para uma prática com base hospitalar (Ondeck, 2000).

A evolução verificada em toda a História da preparação para o nascimento foi acompanhada pela Fisioterapia, que passou a englobar na sua intervenção outras áreas de interesse como a Ginecologia e o tratamento da incontinência urinária. Actualmente, a organização profissional para esta especialidade no Reino Unido é conhecida como Association of Chartered Physiotherapists in Obstetrics and Gynaecology (ACPOG), sendo este um dos maiores grupos de interesse da CSP, reconhecido por ter aumentado o diálogo e a colaboração com o Royal College of Midwives (RCM) e com o Health Visitors' Association (HVA) (Polden & Mantle, 1990).

Em Portugal, a História da Fisioterapia na Saúde da Mulher começou a ser traçada apenas em 1980, com a formação de fisioterapeutas nesta área. Em 1983, constituiu-se o primeiro grupo de interesse da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), o «Grupo de Interesse de Fisioterapia e Obstetrícia e Ginecologia» e, desde então, este grupo tem desenvolvido formações neste âmbito, nomeadamente na preparação para o nascimento, no pós-parto e na incontinência urinária. Em 1998, em concordância com a International Organization of Physical Therapists in Women's Health (IOPTWH), este grupo de interesse alterou o seu nome para «Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher» (GIFSM) e, em Maio de 1999, o GIFSM tornou-se membro oficial da IOPTWH, sub-grupo da Confederação Mundial de fisioterapeutas – WCPT (APF, 2007).

Nos dias de hoje, existe uma concordância que o foco das intervenções pré-natais deveriam ser dirigidas para melhorar a saúde materna, e isto tem sido tanto uma finalidade em si própria

como uma necessidade para assegurar a saúde e a sobrevivência das crianças (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003).

Desde a introdução do cuidado pré-natal, o foco dos cuidados tem-se deslocado da saúde física materna para se focalizar no desenvolvimento e bem-estar fetal. Consequentemente, o conteúdo dos cuidados foi sendo alterado com o tempo (Hildingsson, Waldenström & Radestad, 2002).

Outros factores bastante valorizados e discutidos no âmbito da preparação para o nascimento nos dias de hoje são a continuidade dos cuidados materno-infantis (Hildingsson, Waldenström & Radestad, 2002), e a necessidade de obtenção de evidência científica que comprove a eficácia, a eficiência e os múltiplos benefícios da preparação para o nascimento, já constituída como uma séria preocupação desde 1950 (Abou-Zahr & Wardlaw, 2003; Silveira & Santos, 2004).

Actualmente, os programas de preparação para o nascimento também têm sido recomendados para os países em desenvolvimento nas mesmas linhas utilizadas nos países desenvolvidos, com a penas pequenas ajustes a nível local. Muitos dos componentes destes programas de cuidado pré-natal não têm sido sujeitos a uma avaliação científica rigorosa para determinar a sua efectividade. Apesar do desejo comum em melhorar os serviços maternos, a falta de evidência consistente tem impedido a identificação de intervenções eficazes e também uma aplicação óptima dos recursos. Nos países em desenvolvimento estes programas são com alguma frequência mal implementados, as visitas clínicas para além de não serem regulares têm longos períodos de espera e é dado pouco feedback às grávidas (Villar *et al*, 1998).

Comentários recentes acerca da preparação para o nascimento referem a tensão existente entre a comunidade médica e a comunidade de educadores da preparação para o nascimento, cujos valores e perspectivas não reflectem a visão do parto como sendo um evento médico mas como um processo normal e natural (Williams, 1999; Oudeck, 2000). A visão dominante nos dias de hoje é que a dor no parto é desnecessária e perigosa.

Neste século, o desafio dos educadores da preparação para o nascimento será adoptarem uma visão global do parto que desenvolva um modelo centrado na mulher onde, e tal como é descrito por Midmer em 1992 (citado por Oudeck, 2000), «a mulher [é observada] como principal, a família como contexto, o parto como processo e os prestadores de cuidados como facilitadores».

## Benefícios da Preparação para o Nascimento

A gravidez, o parto e as experiências parentais precoces são considerados não apenas períodos de transição mas também acontecimentos potencialmente stressantes para as mulheres e para os seus companheiros. As regras dos casais, padrões de comunicação e actividades do dia-a-dia necessitam de ser redefinidas e negociadas para satisfazer as alterações nos seus relacionamentos (Sasamon & Amankwaa, 2003).

Em várias culturas, a preparação para o nascimento tem o potencial de preparar a mulher grávida e o seu parceiro para aumentar a sua confiança e reduzir o stress nos processos de experimentação da gravidez, de dar à luz e de se tornarem pais (Sasamon & Amankwaa, 2003).

Contudo, apesar de existir uma similaridade dos objectivos no atendimento pré-natal, em termos práticos, ainda se verifica uma enorme diversidade nas intervenções entre países, comunidades e instituições, o que resulta em incertezas acerca da efectividade e da segurança dos vários elementos que constituem a preparação para o nascimento (Silveira & Santos, 2004).

Claramente, a preparação para o nascimento pode ser alcançada de múltiplas maneiras. As classes de preparação para o nascimento são, contudo, uma importante componente (se não a mais importante) (Johston-Robledo, 1998; Koehn, 2002). Estas classes tornaram-se ao longo dos tempos uma força de mudança das rígidas políticas hospitalares relativas ao parto, contribuindo para a adopção de uma assistência à maternidade vocacionada para a família (Barrett & Pitman, 1999).

Actualmente, estas classes têm alguns aspectos em comum: proporcionam informação acerca da gravidez, do desenvolvimento do feto e das fases do parto e ensinam técnicas, como as mudanças de posicionamento, padrões de massagem e respiração para ajudar as grávidas a lidarem com a dor no parto. Por norma, nestes programas também são analisados os cuidados a ter com o recém-nascido e a relação das alterações entre o casal, as crianças mais velhas e o bebé (Barrett & Pitman, 1999).

No entanto, a atitude e filosofia dos cursos relativamente ao parto e ao nascimento varia. Algumas aulas abordam o parto como sendo algo que as mulheres devem enfrentar através das técnicas de respiração e de relaxamento. Como orientador, o pai deve recordar à mãe o que fazer. Noutras classes, a abordagem consiste em ensinar que as mulheres sabem instintivamente o que fazer e que as outras pessoas presentes não são vistas como orientadoras mas sim como uma fonte de apoio. Alguns cursos tratam o parto como um acontecimento natural com profundos

aspectos espirituais e emocionais. Outras aulas incentivam a colaboração com o pessoal médico e a aceitação de uma abordagem mais tecnológica (Barrett & Pitman, 1999).

O que se entende como sendo uma variável comum a todos estes cursos, são alguns dos objectivos que estes partilham: a segurança, a satisfação parental, uma gravidez e parto bem sucedidos, ensino de competências básicas de tratamento do bebé e um acompanhamento apropriado.

No estudo de Hildingsson, Waldenström e Radestad, em 2002, constatou-se que para 94% das mulheres a saúde do bebé foi referida como sendo muito importante, seguido da verificação da saúde das próprias mulheres (72%). O desejo de que o parceiro fosse tratado de forma a sentir-se envolvido foi referido como muito importante por 69% das mulheres e serem tratados com respeito (como indivíduos únicos) por 66%. As mulheres neste estudo também referiram como sendo muito importante dispo rem de tempo para colocar as suas próprias questões (58%) e para adquirir informação a cerca do trabalho de parto e parto (56%). Menos importante foi considerada a oportunidade de frequentar classes de educação parental (29%).

Neste mesmo estudo, foi referido um outro aspecto importante da preparação para o nascimento, que não deve ser de scurado: a sua continuidade. Quase 70% das mulheres classificaram a continuidade do cuidado das enfermeiras parteiras como sendo «muito importante» e apenas 3% como «pouco importante» ou «nada importante». Para as múltiparas (74%), a continuidade do cuidado das enfermeiras parteiras foi considerado mais importante do que para as primíparas (66%) (Hildingsson, Waldenström & Radestad, 2002). A continuidade de cuidados também foi referida n outros estudos como sendo considerada muito importante, satisfatória e promotora de bem-estar emocional para as futuras mães (McCourt, Page & Hewison, 1998; Waldenström, 1998).

A continuidade de cuidados é normalmente interpretada como a assiduidade no parto por um prestador de cuidados conhecido. Isto pode, contudo, incluir episódios pré-natais, intra-parto e pós-parto em diferentes combinações, assim como com diferentes prestadores de cuidados. A continuidade de cuidados pode ilustrar o conceito de “um para um”: onde o prestador de cuidados planeia e fornece a maioria dos cuidados maternos para as mulheres e para as suas famílias através de um sistema e cuidados focalizados nas necessidades e preferências da utente, em vez das dos profissionais ou das da instituição; ou quando existe uma equipa de prestadores de cuidados a trabalhar com uma filosofia partilhada, coerência de conselhos e *guidelines* de prática (Waldenström, Brown, McLachlan, Forster & Brennecke, 1997; Waldenström, 1998;

McCourt, Page & Hewison, 1998). Consequentemente, a continuidade de cuidados pode ter diferentes significados, variando desde a continuidade dos prestadores de cuidados até a uma filosofia de cuidados partilhada através de um grande número de prestadores de cuidados com diferentes práticas e filosofias profissionais (Waldenström, Brown, McLachlan, Forster & Brennecke, 1997).

Estudos descritivos relativos à experiência das mulheres nos cuidados maternos têm mostrado consistentemente que as mulheres não gostam de cuidados fragmentados, conselhos inconsistentes, prestadores de cuidados insensíveis e de longos períodos de espera. Melhorar a continuidade do prestador de cuidados tem sido sugerido como uma forma de superar estes problemas, utilizando as enfermeiras parteiras para dar essa continuidade. Alguns Departamentos de Saúde (por exemplo, o Australiano e o Britânico) têm recomendado um aumento da continuidade dos cuidados por parte das enfermeiras parteiras. Como resultado, novos regimes têm sido implementados com base na prestação de cuidados das enfermeiras parteiras desde o início da gravidez até ao período do pós-parto, durante os períodos pré-natal e intra-parto (Waldenström, Brown, McLachlan, Forster & Brennecke, 1997).

Para além da continuidade de cuidados, outro factor de extrema importância é o número de visitas. Existe uma grande falta de evidência acerca da satisfação, conteúdo, frequência e momento em que deveriam ser realizadas as visitas actualmente recomendadas nos programas de preparação para o nascimento dos países Ocidentais. Estudos observacionais têm consistentemente mostrado que grupos que dispõem de um maior número de visitas apresentam menor morbidade materna, fetal e neonatal, assim como uma maior satisfação por parte das mulheres, comparativamente com aqueles que tiveram um menor número de visitas. Pelo contrário, estudos comparativos aleatórios de diferentes números de visitas, referem que nos últimos anos foi sugerido que um modelo com menor número de visitas é, pelo menos, tão eficaz quanto o modelo standard de preparação para o nascimento e que este também é economicamente mais rentável (Carroli, Villar, Piaggio, Khan-Neelofur, Gülmezoglu, Mugford, Lumbiganon, Farnot & Bersgiø, 2001).

Esta variedade no número de visitas recomendadas para gravidezes de baixo risco pode ser verificada em todo o mundo: de 3-4 visitas na Suíça até 14 na Finlândia, Noruega e Estados Unidos. Para além do mais, os conteúdos das visitas são padronizados, em vez de reflectirem um cuidado de saúde lógico, sensato e razoável. Ultimamente, a eficácia dos padrões tradicionais de cuidado pré-natal tem sido questionada. Uma associação positiva entre o número e o tempo de

visitas e o conteúdo dos cuidados com melhores resultados na gravidez não está bem documentado (Khan-Neelofur, Gülmezoglu, & Villar, 1998; Villar *et al*, 1998; Carroli *et al*, 2001; Hildingsson, Waldenström & Radestad, 2002).

A preferência de mais ou menos visitas está, por norma, relacionada com a paridade, número de crianças, idade, estado civil, educação, historial obstétrico, experiências de parto anteriores e tempo de gravidez (Hildingsson, Waldenström & Radestad, 2002).

No que respeita aos benefícios da preparação para o nascimento, alguns autores consideram que o cuidado pré-natal pode fazer a diferença e que quanto mais precoce for, melhor – especialmente se este cuidado for desenhado para educar e motivar as mulheres a través da adopção de comportamentos saudáveis durante a gravidez e para detectar e intervir em situações prejudiciais (Rooks, Weatherby & Ernst, 1992a).

Após a análise de alguns estudos, pode-se constatar que apesar da insuficiente evidência que corrobore totalmente os seus achados, a preparação para o nascimento é descrita como sendo um cuidado que promove: a auto-actualização, responsabilidade pela saúde, exercício, nutrição e apoio interpessoal (Koehn, 2002); maiores níveis de satisfação das mães (Johston-Robledo, 1998); uma maior auto-confiança das futuras mães na sua preparação para o nascimento, uma maior capacidade de decisão no parto normal e uma visão mais positiva acerca da experiência do parto e do nascimento (McCourt, Page & Hewison, 1998); o bem-estar emocional e a saúde física, assim como a prevenção da depressão no pós-parto (Page, 2001); uma maior satisfação com os aspectos psicológicos do cuidado e um reforço na auto-estima da futura mãe (Waldenström & Nilsson, 1993b); a paritilha com outras parturientes, podendo reduzir os seus níveis de stress (Waldenström & Nilsson, 1993b; Pascali-Bonaro, 2003); a diminuição nos problemas de saúde durante a gravidez (Waldenström, Nilsson & Winbladh, 1997); um recurso significativamente diminuído a analgésicos (Barrett & Pitman, 1999); uma protecção contra a morbidade e mortalidade perinatais, através do prolongamento da gravidez e, conseqüentemente, do aumento de peso do bebé à nascença (Herbst, Mercer, Beazley, Meyer & Carr, 2003; Silveira & Santos, 2004); a utilização limitada de medicação e de tecnologia durante o parto, assim como de uma diminuição no tempo do parto e da estadia no pós-parto (Waldenström, Nilsson & Winbladh, 1997).

O que, em parte, também se procura com a preparação para o nascimento é que esta prestação de cuidados seja um meio para optimizar hábitos de vida saudáveis e para detectar

problemas incipientes por forma a reduzi-los, se possível, ou referenciar a mulher para um tipo de cuidados diferentes, mais especializados.

A abordagem multidisciplinar, integrando conhecimentos e metodologias clínicas, sociológicas e antropológicas, tem sido valiosa no ganho de uma compreensão aprofundada e válida das experiências das mulheres e das suas necessidades, e construir confiança e autoestima, assim como encorajar os pais a assumir responsabilidade sobre a saúde das suas famílias, tem sido previamente de fêndido como uma parte integrante da preparação para o nascimento (McCourt, Page & Hewison, 1998; Renkert & Nutbeam, 2006).

## **Profissões Envolvidas na Preparação para o Nascimento – Contributo e Importância**

Vários são os profissionais de saúde que contribuem activamente para que toda a preparação para o nascimento e parto se traduzam em momentos únicos na vida de uma mulher, dando-lhe confiança, segurança e competências, capacitando-a para esta nova etapa da sua vida.

A criança não é a única resultante importante da gravidez. A gravidez, principalmente a primeira, é um processo de desenvolvimento crítico para a mulher, resultando num bebé e numa mãe. É importante que a transição da mulher para a mãe seja uma experiência positiva, que ela e todos os membros da sua família façam reajustamentos saudáveis para cada gravidez e para o parto e que esta tenha ao seu dispor os meios para adquirir informação, competências, apoio e autoconfiança necessárias para assumir com sucesso os papéis e as responsabilidades da maternidade (Rooks, 1999). A experiência das mulheres no parto, por si só, pode ser mais importante que a satisfação com o cuidado prestado, relativamente à sua vontade em engravidar novamente (Gottvall & Waldenström, 2002).

A provisão de cuidados maternos pode ser prestada por alguns profissionais isoladamente ou por uma equipa constituída por alguns ou por todos os seguintes profissionais: obstetra, enfermeira parteira, fisioterapeuta, dietista, ginecologista, consultor de alimentação e/ou enfermeira pediátrica (Livingstone, Sapsford & Markwell, 1998).

Todos aqueles que estão envolvidos na provisão deste tipo de cuidados partilham muitos objectivos, objectivos esses que incluem a saúde do bebé e da mãe e a integridade psicológica e familiar. Apesar dos objectivos serem os mesmos para aqueles que estão envolvidos no cuidado materno, a contribuição de cada grupo é única. Um serviço materno eficaz utiliza a força de cada grupo de profissionais para o todo, fornecendo um contexto onde trabalham juntos enquanto

prestam a sua contribuição individual, única e distinta. Entender o papel de outros membros da equipa é crucial pois a prestação de cuidados de saúde maternos requer um sistema sólido de cuidados de saúde primários (Page, 2001).

Actualmente, apesar da grande maioria das grávidas ainda receber cuidados pré-natais através do modelo tradicional, com os cuidados a serem prestados de “um para um” por um prestador de cuidados (Baldwin, 2006), a tendência é para que estes deixem de ser tão centralizados na Medicina ou na Enfermagem, para passarem a ser cada vez mais multi, pluri e interdisciplinares. Assim, apesar do objectivo de cada pessoa envolvida no cuidado materno ser o mesmo, cada pessoa desempenha um papel diferente e dá uma contribuição única.

As práticas de cuidado pré-natal variam de acordo com a disciplina das pessoas que prestam os cuidados (Rooks, Weatherby & Ernst, 1992a; Rooks, Weatherby & Ernst, 1992b).

Desde o início do aparecimento da preparação para o nascimento, duas grandes filosofias de intervenção têm-se destacado: a médica e a das enfermeiras parteiras. Estas são profissões separadas mas complementares, com diferentes abordagens e com objectivos e corpos de saberes sobrepostos mas distintos (Rooks, 1999).

As enfermeiras parteiras focam-se na gravidez normal e no seu potencial para a saúde. O parto é visto como um processo natural que tem um profundo significado para muitas pessoas e deve ser tratado como normal até ser evidente um problema. A possibilidade de ocorrerem complicações não é permitida para antecipar todos os outros valores associados com a experiência das mulheres em carregarem e darem à luz uma criança (Rooks, 1999).

O modelo das enfermeiras parteiras é consistente com os objectivos, filosofias e base de conhecimento das enfermeiras parteiras, mas é praticado, a variados níveis, por outros profissionais de saúde. Este modelo torna a mulher e a sua vida o centro do cuidado pré-natal focando-se na mulher grávida, como uma pessoa única, no contexto da sua família e da sua vida e designa-a como sendo uma parceira activa no seu próprio cuidado, reconhecendo-a como sendo o principal agente e tomadora de decisões. Uma grande parte do papel das enfermeiras parteiras é fornecer informação e dar apoio às necessidades da mulher para que esta possa tomar as suas próprias decisões. A enfermeira parteira ajuda a mulher a identificar os problemas e dá-lhe informação, opções e autoridade para que esta tome as suas próprias decisões. As enfermeiras parteiras valorizam o parto como uma experiência de vida com grande significado emocional, social, cultural e muitas vezes espiritual – algo para ser experienciado positivamente, com potencial de fazer com que as mulheres se sintam fortes e sejam fortes, auxiliando

também na de finição de laços entre a mãe e o pai e entre os outros irmãos e o recém-nascido (Rooks, 1999).

A enfermeira parteira interessa-se pelas expectativas e pela experiência da gravidez – as percepções e crenças da grávida, o seu conhecimento e opiniões, as suas questões e preocupações, as suas satisfações e insatisfações, os seus confortos e desconfortos, os seus desejos, decisões e acções e o efeito de todos estes factores na sua gravidez, no feto, no trabalho de parto, no parto, na amamentação, na recuperação após o parto e no seu desenvolvimento como mãe (Rooks, 1999).

As mulheres grávidas necessitam de bastante informação e algumas delas precisam ainda de ajuda e apoio para reconhecer e alterar aspectos dos seus estilos de vida ou circunstâncias que as colocam a si ou ao seu feto em risco. As enfermeiras parteiras enfatizam o auxílio prestado à mulher na tomada de decisões para uma gravidez, uma criança e uma família saudáveis, procurando também que a atenção dada à mulher seja intensiva em questões de tempo e de relacionamento (Rooks, 1999).

Em contrapartida, o modelo de intervenção médico foca-se no potencial patológico da gravidez e do parto. Como especialidade da Medicina, o principal objectivo da Obstetrícia é diagnosticar e tratar as complicações da gravidez e o tratamento de doenças que afectam a grávida e o feto. A atenção dada ao potencial patológico da gravidez é vital porque apesar de muitas gravidezes poderem prosseguir de um modo saudável sem a necessidade de intervenção médica, complicações e doenças sérias não são invulgares e podem ser fatais. O desejo de identificar complicações precocemente leva a uma sequência de intervenções antecipatórias (para preveni-las ou para tratá-las antes que exista evidência de que elas existem) e a um foco nos factores de risco (condições que não são patológicas mas que são associadas a um aumento da incidência de complicações). Desde que uma complicação inesperada possa acontecer a qualquer mulher, em qualquer altura, o modelo médico está preparado para todas as eventualidades. No entanto, o modelo médico (cuidado pré-natal medicamentoso assistido), normalmente falha ao nível da atenção dada aos problemas da vida da grávida (Rooks, 1999).

Durante o período do nascimento, enquanto o modelo das enfermeiras parteiras baseia-se no respeito e no enredo da sua fisiologia natural e na crença de que o corpo da mulher está bem desenhado para este evento (procurando por isso proteger, apoiar e evitar interferir com o processo normal do parto e o uso de intervenções obstétricas desnecessárias), o modelo médico

vê o corpo das mulheres como imperfeito e defende a necessidade de monitorização e controlo de todo o processo (Rooks, 1999).

No entanto, independentemente do modelo vigente na sua prática, para qualquer prestador de cuidados os factores de primordial importância são a saúde e a segurança da mãe e do bebé (Rooks, 1999). Outros aspectos igualmente importantes a considerar pelos vários profissionais de saúde são a qualidade das relações que as mulheres estabelecem com os seus prestadores de cuidados como chave determinante para uma experiência de parto positiva: para as mulheres grávidas, as relações estabelecidas com os prestadores de cuidados parecem ser mais importantes do que os próprios aspectos médicos do cuidado (Douglas, Cervin & Bower, 2007).

Deste modo, a prestação de cuidados tende para que haja uma maior humanização do parto, tratando-se cada mãe como um indivíduo singular, respeitando o seu direito a estar envolvida em decisões a cerca do seu cuidado e mostrando sensibilidade para com os seus desejos e sentimentos. Segundo Page (2001), esta abordagem é a base para se “obterem” indivíduos saudáveis, felizes e produtivos e para construirmos uma sociedade melhor.

## **Papel da Fisioterapia na Preparação para o Nascimento**

Face aos estilos de vida que prevalecem desde os anos 90 até aos dias de hoje, as mulheres grávidas apresentam novos tipos de necessidades e preocupações, que não se verificavam há cerca de 80 anos atrás (Livingstone, Sapsford & Markwell, 1998).

Actualmente, existem muitas mulheres de carreira a tornarem-se mães pela primeira vez aos 30 e aos 40 anos, que têm ideias irrealistas acerca das exigências de um novo bebé e da forma como poderão cooperar, com ou sem nenhum apoio da família (Livingstone, Sapsford & Markwell, 1998; Pascali-Bonaro, 2003). Em Portugal, no período entre 2001 e 2006, observou-se um decréscimo das taxas de fecundidade nos grupos etários abaixo dos 30 anos, em oposição a um aumento nos grupos etários mais elevados. As alterações no comportamento face à fecundidade reflectem a vontade das mulheres em terem filhos cada vez mais tarde. A idade média da mulher no nascimento do «primeiro filho» subiu dos 26,8 para 28,1 anos de idade (Instituto Nacional de Estatística, 2008).

Sabe-se que a Fisioterapia é uma das muitas disciplinas que estão compreendidas nas equipas multidisciplinares da preparação para o nascimento (podendo também actuar sozinha) e que as suas competências clínicas e *expertise* no tratamento de condições específicas, tais como aquelas que envolvem a saúde das mulheres, estão bem reconhecidas (Copeland, 1998 ;

Department of Health Government of Western Australia, 2006). No entanto, o seu papel na preparação para o nascimento não tem sido suficientemente explorado na literatura ou compreendido por alguns profissionais.

Partilhando o modelo de intervenção das enfermeiras parteiras, anteriormente descrito, os fisioterapeutas procuram igualmente estar um a intervenção holista e segura, preparando a mulher grávida para um dos eventos mais importantes da sua vida.

Contudo, a prática dos fisioterapeutas e os objectivos estipulados para a sua intervenção varia nalguns pontos, comparativamente com a prática das enfermeiras parteiras: enquanto as enfermeiras parteiras incidem a sua prática em aspectos como a concepção, desenvolvimento fetal, cuidados de rotina pré-natais, hábitos saudáveis na gravidez, disponibilidade de serviços de apoio, alterações emocionais e complicações na gravidez e no parto, os fisioterapeutas trabalham ao nível das alterações físicas na gravidez e no puerpério, procuram que as mulheres adoptem práticas preventivas, promovem exercícios específicos para estabilidade e fortalecimento com base em *guidelines* de exercício seguro, trabalham ao nível da ergonomia, da gestão física dos desconfortos da gravidez, da gestão de problemas músculo-esqueléticos, do relaxamento, da respiração, ensinam posicionamentos para as mães adoptarem nas várias fases do processo, ensinam estratégias de *coping* para o parto, ensinam técnicas de massagem, fazem uma revisão do pós-parto, ensinam à mãe e ao pai como cuidar do bebé e a fazerem massagem no bebé e, caso necessário, aplicam modalidades de tratamento específicas (Livingstone, Sapsford & Markwell, 1998).

No entanto, a intervenção do fisioterapeuta não se circunscreve aqui. O papel dos fisioterapeutas da Saúde da Mulher, especializados na área do cuidado materno, também consiste: na prestação de serviços relacionados com a manutenção da actividade e do bem-estar durante a gravidez; na promoção de uma boa saúde, serenidade e uma percepção de bem-estar durante a gravidez; em dar às mulheres a oportunidade de discutirem os seus medos e expectativas numa atmosfera descontraída e agradável e de adquirirem informações positivas, precisas, exactas e correctas acerca da gravidez e do parto; na avaliação, tratamento e prevenção de disfunções músculo-esqueléticas e/ou ortopédicas relacionadas com a gravidez, parto e cuidados com o bebé, através da educação postural, do conhecimento do mecanismo de funcionamento do corpo; na implementação de um programa de exercícios tanto para o período da gravidez como para o período do pós-parto; na prevenção ou intervenção na disfunção do pavimento pélvico; nas disfunções da articulação sacro-íliaca, separação da sínfise púbica, algias

vertebrais, entre outras; em dar conselhos e desenvolver competências para a grávida não se cansar, aumentar os níveis de tolerância à dor e manter o controlo da mesma durante o parto; diminuir o stress e a tensão/esforço da gravidez; na recuperação do parto por cesariana; no treino da mulher grávida e (sempre que oportuno e/ou possível) do acompanhante; no ensino de técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, massagem, posicionamentos e outras estratégias de alívio da dor durante o trabalho de parto; em minimizar o desenvolvimento de problemas de saúde físicos a longo prazo e ter em consideração as necessidades individuais de outros tipos de população, como mulheres com incapacidades ou com gravidezes de risco, atletas grávidas, mães adolescentes ou mães com idade mais avançada; em melhorar a confiança das mães/casais na sua capacidade e cooperarem com todas as mudanças durante o “ano da gravidez” e encorajar o sentido de responsabilidade para si e para a sua família durante a vida; e em procurar que as mulheres no puerpério atinjam uma actividade física total e um completo bem-estar mental (Beck, Geden, & Brouder, 1979; Copeland, 1998; Livingstone, Sapsford & Markwell, 1998; IOPTWH, 2005; Department of Health Government of Western Australia, 2006; APF, 2008).

Durante este período, uma prática clínica eficaz para os fisioterapeutas é baseada num conhecimento completo e numa compreensão da anatomia, da fisiologia, dos aspectos sociais e dos aspectos psicológicos de cada estadio da gravidez (Copeland, 1998). Fornecer conselhos, educação, actividades promotoras da saúde, tratamento e apoio, são apenas alguns dos aspectos da interacção da Fisioterapia com as mulheres durante a gravidez, no nascimento e nos primeiros tempos com um novo bebé (Copeland, 1998).

Segundo Marshall e Walsh (1994), citados por Copeland (1998), os fisioterapeutas da Saúde da Mulher «têm de considerar as necessidades especiais de cada mãe individualmente e dirigir a natureza multifacetada do indivíduo em termos das suas actividades físicas, confortos, maturidade e desenvolvimento psicológico e emocional, as suas aspirações e espirituais, expectativas e desejos». Estes autores defendem que um fisioterapeuta da Saúde da Mulher, por trabalhar em grande harmonia tanto com a futura mãe como com a restante equipa de saúde, pode desempenhar um papel único em aumentar a qualidade e a dignidade de dar à luz e, a longo prazo, influenciar a maternidade e a paternidade (Copeland, 1998). No entanto, não se pode esquecer as influências culturais de cada indivíduo, que necessitam de ser consideradas aquando do desenvolvimento de serviços apropriados de cuidados maternos (Department of Health Government of Western Australia, 2006).

A Australian Physiotherapy Association (APA), em 2004, declarou que todas as mulheres deviam ter acesso à Fisioterapia pré e pós-natal nos mais variados contextos e que esta deveria ser publicamente consolidada (Department of Health Government of Western Australia, 2006). De facto, a evidência apoia a intervenção da Fisioterapia nos cuidados pré e pós natais (Pascali-Bonaro, 2003; Department of Health Government of Western Australia, 2006).

No entanto, este tipo de cuidados não deve ser prestado de uma forma leviana. O fisioterapeuta, enquanto profissional responsável e consciente, deverá adquirir conhecimentos que lhe permitam fornecer este tipo de apoio baseado em saberes específicos desta área, de vendo assim ter uma formação contínua a este nível de forma a otimizar o seu nível de competências (Department of Health Government of Western Australia, 2006; APF, 2008).

A APA, bem como outras Associações de Fisioterapia, apoiam a utilização de directrizes para delinear as opções de cuidados e para conduzirem/guiarem a progressão dos mesmos. Estas directrizes assistem na definição de standards de cuidado baseados na evidência científica da nossa prática, resultante de uma avaliação sistemática e científica dos tratamentos/intervenções utilizados com base em respeitadas metodologias de pesquisa (Polden & Mantle, 1990; Department of Health Government of Western Australia, 2006).

Cada vez mais, as mulheres necessitam de uma orientação fidedigna acerca das opções de cuidado e todos os profissionais de saúde podem e devem ter um papel preponderante e crucial em fornecer esta orientação (Department of Health Government of Western Australia, 2006).

## **Prática Baseada na Evidência, *Guidelines*, Padrões de Prática e Pareceres na Preparação para o Nascimento**

Desde cedo, e tal como esta revisão de literatura o demonstra, a necessidade para se basear a prática clínica na evidência científica tem sido uma preocupação constante por parte de todos os profissionais de saúde que ao longo das últimas décadas dedicaram a sua prática aos cuidados pré-natais.

Do ponto de vista dos prestadores de cuidados, existe a necessidade crescente destes justificarem a sua intervenção através da explicitação de resultados efectivos, que respondam às necessidades/problemas dos utentes, com uma minimização de riscos e custos económicos, garantindo ao mesmo tempo a satisfação dos utentes. Mais do que uma mudança de contexto, o conceito de prática baseada na evidência sugere a necessidade de mudanças de atitude na prática

clínica dos fisioterapeutas, sendo necessário o desenvolvimento de outros conhecimentos, competências e modelos de prática (Silva & Cruz, 2004).

No entanto, no que concerne aos padrões tradicionais de cuidado pré-natal estes têm sido praticados na maioria dos países com pouca ou nenhuma modificação desde o seu surgimento. Os actuais modelos vigentes foram desenhados nas primeiras décadas do século passado na Europa, com maior notoriedade no Reino Unido. Com os avanços na tecnologia, os procedimentos de diagnóstico têm sido introduzidos na rotina dos cuidados pré-natais. Lamentavelmente, isto tem sido feito com evidência científica limitada e insuficiente (Khan-Neelofur, Gülmezoglu, & Villar, 1998; Koehn, 2002).

A necessidade de estudos clínicos aleatórios em procedimentos e exames incluídos nas práticas actuais da preparação para o nascimento tem sido identificada, assim como a avaliação do conteúdo, o número e o tempo das visitas pré-natais para mulheres com diferentes factores de risco médicos e sociais (Villar *et al*, 1998).

Deste modo, por forma a obter-se evidência actual acerca da eficácia e da aceitabilidade dos diferentes programas de cuidado pré-natal e do parto, existe a necessidade de se conduzirem estudos clínicos aleatórios que comparem intervenções substancialmente diferentes no tipo de cuidados prestados a mulheres com gravidezes de baixo e alto risco, assim como em realizar avaliações simultâneas dos modelos alternativos em estudo. Para além disso, existe ainda a necessidade de uma avaliação abrangente da percepção das mulheres e dos prestadores de cuidados relativamente aos cuidados prestados (Khan-Neelofur, Gülmezoglu & Villar, 1998).

Um importante avanço neste sentido foi dado pelo Public Health Service (EUA), em 1989, que convocou um painel de *experts* com 19 profissionais de saúde para estudar as bases científicas do cuidado pré-natal. Este painel examinou o que era conhecido de um modo geral acerca do cuidado pré-natal, identificou grandes conceitos e suposições e criticou a investigação disponível. O seu relatório final, «Caring for Our Future: The Content of Prenatal Care» é ainda considerado um documento essencial no que respeita às *guidelines* de cuidado pré-natal nos Estados Unidos (Baldwin, 2006).

Sucintamente, o painel concluiu que os objectivos do cuidado pré-natal eram promover a saúde e o bem-estar da mulher grávida e do feto e fomentar uma interacção próxima entre a grávida e os seus prestadores de cuidados de saúde, para além de oferecer uma oportunidade única de cuidados de saúde preventivos. Eles determinaram que os componentes do cuidado pré-natal deveriam incluir uma avaliação do risco inicial e uma avaliação contínua da mãe e do feto,

a educação e promoção da saúde e intervenções médicas e psicossociais, o apoio à grávida e a realização de reavaliações. Na sua perspectiva, estes componentes de *viam e star* disponíveis de uma maneira oportuna e acessível para todas as mulheres e nas suas principais recomendações constava que os membros da família deveriam estar envolvidos com os cuidados pré-natais, que as mulheres deveriam ser companheiras no seu cuidado e que o planeamento da gravidez devia começar antes de uma gravidez planeada (Baldwin, 2006).

Actualmente existem alguns exemplos de *guidelines* ou standards de cuidados pré-natais amplamente adoptados (Renkert & Nutbeam, 2006). Neste trabalho analisar-se-ão então algumas *guidelines*, padrões de prática e pareceres de grupos creditados actuais, passíveis de serem adaptados à prática do fisioterapeuta e ordenados de acordo com o ano de edição. Com base nestes documentos, procurar-se-á encontrar quais os aspectos que estes apresentam como sendo os mais relevantes a considerar no período pré-natal.

**Título:** «Maternity Standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services»

**Tipo de Documento:** Padrão de prática

**Autoria:** Department of Health (DH), Reino Unido

**Grupos de Profissionais Envolvidos:** Constituído, principalmente, por médicos obstetras, ginecologistas, pediatras, anestesiólogos, psiquiatras e enfermeiras parturientes

**Data da Publicação:** Outubro 2004

**Público Alvo:** Profissionais de saúde em geral

**Principal Objectivo:** Orientação para melhores práticas e promoção de uma nova experiência às mulheres grávidas onde estas possam tomar decisões e ter controlo no seu parto

## 1. Introdução

**1.1** O National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services estabeleceu standards claros para a promoção da saúde e bem-estar das crianças, jovens e mães, e para a prestação de serviços de grande qualidade que vão de encontro com as suas necessidades.

**1.2** Existem onze standards, dos quais este é o último.

**1.3** O «Standard 11» dirige-se para as necessidades das mulheres e dos seus bebés na gravidez, parto e pós-parto. Ele contempla os companheiros das grávidas e as suas famílias, dirigindo-se e ligando-se à promoção da saúde na pré e pós-concepção e ao Child Health Promotion Programme.

## **2. Racional**

**2.1** Este standard reconhece que, para a maioria das mulheres, a gravidez e o parto são eventos normais da vida. Tem como objectivo promover uma nova experiência às mulheres onde estas tomem decisões e tenham controlo no seu parto. O standard procura melhorar a equidade no acesso aos serviços maternos, os quais irão aumentar as taxas de sobrevivência e alterações na vida de crianças desfavorecidas. Ele também tem o intuito de assegurar que todas as mães e crianças recebem serviços clínicos de grande qualidade.

**2.2** O cuidado e o apoio dados às mães e aos bebés durante a gravidez, parto e pós-parto tem um efeito significativo no desenvolvimento saudável das crianças e na sua resistência a problemas que entrarão posteriormente na sua vida.

**2.3** A qualidade dos serviços prestados às crianças, aos bebés e às suas mães, tem um impacto a longo prazo no futuro da saúde da nação. (...)

**2.4** Para a maioria das mulheres, a gravidez e o parto são eventos normais da vida que requerem uma intervenção médica mínima. Estas mulheres podem escolher ser assistidas por uma enfermeira parteira, como principal prestadora de cuidados, e terem um parto em casa.

**2.5** Para uma saúde e bem-estar óptimos, todas as mulheres necessitam de ter acesso aos serviços, opções de escolha e controlo no que respeita ao cuidado que recebem, assim como uma continuidade de cuidados durante a sua gravidez, parto e no período do pós-parto.

**2.6** As mulheres desfavorecidas ou que são de comunidades e grupos minoritários têm menor probabilidade de terem acesso aos serviços numa fase precoce ou a manterem contacto ao longo da sua gravidez. Elas também têm menor probabilidade de amamentarem. Consequentemente, os resultados na saúde e bem-estar das mães e dos bebés são piores do que os da população em geral. É necessário que os serviços sejam estruturados no sentido de irem ao encontro destas necessidades.

**2.7** Dado que o alvo do Department of Health (DH) é a melhoria da saúde das populações, os desafios actuais prendem-se com a redução dos hábitos tabágicos das grávidas, com a melhoria da nutrição das mulheres grávidas ou que estão a amamentar, o aumento da iniciação à amamentação e com os seus tempos de duração, com a prestação de cuidados pré-natais eficazes e com o fornecimento de serviços médicos, de enfermagem e neonatais de grande qualidade de um modo culturalmente sensível, conjuntamente com um apoio familiar eficaz, focando-se nas mulheres com maiores necessidades. (...)

### **3. Cuidados Centrados na Mulher**

**3.1** Cada gravidez é diferente e cada mulher tem diferentes necessidades sociais, físicas e emocionais, assim como factores clínicos específicos que podem afectar a sua gravidez. Os bons serviços maternos colocam a mãe e o bebé no centro dos cuidados, planeando e fornecendo serviços que vão de encontro às suas necessidades.

**3.2** A maioria das mulheres quer ser uma participante activa no planeamento dos seus cuidados e quer estar envolvida em decisões acerca do tipo de cuidados prestados ou ofertas de exames médicos que melhor se adequem às suas necessidades e desejos, assim como em partilhar responsabilidade na gestão da sua gravidez em parceria com os seus prestadores de cuidados.

**3.3** Promover a rapidez dos serviços e envolve a chamada de atenção das mulheres e das suas famílias para o planeamento e prestação dos mesmos. A inclusão pode ser promovida através da certificação de que os grupos de planeamento do serviço materno são bem-vindos e através do reconhecimento dos tempos e locais a ter em conta nas necessidades de acesso, de deslocações e das mulheres. (...)

**3.4** Companheiros, pais, família e pares podem dar apoio e influenciar significativamente as mulheres que utilizam estes serviços.

### **4. Redes de Cuidados e de Intervenção dos Cuidados Maternos**

**4.1** Este trabalho do Serviço Nacional é baseado numa abordagem de rede de cuidados. Este tipo de cuidados é utilizado para ilustrar o progresso das mulheres através dos vários serviços disponíveis. Eles emergiram na última década como uma importante técnica para uma contínua melhoria da qualidade nos cuidados de saúde e são cada vez mais observados como uma chave de recurso do NHS para implementar um trabalho de Serviço Nacional. As redes de cuidado formalizam protocolos baseados na evidência e em *guidelines* dentro de um cuidado directo e individualizado, centrado na mulher. A ênfase é dada mais à mulher e à criança que se encontram no centro do processo, do que às necessidades dos prestadores de serviços. Elas podem ser utilizadas para descrever a progressão da rotina da mulher durante o período pré-natal, assim como exemplificar condições ou situações encontradas de forma a mostrar de que modo os standards podem ser implementados em situações particulares.

**4.2** O uso destas redes deve resultar no elevado standard de cuidado dado a todas as mulheres. É importante que seja dada à mulher uma cópia da sua própria rede ou plano de cuidados e que este

lhe seja explicado, dado que isto permitir-lhe-á entender exactamente como poderá aceder a serviços adicionais sempre que necessitar dos mesmos.

**4.3** Este trabalho do Serviço Nacional irá integrar os serviços prestados através da abordagem das redes de cuidados através da introdução da Gestão da Maternidade e das Redes de Cuidado Neonatal. Estes são grupos de profissionais de saúde interligados entre si e são organizações de cuidados primários, secundários e terciários, serviços sociais e outros serviços, que trabalham conjuntamente, de um modo coordenado, para assegurar uma provisão e qualidade de grande qualidade e um cuidado clinicamente eficaz. As mulheres grávidas podem necessitar de cuidados de uma grande variedade de profissionais, fornecidos através deste tipo de cuidados ou de redes de serviços sociais, assim como através do apoio dado pelos seus pais e de grupos de apoio local. Sabendo que é melhor seguir e sabendo quem é o seu responsável, ajudará a mulher grávida a reduzir a variação clínica, a eliminar a duplicação de serviços, a manter a qualidade dos cuidados, a aderir a *guidelines* clínicas ou outras *guidelines* e a dar aos profissionais o controlo acordado do processo do parto.

#### 4.4 (...)

### 5. Serviços Incluídos

**5.1** Todas as mulheres devem ter um acesso fácil e confiança em todo o leque de serviços maternos de grande qualidade oferecidos pelo NHS. Contudo, existem mulheres que não utilizam ou que utilizam pouco os serviços maternos, sendo estas em grande parte pertencentes a grupos desfavorecidos ou então são mulheres que não entendem inglês ou que o NHS não lhes é familiar. Os serviços também podem ser prestados em locais ou circunstâncias de difícil acesso ou podem ser considerados inapropriados para conhecerem as necessidades culturais de algumas mulheres.

**5.2** Algumas mulheres estão em desvantagem porque apresentam múltiplos problemas sociais e podem considerar difícil o acesso e a continuidade do contacto com os serviços maternos. Isto aplica-se a mulheres sem-abrigo ou em viagem, refugiadas ou exiladas, assim como àquelas que sentem que têm condições estigmatizadas, como o HIV positivo, a toxicodependência ou a violência doméstica. O trabalho inter-agências requerido para apoiar estas mulheres encontra-se pouco desenvolvido e necessita de um novo redireccionamento para as novas necessidades.

**5.3** As necessidades das mulheres presas e com outros problemas de custódia, também necessitam de ser orientadas e o cuidado materno prestado deve ser de acordo com os standards do National Service Framework e do NHS Healthcare Standards.

**5.4** As mulheres incapacitadas e aquelas que necessitam de determinados serviços e específicos, referem que os serviços actuais não respondem sempre às suas necessidades e que lhes é omitido o processo de como se poderiam adaptar melhor.

**5.5** Os resultados maternos e neonatais são pobres para as mulheres desfavorecidas, vulneráveis ou de grupos excluídos. Os pais adolescentes e os seus bebés que pertencem a estes grupos enfrentam um maior risco de resultados pobres do que os pais mais velhos. Eles têm taxas significativamente elevadas de mortalidade infantil, de baixo peso do bebé à nascença, de mulheres fumadoras durante a gravidez e de mulheres com depressão pós-parto. Contudo, as pesquisas sugerem que estes resultados pobres se reflectem nestas mulheres jovens que têm pouco apoio pré e pós natal.

**5.6** O envolvimento de futuros e novos pais na vida da criança é extremamente importante para maximizar o seu bem-estar por toda a vida e os resultados da criança (independentemente da presença ou não do pai). A gravidez e o parto são a primeira grande oportunidade de incluir os pais num cuidado e educação apropriados para os seus filhos.

**5.7** Os homens jovens que se tornaram pais podem também provir de grupos desfavorecidos e vulneráveis. Uma relação positiva com as mulheres jovens durante a gravidez é uma chave que prediz o envolvimento do pai com o seu filho nos primeiros anos. Os serviços maternos podem apoiar esta relação através do seu envolvimento e encorajamento, mas os profissionais de saúde podem ter pouco conhecimento acerca dos pais adolescentes, podendo-lhes faltar competências para lidar com eles.

**5.8** Os programas locais Sure Start e os Children's Centres (...), a o oferecem vários tipos de serviços, são componentes importantes na estratégia nacional para combater a pobreza e a exclusão social. A equipa coloca activamente as famílias em comunidades locais, oferecendo uma variedade de serviços e actividades desenhadas para preparar as famílias para o parto e para a paternidade e para apresentar metas de saúde pública. Quando as enfermeiras parteiras estão nos Children's Centres, elas tendem a ser mais visíveis e acessíveis à comunidade. Devem ser tidas algumas considerações no sentido de serem colocadas algumas enfermeiras parteiras nos Children's Centres, sendo estes orientados como sendo um serviço único prestado quer à comunidade quer aos serviços hospitalares. (...)

## **6. Cuidados na Pré-Concepção**

**6.1** As mães que estão fisicamente em forma e que são saudáveis no início da gravidez, geralmente têm bebês saudáveis. Cerca de metade das gravidezes no Reino Unido não são planeadas e algumas mulheres podem atrasar-se em procurar conselhos quando sabem que estão grávidas, por múltiplas razões.

**6.2** Os futuros pais, actualmente, não têm acesso à informação que concerne, por exemplo, à importância do suplemento de ácido fólico antes da concepção e de assegurar a imunidade à rubéola, dado que a infecção da rubéola nas primeiras oito a dez semanas de gravidez resulta em lesões no feto (percentagens superiores a 90%).

**6.3** Algumas mulheres e futuros pais necessitam de conselhos, informações e apoio de um especialista em pré-concepção, incluindo: mulheres que têm condições que exigem medicação que pode prejudicar o feto, tais como epilepsia, esquizofrenia, hipertensão e doença bipolar (necessitando de conselhos para alterar a sua medicação antes de engravidarem); mulheres com doença cardíaca, historial de embolismo, epilepsia ou diabetes (dado que irão necessitar de informação e conselhos para assegurar que o seu tratamento é melhorado e de como será gerida a sua saúde antes da concepção e durante a gravidez); e futuros ou actuais pais com um historial familiar de alteração genética e aqueles que estão preocupados com doenças ou incapacidades presentes na família.

**6.4** Existem riscos significativos para a saúde e vida do bebé e a mãe for fumadora. Estes incluem risco de aborto, nascimento prematuro e morte do feto, anormalidades na placenta, crianças de baixo peso à nascença e, após o parto, morte súbita da criança. Estima-se que um terço de todas as mortes perinatais são causadas pelo tabagismo. Também existe um risco significativo no desenvolvimento fetal em mulheres que abusam de drogas ou álcool.

## **7. Cuidado Pré-natal**

**7.1** Serviços pré-natais de apoio em locais acessíveis e convenientes encorajam e proporcionam às mulheres uma integração precoce nos serviços maternos durante a sua gravidez e no período inicial do pós-parto. Nas National Institute for Clinical Excellence (NICE) Ante-natal Care Guidelines é recomendado que as mulheres tenham acesso aos serviços maternos nas 8-10 semanas de gravidez para terem tempo de planejar a sua gravidez eficazmente e considerar cedo opções de exames médicos.

**7.2** Algumas mulheres, particularmente as provenientes de grupos vulneráveis e desfavorecidos, podem necessitar de maior apoio e de acesso aos serviços sociais ou a outros serviços, como de alojamento, aconselhamento de benefícios e, se apropriado, tratamento da criança e apoio relacional.

**7.3** Prestar cuidados pré-natais eficazes está dependente da provisão eficaz e sensível de informação e apoio não directivos. O feedback proveniente dos pais sugere que eles querem mais informação do que aquela que lhes é fornecida, particularmente, dos pais pela primeira vez, pais jovens, daqueles em condições desfavorecidas ou em minorias étnicas.

**7.4** À medida que a gravidez progride, a informação requerida pelas mulheres modifica-se. Um bom cuidado pré-natal para todas as mulheres e para os seus companheiros também inclui o acesso à educação parental e à preparação para o nascimento em classes ou através de outros meios, para lhes permitir uma tomada de decisões informada acerca do tipo de parto que preferem.

**7.5** As mulheres necessitam de informações gerais e individuais a cerca da tomada de medicamentos durante a sua gravidez.

**7.6** O cuidado pré-natal deve maximizar resultados clínicos positivos assim como dar apoio e garantias.

**7.7** As mulheres necessitam de informações ou linguagem que se adapte às suas necessidades. Num início de gravidez, elas necessitam de decidir qual, ou se desejam fazer algum exame médico. É importante que as mulheres dêem um consentimento informado apropriado para realizarem qualquer tipo de testes antes destes procedimentos serem realizados.

**7.8** A transição para a paternidade está associada com alterações psicológicas e com transtornos emocionais. As pessoas preocupadas com o cuidado das mulheres e das suas famílias nesta fase das suas vidas necessitam de estar familiarizadas com as normais alterações emocionais e psicológicas que têm lugar durante a gravidez e no período do pós-parto. Os prestadores também necessitam de estar familiarizados com os sinais e sintomas das crises comuns, as causas prováveis destas crises e os estados de distress que surgem em relação a situações obstétricas ou outras.

**7.9** Os problemas de saúde mental e as doenças psiquiátricas não psicóticas benignas são comuns tanto na gravidez como no pós-parto. A incidência de doença mental grave é reduzida durante a gravidez mas é aumentada durante o parto. Uma minoria significativa das mulheres terá um

distúrbio psiquiátrico durante a gravidez que pode continuar após a mesma e comprometer a sua adaptação à maternidade.

**7.10** Mulheres que têm problemas como uso de substâncias têm maior risco de terem gravidezes problemáticas e o seu cuidado deve ser prestado por uma equipa multidisciplinar e multi-departamentalizada integrada.

**7.11** Os profissionais deviam também considerar o efeito que estes problemas podem ter na capacidade das mulheres em reconhecerem as necessidades do seu bebé. Quando existem preocupações a cerca do bem-estar do feto ou do bebé após o parto deve ser feito um encaminhamento para os serviços sociais para uma avaliação das necessidades da mãe e do bebé e para serem dados os serviços sociais requeridos.

**7.12** Cerca de um terço da violência doméstica começa com a gravidez. Segundo o feedback de mulheres grávidas que já se encontravam previamente em relações abusivas, a tendência é para que estas se intensifiquem durante a gravidez. O efeito da violência no feto pode levar ao aborto, a atrasos no crescimento intra-uterino e ao nascimento prematuro, assim como a uma incapacidade física duradoura. Para a mãe, a violência pode causar complicações de sobrevivência e, por vezes, pode resultar na sua morte.

**7.13** Além disso, a violência tem um grande impacto na saúde física e mental de toda a família, particularmente se os companheiros violentos também abusarem das crianças.

**7.14** As recomendações dos dois relatórios mais recentes do Confidential Enquiries into Maternal Deaths sublinham a importância de proporcionar um ambiente facilitador para as mulheres revelarem a violência, se estas assim o desejarem, ao profissional de saúde que as acompanha durante a gravidez. Isto irá facilitar prestar às mulheres o acesso à ajuda e ao apoio necessários.

**7.15** Um número significativo de mulheres desenvolveu problemas no início da gravidez que requeriam uma avaliação rápida e sensível. Mais de 20% das gravidezes resultam em aborto e uma em cada cem gravidezes é ectópica. Esta última pode representar perigo de vida, a não ser que seja diagnosticada precocemente.

**7.16** Sucessivos relatórios do Confidential Enquiries into Maternal Deaths têm destacado atrasos no diagnóstico de gravidezes ectópicas, por vezes com resultados fatais. Deste modo, é crucial que as mulheres com sintomas preocupantes no início da gravidez possam ser rapidamente avaliadas e tratadas como requerido.

**7.17** Vários hospitais e estabeleceram Unidades de Gravidezes Precoces para permitirem e assegurar acesso rápido. Contudo, existe uma necessidade clara para facilitar o acesso ao cuidado rápido e competente para mulheres que actualmente não têm acesso aos serviços.

**7.18** Para as mulheres e para as suas famílias que experienciaram um aborto, uma gravidez ectópica ou outra perda no início da gravidez, isso significa a perda do seu bebé. (...)

## **8. Parto**

**8.1** Todas as mulheres estão aptas para escolher o local mais apropriado e o profissional para as atender durante a gravidez, com base nos seus desejos e preferências culturais e com base nas necessidades médicas e obstétricas que a mãe ou o bebé possam ter.

**8.2** As reacções das mulheres às suas experiências de parto podem influenciar o seu bem-estar emocional, a sua relação com o bebé e as suas futuras relações parentais.

**8.3** Vários estudos acerca do nascimento em casa concluíram que eles parecem ser seguros para as mulheres que foram avaliadas apropriadamente. Os partos em casa deviam ser oferecidos dentro de uma rede de gestão de risco e com locais com infra-estruturas e apoio adequados.

**8.4** Segundo a opinião das mulheres, no seu ambiente de dar à luz, estas: deveriam estar calmas, relaxadas, num ambiente semelhante ao de casa, onde pudessem progredir através do parto com o apoio dos seus companheiros; deveria ser-lhes facilitado o companheirismo, empatia e ajuda assim como cuidado profissional especializado; e deveria ser proporcionada a realização daquilo que sentem como correcto para si durante o trabalho de parto e do parto, com os profissionais de saúde a apoiarem os seus desejos sempre que possível.

**8.5** As complicações que podem aparecer tanto à mãe como ao bebé, necessitam de serem tratadas rapidamente e em conformidade com a melhor prática clínica. A transferência segura deve estar disponível de imediato para qualquer mãe ou bebé que dela necessitem, para um especialista em trabalho de parto ou após o parto. Esta disposição é uma parte integral da rede de cuidados locais.

## **Pontos 9 e 10 – Pós-parto**

### **11. Qualidade dos Cuidados**

**11.1** O governo clínico é um trabalho através do qual as organizações que prestam serviços maternos podem gerir a sua responsabilidade e manter padrões de prática e levados e continuar a melhorar a qualidade dos seus serviços.

**11.2** O Governo reconhece que os dados dos cuidados maternos do NHS são importantes na medida em que fornecem uma avaliação, não apenas da saúde da grávida, mas também do seu bebé. Os dados da saúde da mãe desempenham um papel importante no registo clínico das crianças e, deste modo, os dados maternos e das crianças deviam estar ligados. Estas informações, sobre processos e resultados, também informam acerca das melhorias contínuas nos locais de serviços maternos para melhor se dirigirem às necessidades locais.

**11.3** Os cuidados de elevada qualidade requerem uma cultura de prática baseada na evidência que se fundamenta numa investigação clínica bem desenhada.

## **12. Treino e Desenvolvimento**

**12.1** A prestação dos serviços maternos para este standard está dependente do treino e do apoio no trabalho de toda a equipa dos serviços maternos, dentro do espectro das suas competências. Isto pode incluir o desenvolvimento de novas regras. (...)

**12.2** (...)

**12.3** Competências ou standards ocupacionais nacionais relacionados com a maternidade e com os serviços neonatais estão a ser desenvolvidos pelos Skills for Health como parte dos Children's National Workforce Competence Framework for Children's Services.

## **13. Planear e “Encomendar” os Serviços Maternos**

**13.1** Toda a NHS Trust, conjuntamente com os seus vizinhos, com os departamentos dos serviços sociais e, se necessário, com os Local Strategic Health Authorities, deviam planear e “encomendar” os serviços maternos como parte de uma rede localmente acordada e coordenada de cuidados maternos e neonatais apropriada e acessível para todas as mulheres.

### **Título: «Clinical Standards – Maternity Services»**

**Tipo de Documento:** Padrão de prática

**Autoria:** NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS), Escócia

**Grupos de Profissionais Envolvidos:** Constituído, principalmente, por médicos de clínica geral, obstetras, ginecologistas, pediatras, anestesiólogos e enfermeiras parteiras

**Data da Publicação:** Março 2005

**Público Alvo:** Profissionais de saúde em geral

**Principal Objectivo:** Aplicabilidade em todas as áreas clínicas e não clínicas

## **Standard 1 – Princípios Fundamentais**

### **Standard 1a: Responsabilidade**

Existem linhas claras de responsabilidade para o plano e prestação de serviços maternos, com evidência de envolvimento público.

**1a.1** Existe um indivíduo nomeado ao nível do director do conselho do NHS responsável pelos serviços maternos.

**1a.2** Existe um médico nomeado ao nível primário do NHS Operating Division com responsabilidade pelos serviços maternos.

**1a.3** Existe uma estratégia do conselho do NHS actual, datada e documentada, desenvolvida pelas partes interessadas, que explica como é que os serviços maternos são planeados, desenvolvidos e implementados, de acordo com as políticas do Scottish Executive Health Department (SEHD) para o cuidado centrado na mulher.

**1a.4** Existe evidência de múltiplas actividades de envolvimento público no planeamento de todos os serviços maternos.

### **Standard 1b: Gestão de Risco**

Todos os profissionais de saúde estão despidos para a importância da avaliação do risco e para a intervenção na mulher grávida e na sua tomada de atitudes para minimizar incidentes clínicos adversos evitáveis, incluindo aqueles ocorridos durante as transferências e no acesso aos serviços.

**1b.1** Existe um sistema para assegurar que todos os incidentes críticos são registados, investigados e analisados, resultando de alterações na prática, onde necessário.

**1b.2** Os procedimentos de cumprimentos, comentários e queixas estão disponíveis para permitir às mulheres que expressem a sua visão acerca da sua gravidez e da experiência do parto.

**1b.3** Existem *guidelines* locais, acordadas entre o NHS Operating Division e o Scottish Ambulance Service, para a transferência segura das mulheres durante a sua gravidez, durante o parto e com o bebé no pós-parto.

**1b.4** Existem modalidades formais para as mulheres e para os seus bebés acederem à rede de serviços especializados.

**1b.5** A todas as mulheres com factores de risco são oferecidas avaliações por parte de um obstetra.

**1b.6** Existe um sistema de auditoria para monitorizar aspectos importantes do cuidado materno.

**1b.7** Todos os profissionais de saúde directamente envolvidos no parto são competentes em Obstetrícia básica de adultos, ressuscitação neonatal e cuidados imediatos.

**1b.8** Existe um processo de avaliação do risco clínico individual para mulheres, que inclui estratégias de comunicação, que se dirige para os riscos aumentados.

**1b.9** Existe uma política para a identificação das mulheres que estão em risco de violência doméstica e a equipa está treinada para realizar avaliações, ter competências de comunicação e de apoio para estas mulheres.

**1b.10** Grandes instalações e *expertise* clínica estão disponíveis dentro da Unidade Obstétrica para todas as mulheres (...).

**1b.11, 1b.12 e 1b.13** (...)

**1b.14** Unidades que não tenham Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos, meios diagnósticos avançados e cardiologia, deverão ter protocolos para mulheres com doenças médicas ou obstétricas significativas para assegurar que o parto ocorra numa unidade com condições apropriadas.

**1b.15** Estão disponíveis instalações das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (NICU) (...). Quando as NICU não estão disponíveis, é adoptada uma estratégia a delinear o processo e o tempo de concretização para a alcançar.

**1b.16 e 1b.17** (...)

### **Standard 1c: Informação, Comunicação e Apoio**

Todas as mulheres estão totalmente informadas das diferentes opiniões disponíveis, para que possam ter um papel activo e informado no planeamento do seu cuidado e na tomada de decisões envolvendo a provisão dos cuidados.

**1c.1** Existe um profissional de saúde nomeado, identificado por cada mulher, que lidera e planeia o seu contacto com os serviços maternos.

**1c.2** É dada informação às mulheres para que estas tomem uma decisão informada a cerca da escolha do local do parto do seu bebé.

**1c.3** Existe evidência que os profissionais obtêm o consentimento informado para as suas intervenções e investigações, e esta está documentada.

**1c.4** É dada a todas as mulheres a oportunidade de reflectirem a sua experiência do parto.

**1c.5** O treino de como comunicar a informação de um modo sensível e eficaz é dado a todos os profissionais de saúde.

**1c.6** Existe uma política para apoiar e informar pais enlutados durante a gravidez ou logo após o parto.

**1c.7** A informação dada (verbal, escrita e de outros meios) é monitorizada e avaliada.

### **Standard 1d: Envolvimento do Companheiro e da Família**

Todos os serviços maternos e profissionais de saúde reconhecem o papel importante do companheiro/família e asseguram que estes são encorajados e apoiados para se envolverem na gravidez e no parto. (...)

### **Standard 1e: Manutenção de Registos**

Um registo estruturado e exacto de todos os eventos durante os períodos pré-natais, do parto e pós-natais é mantido para todas as mulheres e crianças (conhecido como «registo unificado»).

**1e.1** Todas as mulheres devem ter um registo unificado.

**1e.2** O SMR02, registo de parto Escocês e notificações de partos do General Register Office for Scotland (GROS), é completado para todas as mulheres e recém-nascidos de acordo com estes standards. (...)

### **Standard 2: Pré-concepção e Gravidez numa Fase Inicial**

#### **Standard 2a: Serviços de Pré-concepção (...)**

#### **Standard 2b: Complicações no Início da Gravidez**

Todas as mulheres que experienciaram complicações no início da gravidez têm acesso a um serviço de avaliação no início da mesma. (...)

### **Standard 3: Gravidez**

#### **Standard 3a: Programa Educativo**

Todos os serviços fornecem programas abrangentes de educação para o nascimento e para a paternidade às mulheres e aos seus companheiros e famílias.

**3a.1** Existe um programa educacional escrito que é direcionado para grupos específicos, com um formato de fácil utilização. O programa apresenta os objetivos, temas e resultados do programa de educação.

**3a.2** Existe um chefe, nomeado coordenador, com experiência e desenvolvimento reconhecidos para se encarregar do cargo, e que tem responsabilidades pelo programa, numa base à escala do serviço.

**3a.3** O livro «Ready, Steady, Baby Book» é fornecido a todas as mulheres quando confirmada a gravidez.

**3a.4** Os programas de educação parental incluem reuniões pós-natais.

### **Standard 3b: Serviços de Exames Médicos**

Todas as mulheres têm acesso a serviços de exames médicos e a testes de diagnóstico pré-natais.

**3b.1** Todas as mulheres que são identificadas no programa de exames médicos como estando em risco de doença *rhesus* são cuidadas e tratadas de acordo com um protocolo.

**3b.2** O cuidado pré-natal e a investigação das mulheres ajusta-se à orientação enunciada no «A Framework for Maternity Services in Scotland».

### **Standard 3c: Cuidado Pré-natal**

Todos os serviços maternos fornecem cuidados pré-natais prestados por uma rede de profissionais, por forma a que a mulher seja cuidada por uma enfermeira parteira, pelo médico de família ou pelo obstetra, de acordo com o seu nível de risco e com a sua localidade.

**3c.1** Cada serviço materno tem um plano explícito para o cuidado pré-natal de todas as mulheres tendo em conta os riscos, reconhecendo que as mulheres podem direccionar-se entre diferentes níveis de cuidado e de chefias profissionais.

**3c.2** É oferecida às mulheres a oportunidade de estarem envolvidas no desenvolvimento do seu plano de nascimento, incluindo o local de parto escolhido para o seu bebé.

**3c.3** O padrão de rotina de cuidado pré-natal para mulheres grávidas não é superior a nove visitas para uma primípara e oito para uma múltípara.

### **Standard 4: Parto**

#### **Standard 4a: Planeamento dos Cuidados e Parto**

Todas as mulheres receberam um plano dos cuidados durante o trabalho de parto, de acordo com os standards profissionais actuais, consistentes com a sua avaliação dos riscos e do local escolhido para o parto.

**4a.1** Cada mulher recebe o cuidado de “um para um” de uma enfermeira parteira durante o trabalho de parto e de uma enfermeira parteira treinada durante o parto, ou de uma estagiária de enfermagem sob supervisão.

**4a.2** Para partos planeados em casa, existem no mínimo dois profissionais treinados presentes, sendo um deles uma enfermeira parteira.

**4a.3** Existem políticas multidisciplinares, baseadas na evidência, para a gestão de todas as práticas chave no parto quando o cuidado se desvia da norma.

#### **Standard 4b: Gestão da Dor**

A todas as mulheres, apesar da sua localização específica, é-lhes dada informação e é oferecida uma gama de técnicas de gestão da dor durante o parto, sendo apoiadas na sua escolha do controlo da dor.

**4b.1** Todas as mulheres receberam informações acerca, e tiveram acesso a, múltiplas técnicas de gestão da dor que incluem: e estimulação eléctrica transcutânea (TENS), analgesia oral e intramuscular, a nestesia inaladora e a utilização de água no alívio da dor. A anestesia epidural encontra-se disponível em unidades médicas líderes.

**4b.2 e 4b.3 (...)**

#### **Título: «Scope of Practice»**

**Tipo de Documento:** Parecer da IOPTWH acerca da prática clínica do fisioterapeuta

**Autoria:** International Organization of Physical Therapists in Women’s Health

**Grupos de Profissionais Envolvidos:** Fisioterapeutas

**Data da Publicação:** Novembro 2005

**Público Alvo:** Fisioterapeutas

**Principal Objectivo:** Elucidar os fisioterapeutas no que consiste o seu objectivo na prática clínica e esclarecer quais as competências fundamentais do fisioterapeuta da Saúde da Mulher

A posição da IOPTWH acerca da prática do fisioterapeuta na Saúde da Mulher é que esta se deve subscrever com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Saúde da Mulher e com

os cinco critérios do Department of Health and Social Services (papel do fisioterapeuta na Saúde da Mulher; a valiação, tratamento e educação da mulher através das diversas fases da vida; educação de estudantes de Fisioterapia; educação de profissionais de saúde e prestadores de cuidados; educação comunitária; conhecimento da prática da Fisioterapia na Saúde da Mulher; e promoção de esforços de pesquisa na Saúde da Mulher e na Fisioterapia na Saúde da Mulher).

A *expertise* do fisioterapeuta deverá ser demonstrada nos papéis de educador, na sua prática clínica e em papéis de consultor, investigador e administrador.

O âmbito do conhecimento para a prática da Fisioterapia na Saúde da Mulher deverá considerar: as Ciências Básicas (Anatomia, Neurologia, Fisiologia, Cinesiologia, Biomecânica, Patologia, Histologia, Embriologia e Genética), as Ciências Clínicas (Obstetrícia, Ginecologia, Urologia, Gastroenterologia, Cirurgia, Neonatologia, Neurofisiologia, Farmacologia, Anestesiologia, Endocrinologia, Nutrição, Ortopedia, Reumatologia e Fisiologia do Exercício), as Ciências Sociais (Psicologia, Sociologia, Estatística, Metodologias de Investigação, Comunicação, Ética, Assuntos Multiculturais) e o ensino clínico e académico.

**Título: «The National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services – a briefing paper»**

**Tipo de Documento:** Documento Informativo

**Autoria:** Chartered Society of Physiotherapy

**Grupos de Profissionais Envolvidos:** Fisioterapeutas

**Data da Publicação:** Julho 2006

**Público Alvo:** Fisioterapeutas, gestores e assistentes/auxiliares de Fisioterapia

**Principal Objectivo:** Este documento constitui um meio para fornecer aos fisioterapeutas, gestores e assistentes/auxiliares de Fisioterapia informações para ajudá-los a entender a importância da rede de trabalho na prática clínica e no trabalho estratégico

A posição da CSP relativamente ao National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services é a seguinte: «As mulheres têm acesso a um serviço materno de apoio e altamente qualificado, desenhado de acordo com as suas necessidades individuais e com as necessidades dos seus bebés» (CPS, 2006).

Segundo a CSP, todas as mulheres deviam ter acesso à informação e dispor de apoios no sentido de lhes ser proporcionada uma tomada de decisões informada e de poderem planear os seus cuidados em parceria com os profissionais, antes e depois do parto. A mãe e o bebé são o centro

dos cuidados e dos serviços, os quais são desenhados para se endereçarem às necessidades de cada indivíduo, desde da componente clínica até às necessidades sociais, emocionais e físicas.

As mulheres que sofrem de violência doméstica devem sentir-se seguras para divulgarem o acontecido e devem ter um apoio apropriado devidamente implementado.

As redes de trabalho devem assegurar que tanto os serviços maternos como os neonatais estejam ligados a redes de cuidados, para fornecerem cuidados de qualidade para a mãe e para o bebé. Estes serviços ligam os serviços de saúde, o apoio social e os serviços comunitários locais numa prestação planeada de serviços para a promoção da saúde, apoio dos pares e intervenções.

Os problemas de Saúde Mental necessitam de ser identificados e acompanhados antes, durante e após o parto. Eles cobrem as condições de saúde mental de longa data e as alterações emocionais e psicológicas da paternidade.

Nos assuntos de saúde pública deviam ser discutidas a pré-concepção quando possível, a gravidez e o pós-parto.

Para a CSP, as mulheres e as suas famílias estão envolvidas no projecto e na prestação de serviços acessíveis, conhecendo-se melhor as necessidades da comunidade local.

**Título: «Minimum Standards for the Organization and Delivery of Care in Labour»**

**Tipo de Documento:** Padrão de prática

**Autoria:** Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Paediatrics and Child Health, Reino Unido

**Grupos de Profissionais Envolvidos:** Constituído por médicos obstetras, ginecologistas, pediatras, anestesiólogos e enfermeiras parteiras

**Data da Publicação:** Outubro 2007

**Público Alvo:** Médicos e enfermeiras parteiras

**Principal Objectivo:** Após a análise de alguns relatórios advindos de entidades competentes do Reino Unido, verificou-se a necessidade de olhar novamente para a organização dos cuidados no parto e de delinear os requisitos mínimos da equipa e do treino para enfermeiras parteiras e médicos

**Standard 1: Organização e Documentação**

A organização tem uma estrutura de governo clínico robusta e transparente que é aplicável a cada local de parto.

- *Guidelines* e protocolos abrangentes baseados na evidência para o cuidado intra-parto estão ajustados pelo fórum da ala de parto ou algo equivalente, ratificados pelo grupo de gestão de risco materno e revistos, pelos menos, a cada 3 anos.
- O grupo de gestão de risco materno reúne-se, pelo menos, todos os 6 meses.
- Existe uma política de gestão de risco escrita (...).
- São realizadas reuniões envolvendo todos os profissionais relevantes para revisão de eventos adversos.
- *Guidelines* e protocolos anteriores são datados e arquivados no caso de serem utilizados posteriormente como referência, se necessário.
- O standard de registo para guardar e armazenar os dados é claro, rigoroso e preciso (...).
- Existe uma avaliação do cuidado das enfermeiras parteiras e dos obstetras através de uma auditoria contínua prospectiva para melhorar os resultados, sendo estes publicados como um relatório anual.

### **Standard 2: Trabalho Multidisciplinar**

Um trabalho multidisciplinar eficaz é essencial para uma prestação de serviços eficiente.

- São estabelecidas equipas multidisciplinares de cuidado materno locais, compreendendo enfermeiras parteiras, obstetras, anestesistas, pediatras, equipas de apoio e gestores.
- O fórum da ala de parto ou algo equivalente reúne-se, pelo menos, a cada três meses.

### **Standard 3: Comunicação**

A comunicação é a pedra angular de uma boa prática clínica.

- Existem sistemas de comunicação eficazes entre todos os membros da equipa e entre cada disciplina, assim como com cada mulher e com as suas famílias. (...)

### **Standard 4: Nível de Equipa (...)**

### **Standard 5: Liderança**

Existem perfis de regras específicos para a liderança clínica, promovendo uma boa prática e uma comunicação multi-profissional. (...)

### **Standard 6: Principais Responsabilidades**

- Mulheres com partos pré-estabelecidos recebem cuidados de “um para um” das enfermeiras parteiras. (...)

### **Standard 7: Emergências e Transferências**

Cada local de parto tem protocolos baseados em necessidades clínicas, organizacionais e nas suas necessidades.

- Existem acordos locais com o serviço de ambulâncias no atendimento a emergências ou quando são requeridas transferências. (...)

### **Standard 8: Treino e Educação**

A organização deve assegurar que todos os profissionais têm a oportunidade e o apoio para continuar o seu desenvolvimento profissional, incluindo educação obrigatória acordada e sessões de treino. (...)

### **Standard 9: Ambiente e Instalações**

As instalações no local de parto deveriam ter um standard apropriado e deveriam ter em conta as necessidades das mulheres e a visão dos utilizadores do serviço a serem menos clínicos, menos ameaçadores e mais parecidos tanto quanto possível ao ambiente caseiro.

- As instalações devem ser revistas, pelo menos, bianualmente e os planos para rectificar as deficiências devem ser feitos dentro dos tempos acordados.
- (...).
- Instalações dedicadas e apropriadas para pais de luto deveriam estar disponíveis.

### **Standard 10: Resultados**

Todos os partos deveriam ser auditados no que respeita a resultados no nascimento, avaliando-se anualmente os cuidados clínicos interligados e quaisquer alterações ou tendências verificadas.

- Partos normais sem intervenções; induções – indicações, resultados e sucesso; aumento no tempo de parto; percentagem de partos que duraram mais que 18 horas; partos instrumentais, ventosas, fórceps rotacionais e não rotacionais; “rasgões” de terceiro e quarto grau; taxas de epidurais; intubação materna falhada; total de partos; cesariana electiva – incidência e indicações; cesarianas de emergência – incidência e indicações; nados mortos no intra-parto; *scores* na Escala de Apgar inferiores a 7 aos 5 minutos e em bebés com tempo de gestação inferior a 37 semanas; necessidade de ressuscitação em bebés com tempo de gestação inferior a 37 semanas; admissão na Unidade Neonatal para bebés com peso superior a 2.5kg; incidência de hemorragia primária no pós-parto; transferência da mãe para a Unidade de Cuidados Intensivos; transferências maternas para outras unidades; transferências dos bebés

para outras unidades; histerectomia na cesariana e outros métodos hemostáticos; percentagem de partos complicados realizados por um obstetra; taxas de aleitamento materno no parto e na alta clínica; esteróides pré-natais anteriores ao parto prematuro; mortes maternas; mortes neonatais; lesões no bebé durante o parto, tal como a Paralisia de Erb; encefalopatias neonatais.

**Título: «Antenatal Care – Routine Care for the Healthy Women»**

**Tipo de Documento:** *Guideline* clínica

**Autoria:** National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health, Reino Unido

**Grupos de Profissionais Envolvidos:** Constituído, principalmente, por médicos de várias especialidades, enfermeiras parteiras, radiologistas e economistas, e conta com a participação de várias Organizações, das quais consta a Chartered Society of Physiotherapy

**Data da Publicação:** Março 2008

**Público Alvo:** Esta *guideline* é relevante para aqueles que trabalham ou utilizam o NHS no Reino Unido e no País de Gales, nomeadamente, grupos profissionais que partilham o trabalho com mulheres grávidas (tais como obstetras, enfermeiras parteiras, radiologistas, fisioterapeutas, anestesistas, médicos de família, pediatras, farmacêuticos, entre outros), pessoas com responsabilidades no planeamento dos serviços maternos e mulheres grávidas

**Principal Objectivo:** Oferecer informação acerca da melhor prática para um cuidado clínico base para todas as gravidezes, assim como informação global do cuidado pré-natal de uma mulher saudável com uma gravidez sem quaisquer complicações

### **3. Cuidado Centrado na Mulher e Tomada de Decisões Informada**

#### **3.1 Introdução**

A mulher, o seu companheiro e os seus familiares deveriam ser sempre tratados com simpatia e dignidade. Os pontos de vista, crenças e valores da mulher, do seu companheiro e da sua família em relação ao seu cuidado e ao cuidado do seu bebé deviam ser sempre procurados e respeitados.

As mulheres devem ter a oportunidade de tomar decisões para as quais foram informadas acerca dos cuidados e dos tratamentos disponíveis, e em parceria com os profissionais de saúde. Se a mulher não tiver a capacidade de tomar decisões, os profissionais de saúde devem seguir as *guidelines* «Reference guide to consent for examination or treatment», publicadas em 2001. Desde Abril de 2007, os profissionais de saúde necessitam de seguir um código de prática acompanhado do «Mental Capacity Act».

Uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres grávidas é fundamental. Ela devia ser suportada na evidência e em informação escrita adaptada às necessidades das mulheres. O tratamento, o cuidado e a informação fornecidas às mulheres acerca da mesma, deveriam ser culturalmente adequados. Ela deveria ser acessível a mulheres com necessidades adicionais como com incapacidades físicas, sensoriais ou de aprendizagem e para mulheres que não falam ou lêem inglês.

Cada oportunidade deve ser aproveitada para dar à mulher e ao seu companheiro ou a os seus familiares a informação e o apoio que necessitam.

### **3.2 Fornecimento de Informação**

Baseada na *guideline* anterior da NICE:

- Devem ser oferecidas à mulher grávida oportunidades de frequentar classes de preparação para o nascimento e para obter informação escrita acerca do cuidado pré-natal.
- Deve ser oferecida à grávida informação baseada na evidência e apoio para a capacitar na tomada de decisões informadas no que respeita aos seus cuidados. A informação deve incluir pormenores de onde serão seguidas e de quem se compromete com o seu cuidado.
- Num primeiro contacto, deve ser oferecida à grávida informação acerca dos serviços de cuidados na gravidez e das opções disponíveis, das considerações acerca do seu estilo de vida (incluindo informações acerca da sua dieta) e dos exames de diagnóstico.
- A mulher grávida deve estar informada acerca do objetivo de qualquer exame de diagnóstico antes deste ser realizado. O direito desta poder aceitar ou recusar a realização do teste deve estar bem explícito.
- Em cada consulta pré-natal, enfermeiras parteiras e médicos devem oferecer informação consistente e explicações claras à grávida, dando-lhe oportunidade para discutir alguns assuntos e colocar questões.
- A comunicação e a informação deverão ser fornecidas de uma forma acessível à grávida com necessidades adicionais (como com incapacidades físicas, sensoriais ou de aprendizagem e para mulheres que não falam ou lêem inglês).

#### **3.2.1 Introdução e Background**

A tomada de decisões informada envolve uma tomada de decisão razoável acerca das vantagens e das desvantagens de todos os cursos de acção possíveis (incluindo não tomar acção alguma). Isto requer que o indivíduo entenda quer a informação fornecida quer as suas implicações nos

curso alternativo da acção disponível. Ao dar-se informação às mulheres no período pré-natal é importante que os profissionais de saúde estejam despidos para o que a decisão informada acarreta e de que será dada informação que a facilite. A provisão de informação clara e de tempo para as mulheres considerarem essa informação e procurarem informação adicional, assim como a necessidade de cuidados individualizados centrados na mulher, são componentes do «Standard 11» Secção 3 do National Service Framework for Maternity Care (de Setembro de 2004).

### **3.2.2 Efectividade da Informação Dada**

Foram escolhidas áreas comuns de pesquisa que diziam respeito à eficácia da informação dada. Estas foram escolhidas de vido o u à sua importância para esta *guideline* ou porque existia um corpo de evidência conhecido que podia ser encoberto para ilustrar os princípios gerais que podiam informar a questão clínica. As áreas escolhidas foram a informação na alimentação, informação dietética, cessação tabágica e segurança em viagens.

### **3.2.3 Informação/Preparação do Aleitamento Materno**

(...) O aconselhamento de “um para um” e o apoio dos pares no período pré-natal é eficaz.

### **3.2.4 Intervenções na Gravidez relacionadas com a Nutrição**

(...) Existe alguma evidência de qualidade razoável no campo nutricional que defende que um aconselhamento e apoio dietético pré-natal intensivo são eficazes no aumento do conhecimento das mulheres acerca de uma alimentação saudável e que estes podem ter impacto nos hábitos alimentares. No entanto, não há dados que atestem a ligação entre estes factores e melhores resultados na gravidez. (...)

### **3.2.9 Como deve ser dada a Informação às Mulheres no Período Pré-natal**

A evidência de um único estudo indica que a informação extra dada acerca dos testes de diagnóstico, individualmente ou em grupo, leva a um maior nível de satisfação e esclarecimento perto das mulheres grávidas. Esta informação pode diminuir o número de testes de despiste.

Existe evidência de grande qualidade que refere que os folhetos informativos são eficazes no aumento de conhecimento da mulher grávida acerca dos testes de despiste (normalmente do Síndrome de Down) (...) e que o material informativo reduz os partos pré-termo. Os resultados de um único estudo (*cohort study*) mostraram que educar as mulheres utilizando um filme seguido de uma discussão é ineficaz para prevenir os partos pré-termo. (...)

### **3.2.11 Preferência das Mulheres como Fonte de Informação**

A evidência mostra que a decisão se a mulher deve ou não ser submetida a testes de despiste pré-natal é normalmente tomada pela mulher. Contudo, aquelas que escolhem sujeitar-se aos testes referem que os profissionais também exercem uma forte influência na sua decisão. As mulheres preferem adquirir informação através de uma discussão de “um para um” ou através de aconselhamento, em vez de outros métodos.

### **3.2.12 Observações das Mulheres relativamente à Provisão de Informação Pré-natal Geral**

A maioria das mulheres prefere que a informação lhe seja dada pessoalmente. A medida em que existe um entendimento do que foi dito, depende do trabalho de fundo.

Uma grande quantidade de informação é requerida, como por exemplo por menores acerca dos exames na gravidez, avisos acerca da cessação tabágica e de álcool, uso de suplementos vitamínicos, local do parto e amamentação.

### **3.2.13 Visão das Mulheres acerca das Informações de Intervenções Específicas no Período Pré-natal**

Existe pouca qualidade na evidência que demonstra que as mulheres consideram a informação dada durante a gravidez como sendo adequada. A maioria das mulheres refere utilizar livros e revistas como principais fontes de informação apesar da evidência ser de fraca qualidade.

Os conselhos acerca da cessação tabágica e assuntos relativos à dieta não parecem ser, de um modo geral, eficazes. Os conselhos acerca da dieta parecem ser obtidos através de outras fontes para além da clínica pré-natal.

## **3.3 Classe Pré-natais**

### **3.3.1 Eficácia das Classes de Preparação para o Nascimento e 3.3.2 Experiências das Mulheres e a sua Visão das Classes de Preparação para o Nascimento**

As classes de preparação para o nascimento são frequentemente utilizadas para dar informação respeitante à gravidez, parto, a alimentação da criança e paternidade. Contudo, a educação pré-natal pode englobar um conceito mais vasto de medidas de apoio e educacionais que ajudam as mulheres e os seus companheiros a entender e a explorar as suas próprias necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas durante este período. É frequente o objectivo das classes ser a criação de oportunidades, num ambiente de apoio e em grupo, dadas a os futuros pais para que estes sejam capazes de desenvolver uma auto-consciencialização e confiança nas suas

capacidades, e experienciando o parto mais positivamente e ajustando-se de um modo mais bem sucedido a alterações que a paternidade acarreta.

A evidência disponível mostra que, para as mulheres e para os seus companheiros, o conhecimento no que respeita à gravidez, parto e paternidade é aumentado após a participação em classes pré-natais e que o desejo de receber esta informação é um forte factor motivacional para frequentar estas classes. Existe pouca evidência que a sua presença afecte os resultados do parto (como o modo de nascimento ou o tipo de analgesia), apesar de haver alguma evidência resultante de pesquisas qualitativas que referem que a experiência das mulheres no parto e na maternidade possa ser melhorada se estas tiverem em conta a realização de classes para a sua população alvo, comparativamente com as classes mais tradicionais.

Evidência proveniente de estudos qualitativos bem conduzidos mostra que as mulheres geralmente vêem as classes de preparação para o nascimento de um modo positivo. Enquanto a maioria das mulheres parece satisfeita com o conteúdo das classes em termos de informação acerca da gravidez, trabalho de parto e nascimento, existe um desejo expresso para se obter mais informações no que respeita ao período pós-natal, que inclua os cuidados gerais ao bebé.

Também existe alguma evidência que as taxas de iniciação ao aleitamento materno podem ser melhoradas pela introdução à alimentação na educação pré-natal. O aconselhamento de “um para um” e o apoio dos pares também parece ser eficaz.

Existe alguma evidência que defende que o aconselhamento intensivo da dieta na fase pré-natal aumenta o conhecimento da mulher acerca da alimentação saudável e que pode afectar os hábitos alimentares. Contudo, não existe evidência que ligue os hábitos alimentares à melhoria dos resultados da gravidez.

Existe evidência de qualidade que mostra que as intervenções de cessação tabágica ajudam a mulher a reduzir o hábito tabágico e a diminuir os resultados neonatais adversos.

Existe evidência de grande qualidade de que os folhetos informativos são eficazes no aumento do conhecimento da mulher grávida acerca dos testes de despiste (normalmente do Síndrome de Down). Os vídeos podem aumentar o conhecimento do diagnóstico pré-natal sem aumentar a ansiedade.

A evidência derivada de um estudo qualitativo demonstra que o processo de tomada de decisão acerca da realização de testes de despiste pré-natal é dificultado pela informação inadequada dada à grávida durante as consultas e pelas abordagens divergentes tomadas por médicos e

pacientes. A evidência mostra que normalmente a decisão é tomada pela mulher. Contudo, aqueles que escolhem sujeitar-se aos testes referem que os profissionais também exercem uma forte influência na sua decisão. As mulheres preferem adquirir informação através de uma discussão de “um para um” ou através de aconselhamento, em vez de outros métodos.

Existe evidência que a informação, quer escrita quer verbal, leva a uma maior realização de testes de HIV na grávida sem aumentar a sua ansiedade.

Foi incluído um calendário de informação no âmbito da actualização da *guideline*, mas não foi encontrada evidência para sustentar esta parte da questão clínica. O grupo de desenvolvimento da *guideline* usou a sua experiência e *expertise* para estipular uma agenda de informação pré-natal apropriada e de boa prática à volta da informação dada, com recomendações específicas, sempre que possível, baseadas na evidência disponível. (**Anexo I**)

#### **4. Provisão e Organização dos Cuidados**

##### **4.1 Quem Presta os Cuidados?**

Os modelos de prestação de cuidado médico e das enfermeiras parteiras deviam ser oferecidos às mulheres com gravidezes sem complicações. Um envolvimento frequente e agendado do obstetra no cuidado da mulher com uma gravidez sem complicações parece não melhorar os resultados perinatais comparativamente com os obstetras envolvidos quando aparecem complicações.

##### **4.2 Continuidade de Cuidados**

O cuidado pré-natal deve ser dado por um pequeno grupo de prestadores de cuidados com quem a mulher se sinta confortável. Deve haver uma continuidade de cuidados durante todo o período pré-natal.

Um sistema de redes de referência claro deve ser estabelecido por forma a que a grávida que requisitou os cuidados adicionais seja orientada e tratada por equipas de especialistas apropriadas quando são identificados problemas.

##### **4.3 Onde é que as Consultas Pré-natais devem ter Lugar?**

Os cuidados pré-natais deviam ser rapidamente e facilmente acessíveis a todas as mulheres e deviam ser sensíveis às necessidades individuais da grávida e à comunidade local.

O ambiente no qual as consultas pré-natais têm lugar deve permitir à mulher discutir assuntos sensíveis como a violência doméstica, o abuso sexual, as doenças do foro psiquiátrico e o uso de drogas.

#### **4.4 Documentação dos Cuidados**

A informação dos registos pré-natais é recolhida para dois objectivos principais: (1) administração e (2) identificação dos riscos maternos, risco fetal e requerimentos especiais para que posteriormente a gestão possa ser planeada.

Devem ser utilizados registos de maternidade estruturados no cuidado pré-natal.

Os serviços maternos devem ter um sistema preparado, onde as mulheres possam ter as suas próprias notas do caso.

Deve ser desenvolvido e utilizado um registo de maternidade nacional e standardizado com um número mínimo de dados. Isto vai ajudar os prestadores de cuidados a fornecer à mulher grávida um cuidado recomendado, baseado na evidência.

#### **4.5 Frequência das Consultas Pré-natais**

Uma agenda de consultas pré-natais deve ser determinada pela função dessas consultas. Para uma mulher nulípara, com uma gravidez sem complicações, uma agenda de dez consultas deve ser adequada. Para uma mulher que tenha dado à luz um ou mais filhos, com uma gravidez sem complicações, sete consultas devem ser adequadas.

No início da gravidez, todas as mulheres deviam receber informação apropriada por escrito acerca do número provável, tempo e conteúdo das consultas pré-natais associadas com diferentes opiniões de cuidados e deveria ser-lhes dada a oportunidade de discutir esta agenda com a sua enfermeira parteira ou com o médico.

Cada consulta pré-natal deve ser estruturada e deve ter um conteúdo específico. São necessárias consultas mais de moradas no início da gravidez para permitir que haja uma avaliação global e discussões. Sempre que possível, devem ser incorporados testes de rotina e investigações para minimizar inconvenientes para as mulheres.

#### **4.6 e 4.7 (...)**

#### **Portugal e a Preparação para o Nascimento**

Actualmente em Portugal, no que concerne aos serviços maternos na preparação para o nascimento, existe uma elevada cobertura nos cuidados de saúde reprodutiva, para a qual a Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI) tem prestado um grande contributo (Ministério da Saúde, 2004). A prioridade atribuída pelos Governos à Saúde Materna e Infantil (SMI)

determinou, nos últimos anos, o desenvolvimento de um programa específico dirigido a esta área da saúde (PSMI), constituindo o seu objectivo primordial a melhoria dos cuidados e das condições assistenciais pré-concepcional, pré e perinatal e infantil, tendo em vista a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil (Direcção Geral de Saúde, 2001).

Os cuidados de saúde materno-infantis implicam áreas de saber multidisciplinares e envolvem uma estrutura muito vasta e complexa de profissionais e de serviços de nível primário e hospitalar. A interligação entre ambos os níveis de prestação de cuidados é importante em todas as áreas da saúde. Contudo, ela assume particular relevância no caso da SMI, constituindo mesmo um factor determinante para o progresso dos indicadores neste domínio. Este conceito tem presidido ao desenvolvimento do PSMI, daí decorrendo a necessidade de uma constante e rigorosa articulação e integração funcional das actividades prosseguidas nos diferentes níveis de cuidados, bem como o estabelecimento de uma rede nacional de referência interinstitucional (Direcção Geral de Saúde, 2001).

Nos dias de hoje, a cobertura dada aos serviços pré e perinatais é relativamente elevada e a percentagem de grávidas que em Portugal têm, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%, com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da 16ª semana de gestação e mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados. Também se sabe que mais de 60% das puérperas efectuam consultas de revisão do puerpério e que as taxas de cesarianas se mantêm demasiado elevadas (superiores a 20%) (Ministério da Saúde, 2004).

É igualmente observada: a redução da mortalidade materna, uma maior recorrência (cerca de 90%) a bebés nascidos com muito baixo peso e em hospitais de apoio perinatal diferenciado, a tendência de crescente da mortalidade perinatal, a subsistência de franjas da população com cuidados de saúde reprodutiva inadequados (em particular, as mulheres com baixa escolaridade e fracos recursos económicos, onde permanece elevada a percentagem de gravidezes com vigilância inadequada), a persistência de aspectos preocupantes da morbimortalidade dos recém-nascidos (em particular dos de muito baixo peso, nascidos fora dos hospitais de apoio perinatal diferenciado), o aumento da percentagem de crianças com baixo peso à nascença (associado a uma baixa idade gestacional) e a presença de anomalias congénitas (sobretudo do foro cardiovascular, urogenital e músculo-esquelético) (Ministério da Saúde, 2004).

No que respeita à Fisioterapia, o Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (GIFSM-APF), subscreve a posição da IOPTWH, em

que o campo de intervenção na área da Saúde da Mulher se deve inscrever à definição de saúde da OMS e deve incluir os seguintes aspectos: avaliação, tratamento e educação da mulher ao longo das várias fases da vida, educação/ensino dos estudantes de Fisioterapia, educação/ensino dos profissionais de saúde ou cuidadores, educação à distância, padrões de conhecimento para a prática do fisioterapeuta na Saúde da Mulher e promoção de esforços na investigação na área da Saúde da Mulher e na Fisioterapia na Saúde da Mulher (GIFSM-APF, 2008).

Actualmente, existe em Portugal uma Pós-graduação da Saúde da Mulher para fisioterapeutas, onde é contemplada: a abordagem biológica, as técnicas de ensino e planeamento, a saúde da grávida, a intervenção da Fisioterapia nos cuidados pré-natais e a intervenção da Fisioterapia na Saúde da Mulher (nomeadamente condições cirúrgicas na mulher, a abordagem psicológica da mulher, os temas complementares de Fisioterapia na Saúde da Mulher, a metodologia da investigação e o ensino clínico). São igualmente considerados alguns Módulos de estudo que permitem um conhecimento mais aprofundado como a preparação para o nascimento, o pós-parto, a incontinência urinária, a prática clínica na Saúde da Mulher e as condições cirúrgicas na mulher (GIFSM-APF, 2008).

De futuro, as intervenções necessárias e os objectivos estratégicos estabelecidos pelo Governo Português são: dar prioridade ao aumento de cobertura no período pré-concepcional e no puerpério, dar prioridade ao programa de diagnóstico pré-natal (de forma a alcançar um número crescente de grávidas, prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez), aumentar os esforços dirigidos às adolescentes e às minorias étnicas, prestar uma maior atenção à promoção da Saúde Mental na gravidez e no primeiro ano após o parto através dos cuidados de saúde primários, reforçar a promoção de comportamentos saudáveis durante a gravidez (sobretudo dos que visam a diminuição de riscos, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco e de álcool e à possibilidade de infecção por doenças sexualmente transmitidas), contemplar as taxas de cesarianas nos indicadores de qualidade utilizados para monitorizar o desempenho dos Hospitais, realizar a preparação para o parto (tanto física como psíquica) com equipas de profissionais disponíveis, realizar auditorias internas numa fase inicial com discussão inter-pares para analisar o excesso de partos por cesariana, melhorar os indicadores no período perinatal e dar destaque ao aleitamento materno como critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais (Ministério da Saúde, 2004).

## Discussão

Chegado o momento reflexivo deste trabalho relativamente à preparação para o nascimento, serão então discutidas as diversas temáticas abordadas no mesmo, na tentativa de sintetizar as suas principais ideias e de apresentar uma reflexão crítica acerca das mesmas.

No entanto, para se chegar ao cerne da questão, é necessário analisar primeiro as linhas orientadoras dos vários padrões de prática, *guidelines* e pareceres aqui apresentados.

Praticamente todos os documentos analisados mostram que as equipas multidisciplinares devem estar presentes na prestação de cuidados à mulher grávida e que os cuidados devem ser centrados na mãe e no bebé e endereçados às suas necessidades. No entanto, o Department of Health (DH) e o National Collaborating Centre referem que as preferências da grávida devem ser consideradas, o NHS QIS tal como o National Collaborating Centre, enfatizam a importância do envolvimento activo da mulher em todo o processo e o National Collaborating Centre vai mais longe, ao referir que as opiniões, crenças e valores tanto da mãe como do seu companheiro devem ser contempladas. Tal como a mãe, o futuro pai também irá mudar a sua identidade, terá novas responsabilidades e desempenhará um papel preponderante na vida e na prestação de cuidados ao seu bebé. Ainda neste âmbito, a CSP defende que estas equipas e as redes de trabalho também devem assegurar que, tanto os serviços maternos como os neonatais, estejam ligados a redes de cuidados para prestar serviços de qualidade para a mãe e para o bebé.

No que respeita ao acesso à informação dada à grávida, quase todas as organizações explicitam que esta é de uma importância extrema e que é fundamental para que a mãe possa dar o seu consentimento para os procedimentos a realizar. De salientar que o DH defende que a informação fornecida deve estar adaptada às diferentes fases do processo e que o National Collaborating Centre ressalta a importância da adequação da informação face ao meio cultural da grávida.

Praticamente todas as organizações também referem que é necessária uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde face a mulheres que apresentem algum tipo de “desvantagens”: mulheres com problemas de saúde mental (decorrentes ou não da gravidez), com necessidades especiais de comunicação, com necessidades específicas (grupos desfavorecidos, minorias étnicas, adolescentes, mulheres com pouca escolaridade, com fracos recursos económicos, com condições clínicas específicas, mulheres que sofrem quaisquer tipo de abusos, mulheres estrangeiras, presas, exiladas ou com necessidades específicas de vida ao seu

trabalho). Também é referido pelo DH e pelo National Collaborating Centre, que deverá ser dado um acompanhamento mais personalizado a mulheres que adotem hábitos pouco saudáveis durante a gravidez (abuso de substâncias – álcool, tabaco, drogas e medicação – e negligência do seu estado nutricional).

No que respeita especificamente à preparação para o nascimento, o DH refere que a presença do pai é fundamental para o desenvolvimento da criança, que todas as práticas devem ser baseadas na evidência, que devem ser regidas por *guidelines* e que a amamentação deveria ser um tópico a considerar. Quanto ao NHS QIS, este também refere que os programas deveriam contemplar os pais, que deveriam ser de fácil utilização, simples e objectivos, que seja dado apoio de literatura, que seja promovido o seguimento no pós-parto e que todas as mulheres deveriam ter acesso a exames médicos e a diagnósticos pré-natais. O National Collaborating Centre, por seu lado, enfatiza bastante as classes de preparação para o nascimento, refere que estas devem ter em vista o pós-parto e defende a importância do ensino da amamentação e a continuidade dos cuidados. Por outro lado, o Ministério da Saúde Português, refere a importância do acompanhamento no período pré-concepcional e no puerpério, considera que a preparação para o nascimento deve contemplar as vertentes física e psíquica e destaca o papel da amamentação. A IOPTWH menciona ainda a necessidade de ser prestada uma educação a nível comunitário.

Quanto ao registo de informações e à gestão do serviço (com auditorias aos serviços e avaliação dos riscos), o DH, o NHS QIS, os Royal Colleges e o National Collaborating Centre, defendem que estes devem ser metódicos e minuciosos por forma a minimizar e a avaliar os riscos. O DH, acrescenta ainda que os dados da mãe e do bebé deveriam permanecer juntos no mesmo processo, e os Royal Colleges defendem que deve haver uma revisão de standards (pelo menos) a cada 3 anos, reuniões a cada 6 meses e que, na ala de partos, deveriam ser obrigatórias reuniões a cada 3 meses.

No que respeita ao número de visitas, apenas o DH, o NHS QIS e o National Collaborating Centre fazem alusão a este assunto. O DH refere apenas que a primeira consulta deverá ser à 8<sup>a</sup>-10<sup>a</sup> semanas de gestação, o NHS QIS que deverão ser realizadas 9 visitas para nulíparas e 8 para múltiparas e o National Collaborating Centre que para as nulíparas deverão ser agendadas 10 consultas e 7 para as múltiparas, com os objectivos das mesmas bem definidos.

Algumas organizações apresentam ainda alguns pontos que, na sua óptica, também devem ser considerados. O DH e os Royal Colleges referem que devem ser contemplados apoios e que

devem existir instalações para pais em luto (sendo que estas deviam ser revistas bianualmente); os Royal Colleges expõem a importância de um ambiente acolhedor e “caseiro”, da formação contínua dos profissionais, das competências dos prestadores de cuidados, da permanência do profissional de saúde na ala do parto a tempo inteiro e da existência de acordos com ambulâncias para emergências com grávidas; o NHS QIS alega que é fundamental uma Unidade de Cuidados Intensivos dirigida para mães e bebés, sendo também a única organização que introduz a temática da gestão da dor; e a CSP, defende que nos assuntos de saúde pública deviam ser discutidos a pré-concepção, a gravidez e o pós-parto.

Por último, em termos académicos, a posição manifestada pela IOPTWH é subscrita pelo GIFSM-APF, em que é defendido que o campo de intervenção na área da Saúde da Mulher se deve subscrever à definição de saúde da OMS e que este deve incluir aspectos como a avaliação, tratamento e educação da mulher ao longo das várias fases da vida, educação/ensino dos estudantes de Fisioterapia, educação/ensino dos profissionais de saúde ou cuidadores, educação à distância, padrões de conhecimento para a prática do fisioterapeuta na Saúde da Mulher e promoção de esforços na investigação na área da Saúde da Mulher e na Fisioterapia na Saúde da Mulher.

À semelhança do que é defendido pela IOPTWH, em Portugal, o curso de Pós-graduação na área da Saúde da Mulher também contempla a abordagem biológica, técnicas de ensino e planeamento, o estudo da saúde da grávida, a intervenção da Fisioterapia nos cuidados pré-natais (também defendidos, por exemplo, por entidades como o DH) e a intervenção da Fisioterapia na Saúde da Mulher a diversos níveis (condições cirúrgicas, abordagem psicológica, metodologias de investigação, ensino clínico, entre outros).

Posto isto, e após a análise destes dados, existem outras questões que permanecem por responder e algumas reflexões que são necessárias fazer relativas à restante revisão da literatura.

Facilmente se constata nesta revisão que, em termos históricos, a preparação para o nascimento tem sofrido uma evolução considerável, acompanhada pela própria evolução dos Sistemas de Saúde e das crenças na saúde. Partindo de várias filosofias, mas partilhando os mesmos objectivos, um cada vez maior espectro de novas técnicas tem sido utilizado, e um número cada vez maior de profissionais e especializados e em múltiplas áreas de intervenção tem sido considerado para a prestação individual ou colectiva destes cuidados. É também descrito na literatura que a preparação para o nascimento tem tido um enorme impacto na vida das futuras mães e dos seus bebés, e isto reflecte-se quer na maior aquisição de competências e informações

por parte das mães, como também no decréscimo dos registos de morbilidade e mortalidade materno-infantil. Segundo os vários documentos consultados, a preparação para o nascimento tem inúmeros benefícios quer para a mãe quer para o seu bebé aos mais diversos níveis.

A segunda reflexão prende-se com a de finição de «preparação para o nascimento» que é deficiente e incompleta. Partindo das definições apresentadas nos trabalhos de Brown (citado por Baldwin, 2006), de Baldwin (2006), da American Academy of Pediatrics e do ACOG (citados por Baldwin, 2006), de Villar *et al* (1998), de Kajuri, Karimi, Shekarabi & Hosseini (2005), de Khan-Neelofur, Gülmezoglu & Villar (1998), de Silveira & Santos (2004) e de Nichols (2000), pode-se dizer que a preparação para o nascimento é um acontecimento que coloca a mulher e o seu bebé no centro dos cuidados, que envolve múltiplos procedimentos e interacções que visam a monitorização da mãe e do bebé e a aquisição de competências por parte dos pais/família nesta nova etapa da sua vida, que engloba o período da concepção até ao pós-parto e que visa a satisfação das necessidades físicas, psicológicas, sociais, educacionais, médicas, nutricionais e emocionais da grávida, tendo em conta as diferentes fases do processo em que esta se encontra e a cultura e sistema de crenças e de valores dos pais.

Esta preparação abrange um número específico de visitas (número este que não é consensual entre diferentes autores e cuja aplicabilidade não é igual em diferentes países), estabelecidas pelos profissionais de saúde que prestam os cuidados, tendo objectivos bem definidos e sendo apresentados à grávida no início dos cuidados. Como é defendido por Sasamon & Amankwaa (2003), estas actividades, promovidas individualmente ou por equipas multi, pluri e interdisciplinares, visam reduzir a morbilidade e a mortalidade materna e infantil através da diminuição da probabilidade de uma mulher grávida experienciar sérias complicações durante a gravidez ou durante o parto.

Um terceiro aspecto a discutir, concerne ao educador da preparação para o nascimento e às suas competências. Tal como foi enfatizado por Marshall & Walsh (1994), pelo Department of Health Government of Western Austrália (2006), pela APA (2004) e pelos pareceres da IOPTWH (2005) e do GIFSM-APF (2008), a formação por parte dos profissionais nesta área é fundamental, e ao educador da preparação para o nascimento é exigido que: realize formações creditadas, adquira competências, faça formações contínuas para “actualizar” a sua prática, exerça a sua prática (dentro do possível) suportada pela evidência científica, forneça à mulher grávida informação fidedigna, abrangente e suficiente para que esta possa tomar decisões informadas (passando a ser responsabilizada pelo seu acompanhamento), procure satisfazer as

necessidades dos pais a diversos níveis, coloque os interesses, crenças e prioridades da mãe, do companheiro e/ou da família à frente dos seus próprios interesses, acompanhe a mãe desde a concepção até ao pós-parto, saiba procurar outros profissionais se e quando necessário, seja sensível à cultura e m que se encontra, dê à mulher oportunidade para discutir ou colocar questões, preste um cuidado seguro, respeite os princípios éticos subjacentes à sua prática clínica e procure contrariar a complexidade e o tecnicismo no pré-parto e parto, em prol da promoção de um acompanhamento mais pessoal, personalizado e acolhedor.

Partindo do pressuposto de que o profissional de saúde presta um serviço às mães, companheiros e familiares, é importante que este vá ao encontro das suas expectativas e necessidades. Sem uma identificação completa das percepções e das expectativas da população que recebe o serviço, qualquer esforço para a satisfazer será certamente insuficiente.

No entanto, segundo alguns documentos consultados (como, por exemplo, a *guideline* do National Collaborating Centre for Women's and Children's Health), mostram que nos dias de hoje os profissionais de saúde ainda têm um papel muito activo na escolha dos serviços maternos fornecidos à grávida.

Outro ponto discutível é a formação dos profissionais de saúde. Tendo em conta a especificidade exigida neste tipo de serviços, os riscos envolvidos e a existência de inúmeros profissionais que neles intervêm, de veria existir em todos os países que prestam cuidados pré-natais, *guidelines* criadas pelos vários grupos profissionais. Estas deveriam ser submetidas a um processo de aprovação sistemática e deveriam ser referenciadas e baseadas na evidência, contemplando a multidisciplinaridade e a acessibilidade a todas as áreas dos serviços maternos, balizando a prática dos diferentes profissionais e delimitando fronteiras de intervenção entre profissões. Também seria importante que os profissionais fossem incentivados ou até mesmo obrigados a fazer registos e que tanto as suas práticas como as instalações onde estes serviços são prestados fossem auditadas. Quanto às informações dadas pelos utilizadores, estas também devem ser tidas em conta dado que as suas queixas e/ou elogios aos serviços e/ou aos profissionais constituem oportunidades válidas para a prender a corrigir erros ou a manter e melhorar a prestação de serviços.

A interacção entre profissionais de saúde também deverá ser discutida. Tendo em conta que uma boa relação de trabalho entre a equipa multidisciplinar e as mulheres (que também fazem parte da equipa) é fundamental para assegurar óptimos resultados desde a preparação para o nascimento ao pós-parto, verifica-se nos dias de hoje uma necessidade crescente de uma

abordagem em equipa, baseada no respeito mútuo, numa filosofia de cuidados partilhada, numa estrutura organizacional clara para todos os profissionais de saúde, com linhas de intervenção e de comunicação explícitas e transparentes. Uma comunicação clara, exacta e respeitosa entre todos os membros da equipa, assim como uma prática disciplinada, são factores essenciais para assegurar uma prestação de cuidados segura, eficiente e eficaz.

No que respeita à informação dada, é importante que esta seja fornecida de múltiplas maneiras, que seja fidedigna, precisa, apropriada, abrangente, disponível para todas as mulheres e que inclua todos os riscos, limitações, benefícios e alternativas (se apropriadas) a considerar.

Também é importante que os cuidados prestados não sejam só direccionados para grávidas que não apresentam problemas, mas para todas as grávidas com necessidades especiais, mesmo que isso implique uma intervenção individual e altamente personalizada. Todas as grávidas deviam ter acesso aos cuidados e, à semelhança das outras mulheres, para estas com necessidades especiais também deveriam existir *guidelines* clínicas para que lhes possam ser prestados serviços de excelente qualidade.

No que respeita ao papel do fisioterapeuta na preparação para o nascimento, é importante que este seja um elemento presente nas equipas multi, pluri e interdisciplinares, que se faça valer pelas suas competências, que cumpra todos os requisitos de um bom profissional (acima referidos), que preste serviços de uma forma segura e holista no pré e pós-parto e que vá ao encontro das necessidades da mulher e do seu companheiro, no sentido de ajudá-los a si e à sua família a criar um sentido de totalidade que abranja todo o *continuum*. Também é fundamental que o fisioterapeuta desenvolva competências para analisar a qualidade e a aplicabilidade da evidência existente na área da preparação para o nascimento e que considere a sua experiência clínica nos cuidados prestados à grávida, ao seu companheiro e à sua família.

Actualmente, em Portugal, a preparação para o nascimento na maioria dos locais circunscreve-se ao acompanhamento médico. No entanto, o «Plano Nacional de Saúde – orientações estratégicas para 2004-2010», publicado pelo Ministério da Saúde Português, refere que «a preparação para o parto tanto física como psíquica será realizada com equipas de profissionais disponíveis» até 2010. Tendo em conta que em Portugal os fisioterapeutas actuam de acordo com os parâmetros e com os documentos orientadores analisados nesta revisão de literatura, permanece por responder se nas equipas de profissionais propostas pelo Ministério da Saúde Português estarão contemplados os serviços e as *skills* dos fisioterapeutas.

Por fim, é ainda importante referir que a evidência actual é limitada, dificultando a extrapolação de dados para a população em geral, e que a literatura disponível neste âmbito, apesar de muito vasta, é bastante dispersa. Neste sentido, é necessário um maior investimento por parte de investigadores e profissionais de saúde aos níveis da pesquisa e da educação.

Esse investimento também deverá ser traduzido na procura de novas formas e métodos de ajudar os profissionais de saúde a apoiarem as mulheres grávidas numa tomada de decisões informadas, no estudo sistemático de meios (para além de panfletos informativos) para auxiliar as grávidas nessa mesma tomada de decisões, na realização de mais ensaios clínicos aleatórios para sustentar a prática dos profissionais da Saúde da Mulher e na realização de mais investigações qualitativas perto das mulheres grávidas no sentido de se obterem dados mais sensíveis acerca dos prestadores de cuidados e dos serviços prestados. Alguns destes estudos podem relacionar-se com a satisfação da prestação dos cuidados pré-natais, com a prestação de cuidados pré-natais para populações com necessidades e específicas e/ou especiais, com a avaliação dos níveis de stress e ansiedade sentidos pelas mães que se prepararam para o nascimento do seu filho *versus* mães que não tiveram qualquer tipo de preparação, com a prática clínica dos fisioterapeutas portugueses (se está ou não de acordo com o leccionado), entre outros, com o intuito de melhorar os cuidados pré-natais e de se obterem dados específicos para a população portuguesa. Este tipo de investigações também poderão ser úteis como indicadores de boa prática e como medidas de qualidade de cuidados clínicos e de saúde pública.

## Conclusão

Após a realização deste trabalho verifica-se que os objectivos propostos foram alcançados, tendo para isso sido feita uma recolha de dados acerca de diversos aspectos importantes para a compreensão da preparação para o nascimento, assim como realizada a análise de algumas *guidelines*, padrões de prática e pareceres de grupos creditados (seleccionados de acordo com a relevância que poderiam ter para a prática clínica do fisioterapeuta no período pré-natal).

A preparação para o nascimento é um evento complexo e benéfico, onde é dado um acompanhamento personalizado à grávida e ao seu companheiro no sentido de serem colmatadas as suas múltiplas necessidades (físicas, psicológicas, sociais, educacionais, médicas, nutricionais e emocionais), tendo em conta as diferentes fases do processo em que se encontram e a sua cultura e sistema de crenças e de valores.

Muitos são os prestadores de cuidados e os aspectos a serem considerados e contemplados durante este período. É importante que os prestadores de cuidados proporcionem à grávida e ao seu companheiro oportunidades para que estes adquiram competências, acompanhem e intervenham activamente neste processo (que compreende o período da gravidez até ao pós-parto).

A base de um serviço materno eficaz é uma equipa de cuidados primários forte, com base na comunidade, onde exista respeito mútuo entre os seus diferentes membros (onde estes saibam o seu lugar e papel a desempenhar), que utilize métodos de referência e que disponha de instalações apropriadas às necessidades das mulheres, dos seus companheiros e da(s) criança(s). Também é fundamental que o profissional de saúde que presta estes cuidados tenha uma formação apropriada, credenciada e atualizada, e que lhes sejam fornecidos meios e oportunidades para a obtenção dessa educação especializada. Em Portugal, a formação especializada já existe para fisioterapeutas que manifestem um particular interesse nesta área do conhecimento, estando essa Pós-graduação de acordo com os parâmetros e com os documentos orientadores analisados nesta revisão de literatura.

Por fim, é ainda de salientar que existe uma crescente necessidade de evidência científica nesta área, quer no campo da Fisioterapia como fora deste, para que possa existir, de facto, uma prática clínica fundamentada, segura, eficiente e eficaz.

## Referências Bibliográficas

- Abou-Zahr, C. L., & Wardlaw, T. (2003). Antenatal care in developing countries - promises, achievements and missed opportunities. *World Health Organization*, 1-32.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2007). *Pré-parto*. Consultado em 15 de Dezembro de 2007 através de <http://www.apfisio.pt/gifsm/profissional.htm>.
- Baldwin, K. A. (2006). Comparison of selected outcomes of centering pregnancy versus traditional prenatal care. *American College of Nurse-Midwives*, 51, 266-272.
- Barrett, J., & Pitman, T. (1999). *Gravidez e parto – as melhores provas*. Mafra: Temas e Debates.
- Beck, N. C., Geden, E. A., & Brouder, G. T. (1979). Preparation for labor: a historical perspective. *Psychosomatic Medicine*, 41, 243-258.
- Bivins, H. A., McCallum, O. J., & Roegge, D. D. (2007). The mother's house: a new concept in antepartum care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201.e1-201.e4.
- Carrolli, G., Villar, J., Piaggio, G., Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., Mugford, M. et al. (2001). WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *The Lancet*, 357, 1565-1570.
- Chartered Society of Physiotherapy (2006). The national service framework for children, young people and maternity services – a briefing paper. *Chartered Society of Physiotherapists*, 1-25.
- Copeland, K. (1998). Overview of pregnancy and the puerperium. In R. Sapsford, J. Bullock-Saxton, & S. Markwelln (Eds.), *Womens' health - a textbook for physiotherapists* (pp. 89-111). London: W.B. Saunders.
- Dennis, C. (2007). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331, 1-8.
- Department of Health (2004). Maternity Standard, National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. *Department of Health*, 1-47.

- Department of Health Government of Western Australia. (2006). Future directions in maternity care – discussion paper. *Australian Physiotherapy Association*, 1-6.
- Direcção Geral de Saúde (2008). *Natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal 2002/2006*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2001). Rede de referência materno-infantil. *Direcção Geral de Saúde*, 1-59.
- Douglas, S., Cervin, C., & Bower, K. N. (2007). What women expect of family physicians as maternity care providers. *Canadian Family Physician*, 53, 875-879.
- Gottvall, K., & Waldenström, U. (2002). Does birth center care during a women's first pregnancy have any impact on her future reproduction?. *Birth*, 29, 177-181.
- Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2008). 2º Curso de pós-graduação em fisioterapia na saúde da mulher. *Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher*, 1-9.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*, 18, 260-267.
- Herbst, M. A., Mercer, B. M., Beazley, D., Meyer, N., & Carr, T. (2003). Relationship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth-weight infants. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 189, 930-933.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., & Radestad, I. (2002). Women's expectation on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81, 118-125.
- Holdsworth, L. K., & Webster, V. S. (2004). Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future?. *Physiotherapy*, 90, 64-72.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas demográficas 2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- International Organization of Physical Therapists in Women's Health (2005). Scope of practice. *International Organization of Physical Therapists in Women's Health*, 1-2.
- Jackson, D. J., Lang, J. M., Swartz, W. H., Ganiats, T. G., Fullerton, J., Ecker, J. et al. (2003). Outcomes, safety, and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. *American Journal of Public Health*, 93, 999-1006.
- Johston-Robledo, I. (1998). Beyond Lamaze: socioeconomic status and women's experiences with childbirth preparation. *Journal of Gender*, 3, 159-169.
- Kajuri, M. A., Karimi, S., Shekarabi, R., & Hosseini, F. (2005). Investigating women's satisfaction with prenatal care received at the primary health care centers of Shirvan Chardaval, Iran. *Internet Journal of Gynecology & Obstetrics*, 7.
- Khan-Neelofur, D., Gülmezoglu, M., & Villar, J. (1998). Who should provide routine antenatal care for lower-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12, 7-26.
- Koehn, M. L. (2002). Childbirth education outcomes: an integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11, 10-19.
- Livingstone, L., Sapsford, R., & Markwell, S. (1998). Ante-natal education. In R. Sapsford, J. Bullock-Saxton, & S. Markwell (Eds.), *Womens's health - a textbook for physiotherapists* (pp. 162-167). London: W.B. Saunders.
- Manson, L., Glenn, S., Walton, I., & Hughes C. (2001). The relationship between ante-natal pelvic floor muscle exercises and post-partum stress incontinence. *Physiotherapy*, 87, 651-661.
- McCourt, C., Page, L., & Hewison, J. (1998). Evaluation of one-to-one midwifery: women's responses to care. *Birth*, 25, 73-80.
- Ministério da Saúde (2004). Plano nacional de saúde – orientações estratégicas para 2004-2010. *Ministério da Saúde*, 1-127. Consultado em Julho, 9, 2008, através de [www.apambiente.pt/politicasambiente/AmbienteSaude/Documents/Em%20Portugal/.../Plano\\_Nacional\\_Saude\\_2004.pdf](http://www.apambiente.pt/politicasambiente/AmbienteSaude/Documents/Em%20Portugal/.../Plano_Nacional_Saude_2004.pdf)

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008). Antenatal care – routine care for the healthy women. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press*, 1-407.
- National Health Service Quality Improvement Scotland (2005). Clinical Standards – Maternity Services. *National Health Service Quality Improvement Scotland*, 1-35.
- Nichols, F. H. (2000). Philosophy and Roles. In F. H. Nichols, & S. S. Humenick (Eds.), *Childbirth education – practice, research and theory* (pp. 3-17). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Oakley, D., Murray, M. E., Murtland, T., Hayashi, R., Andersen, H. F., Mayes, F. et al. (1996). Comparisons of outcomes of maternity care by obstetricians and certified nurse-midwives. *Obstetrics and Gynecology*, 88, 823-829.
- Ondeck, M. (2000). Historical Development. In F. H. Nichols, & S. S. Humenick (Eds.), *Childbirth education – practice, research and theory* (pp. 18-31). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Page, L. (2001). Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand. *Gynecology & Obstetrics*, 75, 81-88.
- Pascali-Bonaro, D. (2003). Childbirth education and doula care during times of stress, trauma, and grieving. *The Journal of Perinatal Education*, 12, 1-7.
- Polden, M., & Mantle, J. (1990). *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Proctor, S. (1998). What determines quality in maternity care? Comparing the perceptions of childbearing women and midwives. *Birth*, 25, 85-93.
- Renkert, S., & Nutbeam, D. (2006). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*, 16, 381-388.
- Rooks, J. P. (1999). The midwifery model of care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44, 370-374.
- Rooks, J. P., Weatherby, N. L., & Ernst, E. K. M. (1992a). The national birth center study part I – methodology and prenatal care and referrals. *Journal of Nurse-Midwifery*, 37, 222-253.

- Rooks, J. P., Weatherby, N. L., & Ernst, E. K. M. (1992b). The national birth center study part III – intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes and client satisfaction. *Journal of Nurse-Midwifery*, 37, 361-397.
- Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Paediatrics and Child Health (2007). Minimum Standards for the Organization and Delivery of Care in Labour. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press*, 1-58.
- Sasamon, S., & A mankwaa, L. C. (2003). Public display of affection in couples attending childbirth education classes: implications for practice in Thailand. *The Journal of Perinatal Education*, 12, 8-15.
- Sheikh, L., Johnston, S., Thangaratnam, S., Kilby, M. D., & Khan, K. S. (2007). A review of the methodological features of systematic reviews in maternal medicine. *BioMed Central Medicine*, 5, 1-7.
- Silveira, D. S., & Santos, I. S. (2004). Adequação do pré-natal e peso ao nascer: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1160-1168.
- Villar, J., Bakketeig, L., Donner, A., Al-Mazrou, Y., Ba'aqeel, H., Belizán, J. M. et al. (1998). The WHO antenatal care randomised controlled trial: rationale and study design. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12, 27-58.
- Waldenström, U. (1998). Continuity of carer and satisfaction. *Midwifery*, 14, 207-213.
- Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D., & Brennecke, S. (1997). Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*, 27, 156-167.
- Waldenström, U., & Nilsson C. (1997). A randomized controlled study of birth center care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth*, 24, 17-26.
- Waldenström, U., & Nilsson, C. (1993a). Experience of childbirth in birth center care – a randomized controlled study. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 73, 547-554.

- Waldenström, U., & Nilsson C. (1994). No effect of birth centre care on either duration or experience of breast feeding, but more complications: findings from a randomised controlled trial. *Midwifery*, *10*, 8-17.
- Waldenström, U., & Nilsson C. (1993b). Women's satisfaction with birth centre care: a randomized, controlled study. *Birth*, *20*, 3-13.
- Waldenström, U., Nilsson C., & Winbladh, B. (1997). The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *British Journal of Obstetrics Gynaecology*, *104*, 410-418.
- Waldenström, U., & Turnbull, D. (1997). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *105*, 1160-1170.
- Williams, D. R. (1999). Preserving midwifery practice in a managed care environment. *Journal of Nurse-Midwifery*, *44*, 375-383.

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

**«Antenatal Care – Routine Care for the Healthy Women»**

**Recomendações da Informação Pré-natal**

A informação pré-natal deve ser dada à grávida de acordo com a seguinte agenda:

No primeiro contacto com o profissional de saúde:

- Suplemento de ácido fólico
- Higiene alimentar, incluindo como reduzir o risco de infeção alimentar
- Conselhos do estilo de vida, incluindo cessação tabágica e as implicações do uso de drogas recreativas e consumo de álcool na gravidez
- Todos os exames pré-natais de despiste

Marcação de consulta (idealmente às 10 semanas):

- Desenvolvimento do bebé durante a gravidez
- Nutrição e dieta, incluindo suplementos de vitamina D para mulheres com risco de deficiência de vitamina D e pormenores do «Healthy Start»
- Exercícios, incluindo aqueles direccionados para o pavimento pélvico
- Local de nascimento
- Tipos de cuidado na gravidez
- Amamentação, incluindo *workshops*
- Classes pré-natais
- Discussão mais aprofundada de todos os exames pré-natais
- Discussão de assuntos de saúde mental

Antes das 36 semanas:

- Informação acerca da amamentação, incluindo técnicas e boas práticas que podem ajudar uma mulher a ser bem sucedida, tal como é detalhado pela UNICEF «Baby Friendly Initiative»
- Preparação para o trabalho de parto e para o parto, incluindo informação a cerca de estratégias de adaptação na dor no parto e plano de parto
- Reconhecimento do parto activo
- Cuidar do novo bebé
- Profilaxia de vitamina K
- Exames ao recém-nascido
- Auto-cuidado pós-natal
- Chamada de atenção para o “baby blues” e depressão pós-parto

Às 38 semanas:

- Opções para gerir uma gravidez prolongada

Isto pode ser apoiado por informação como a que consta no «The pregnancy book» (Department of Health 2007) e o uso de outras fontes relevantes como as publicações do UK National Screening Committee e panfletos informativos das Midwives Information and Resource Service (MIDIRS).

Deviam ser dadas informações de uma forma facilmente perceptível e acessível à mulher grávida com necessidades especiais, como físicas, sensoriais ou incapacidades de aprendizagem, e para mulheres que não falem ou leiam inglês.

A informação também pode ser dada de outros modos, como audiovisual ou ecrans tácteis, devendo ser apoiada por informação escrita.

Deviam ser dadas à mulher grávida informações baseadas na evidência disponível e atualizada, conjuntamente com apoio para a capacitar na tomada de decisões informadas acerca do tipo de cuidados prestados. Estas informações deveriam incluir onde serão seguidas e quem será responsável pela prestação de cuidados.

Em cada consulta pré-natal, os profissionais de saúde devem fornecer informação consistente e explicações claras, dando à mulher grávida a oportunidade de discutir assuntos e colocar questões.

Devia ser dada à mulher grávida a oportunidade de frequentar classes pré-natais, incluindo os *workshops* de amamentação.

A decisão das mulheres deve ser respeitada, mesmo quando é contraditória à visão do profissional de saúde.

A mulher grávida deve ser informada acerca dos objetivos de cada teste antes de este ser realizado. O profissional de saúde deve assegurar-se que a mulher entendeu a informação dada e que esta tem tempo suficiente para tomar a decisão. O direito da mulher em aceitar ou declinar o teste deve ser claro.

A informação acerca dos testes de despiste pré-natal deve ser dada num local onde esta possa ser discutida; esta pode ser dada num contexto individual ou em grupo. Este procedimento deve ser feito antes da primeira marcação de consulta.

As informações acerca dos testes de vem incluir informações e equilibradas e precisas acerca da condição clínica que se pretende despistar.