



Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto.

[versão de Fevereiro de 2017]



Índice

Objectivos deste documento	2
A importância de construir um plano de parto	3
Tipos de Planos de Parto	4
Sobre o parto...	5
Local, Acompanhantes e Prestadores de Cuidados de Saúde	5
Trabalho de parto e parto	8
Pós-parto imediato	16
Procedimentos ao recém-nascido	19
Em caso de cesariana (exceto cesarianas de emergência)	21
Em caso de perda gestacional ou morte perinatal	23
Questões para o Plano de Parto no Domicílio	26
Considerações finais	31



Objetivos deste documento

Este documento pretende ajudar as grávidas a reflectir sobre o trabalho de parto e parto e sobre as várias opções que estarão ao seu dispor ao longo desse caminho.

Queremos informar e estimular a curiosidade das mulheres sobre esta temática e incentivá-las a saber mais sobre si, sobre o que é um parto, e o que esperar dele.

Não pretendemos fazer um Tratado de Obstetrícia, com descrições detalhadas sobre a gravidez e parto, apenas demonstrar a ampla variedade de opções existentes e alguma da evidência sobre as mesmas.

Neste texto encontrarão várias opções disponíveis nas diversas fases do trabalho de parto, parto e pós-parto, mas certamente não conseguiremos incluir todas as possíveis. Se tiverem alguma sugestão para melhorar as próximas versões deste documento, não hesitem em contactar-nos através de geral@associacaogravidezeparto.pt. Este é um documento em constante atualização à medida que tomamos conhecimento das preferências das mulheres que se cruzam connosco, e das últimas evidências científicas sobre esta temática.

Este documento não invalida as conversas com o vosso profissional de saúde assistente, sobre a vossa situação clínica e sobre as vossas expectativas e da equipa de profissionais que vos acompanha.

Achamos essencial que o plano de preferências para o parto seja construído ao longo da gravidez e partilhado com os profissionais que fazem a vigilância da mesma e com a equipa do local onde pretendem que o bebé nasça.

Maria Pereira, Mãe
Mariana Torres, Médica Interna de Gin/Obst
Raquel Cajão, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
Sara do Vale, Doula
Com o apoio da restante equipa da APDMGP

A importância de construir um plano de parto

O Plano de Parto (também chamado de Plano de Nascimento ou de Preferências de Parto) regista as preferências da grávida e/ou do casal para o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Embora não exista legislação específica que juridicamente proteja inequivocamente o Plano de Parto, há normas em leis nacionais e internacionais - de aplicabilidade direta e indireta em Portugal - que são passíveis de proteger a vontade que é expressa no Plano de Parto. São elas as plasmadas nos arts 38º, 39º, 149º e 150º do Código Penal Português; arts 3º e 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos (conjugados com os casos *Ternovszky vs Hungria* e *Konovalova vs Rússia*); e da Convenção dos Direitos do Homem e Biomedicina (Convenção de Oviedo) os arts 5º, 8º e 9º.

Elaborar o plano ajuda a grávida a perceber o que acontece em cada fase do trabalho de parto e organizar as suas ideias, assim como partilhá-las com o acompanhante escolhido, que ficará ciente das suas escolhas e de como poderá agir quando chegar o momento. Conversar sobre o plano de parto com o prestador de cuidados de saúde permite colocar questões e perceber o que pode ser possível; sensibilizá-lo para as prioridades da mulher e dar-lhe a hipótese de a conhecer, e aos seus sentimentos e expectativas. Flexibilidade é a palavra-chave, para todas as partes intervenientes: um plano de parto é isso mesmo, um plano. Linhas diretivas que poderão ou não acontecer, dependendo do decorrer do trabalho de parto e do estado corrente do duo mãe-bebé. O parto pela sua natureza é um evento impossível de prever e onde tudo pode mudar de repente. Como tal, é importante a grávida encarar o Plano como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca.

No caso de um parto hospitalar, o plano de parto é geralmente entregue na instituição onde o parto está planeado, a partir das 30 semanas, para que haja tempo de uma resposta da Direção Clínica, em como o aceita (ou para ficar a saber quais os pontos que não aceita). Deve ser então anexado ao boletim da grávida e ao seu processo no hospital, para aquando da admissão, a equipa que a atender se possa inteirar dele.

No caso de um parto domiciliar, o plano de parto é geralmente elaborado ao longo da gravidez e revisto com o profissional que irá acompanhar a grávida durante o parto.

Tipos de Planos de Parto

Não há uma forma certa ou errada de apresentar as suas preferências. O plano deve ser claro e conciso mas deve conter a informação que a grávida achar relevante. Aconselha-se a que não ocupe mais do que uma página A4, para facilitar a leitura por parte dos profissionais. Os tipos mais comuns são:

Plano Tabela – As tabelas são simples de elaborar e eficazes para uma leitura rápida.

Plano Parágrafos – O formato por parágrafos permite uma descrição mais detalhada mas é também o de mais difícil leitura.

Plano Tópicos – Pontos por tópicos são de mais fácil leitura do que texto corrido por parágrafos mas ainda assim permitem mais palavras do que os planos tabela.

Pode inspirar-se nesta reflexão da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e parto e fazer um plano de raiz ou usar um dos modelos disponibilizados no nosso site.

De qualquer forma, é perfeitamente normal a grávida mudar de ideias sobre os seus desejos para o parto em qualquer altura, bastando para isso, verbalizá-lo a quem estiver com ela.

“Pessoal e intransmissível”

O plano de parto deve então ser específico para determinada/o parturiente/casal. Vai depender não só das suas preferências, mas também do historial clínico, do decorrer do parto e do que estiver à disposição na instituição que acolher a grávida ou na equipa que a assistir no domicílio. Na admissão hospitalar, o plano será entregue à equipa que estiver de serviço ou eles poderão consultá-lo e tirar algumas notas para irem passando aos turnos seguintes. De qualquer forma, é sempre aconselhável à grávida manter uma cópia consigo. A equipa poderá fazer perguntas sobre o plano para perceber melhor os desejos da parturiente. No entanto também é importante perceber que pode ser necessário seguir um caminho diferente do plano inicialmente escolhido: a equipa aconselhará o que achar ser a melhor solução consoante as circunstâncias. Em caso de dúvida, devem colocar-se as questões que se achar necessárias.



Sobre o parto...

Local, Acompanhantes e Prestadores de Cuidados de Saúde

Onde parir: A decisão do local onde terá o seu bebé é sua. O/a seu/sua enfermeiro/a especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) ou a/o sua/seu obstetra poderá aconselhá-la sobre os serviços disponíveis localmente e sobre as questões relacionadas sobre a sua saúde ou a sua gravidez que podem afetar a sua escolha.

Poderá parir numa maternidade hospitalar pública ou privada, ou no seu domicílio.

Para ajudar na escolha do local do parto, a APDMGP criou o BirthAdvisor (www.birthadvisor.pt), uma plataforma onde poderá consultar avaliações dos serviços de assistência ao parto em Portugal, feitas por utentes.

Em relação ao parto domiciliar, encontra no final deste documento uma secção específica para este local de parto.

Para reflexão: *Quais as suas preferências sobre o local para o seu bebé nascer?*

Acompanhante: Ter um acompanhante pode proporcionar suporte físico e emocional durante o processo e ser benéfico, p.e. na redução da necessidade de métodos de alívio da dor e na satisfação geral do processo. É um direito contemplado na legislação portuguesa (regulado pela Lei 15/2004) mas nem sempre é respeitado. Se for sua vontade, poderá ter um acompanhante durante o trabalho de parto e/ou durante o parto.

Se o parto for por cesariana, está contemplada na lei o direito ao acompanhante (Despacho n.º 5344-A/2016 – Diário da República n.º 76/2016, 1.º Suplemento, Série II de 2016-04-19). No site da APDMGP, na secção de Documentos, encontra uma carta modelo para informar a instituição onde planeia o parto da sua vontade em ter um acompanhante na cesariana (http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/09/Pedido-por-escrito-acompanhante-na-Cesariana.docx-Desp5344-A_2016.DireitoAcompCesarianas.pdf).

Para reflexão: *Quem quer e quando quer acompanhante?*



Equipamento que poderá ser útil: Alguns acessórios podem ajudar a aliviar a dor, a mudar de posição mais facilmente ou a ficar mais confortável. Podem estar, ou não, acessíveis no local ou ser trazidos pela parturiente. (P.e.: duche, barras de apoio ou cordas para sustentação, bola de pilates, tapete de ioga, sacos de sementes ou de água quente, piscina de parto, etc.). Poderá contactar a instituição para saber qual o material existente e se poderá levar o seu próprio material.

Para reflexão: *Que acessórios crê que poderão aumentar o seu conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto?*

Local do internamento: É importante informar-se sobre as rotinas de internamento do local onde pretende parir para perceber se estão adequadas à sua expectativa e se podem ser adaptadas às suas preferências.

Na maioria dos locais, quando a grávida se encontra na fase activa do trabalho de parto, fica instalada na Sala de Partos, num quarto individual ou, na indisponibilidade deste e caso ainda esteja no início do trabalho de parto, num quarto com outras grávidas. Caso esteja num quarto individual geralmente não precisa de mudar de quarto para o bebé nascer. Contudo noutros hospitais é habitual a transferência da mãe para o Bloco Operatório no período expulsivo, mesmo que o trabalho de parto seja normal. No bloco operatório o ambiente é diferente da sala de partos, pois pretende-se que seja mais estéril, tem mais luz, as marquesas geralmente são menos confortáveis, pode não haver tanta liberdade de movimento e posicionamento e a presença do acompanhante poderá ser limitada.

Caso opte pela indução do trabalho de parto, o local do internamento também é variável de instituição para instituição. Numas instituições a indução acontece no Bloco de Partos e será acompanhada pela equipa que estiver de serviço na urgência de ginecologia/obstetrícia; e noutras acontece no internamento de Obstetrícia, apenas passando para o Bloco de Partos quando entrar na fase activa do trabalho de parto. Habitualmente, no internamento de Obstetrícia só se pode ter acompanhante no horário das visitas, enquanto que no Bloco de Partos é permitida a presença contínua de um acompanhante.

Para reflexão: *Onde gostaria que acontecesse o parto?*

Profissionais: Na maioria das instituições existe uma equipa de EESMOs (Enfermeiras/os especialistas em saúde materna e obstetrícia) e médicos (especialistas em Ginecologia/Obstetrícia e, por vezes, internas/os de Ginecologia/Obstetrícia) escalados especificamente para o Bloco de Partos. É esta equipa que geralmente vigia o trabalho de parto e depois acompanha o parto. Nos



hospitais privados poderá ter a opção de ser acompanhada pelo profissional que fez a vigilância da sua gravidez.

Numa gravidez de baixo risco, geralmente é o EESMO que está responsável pela vigilância do trabalho de parto e pedirá o apoio do médico se for necessário. No entanto poderá ter a visita de outros profissionais durante o processo.

Os médicos internos de ginecologia e obstetrícia são profissionais que já terminaram o curso de Medicina e que se encontram a fazer a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Fazem parte da equipa médica escalada para o Bloco de Partos e é esperado que, a partir do 2º ano de formação, trabalhem com autonomia. Podem assim estar envolvidos na monitorização do trabalho de parto e assistência ao parto.

Os alunos da especialidade de enfermagem (AEESMO) são profissionais que já terminaram o curso de Enfermagem e se encontram a fazer a especialidade de saúde materna e obstétrica. Têm um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) como tutor e geralmente acompanham o seu tutor na vigilância do trabalho de parto e parto.

Em algumas instituições também existem estudantes de Medicina e de Enfermagem, alunos que estão naquele momento no Ensino Superior e a realizar estágios práticos, sempre acompanhados de um tutor (médico ou enfermeiro, respectivamente).

Contudo, a decisão de quem estará presente no seu parto será sua e deverá ser informada de quem é quem e de qual o seu papel no seu trabalho de parto e parto.

A maioria dos partos eutócicos (vaginais, sem recurso a ventosa ou fórceps) são realizados por EESMOs. Caso seja necessária a aplicação de algum instrumento no parto ou a realização de uma cesariana, o parto será acompanhado por um médico.

Se tiver preferência relativamente ao profissional para a acompanhar no trabalho de parto e parto, deverá informar-se sobre a dinâmica do local onde pretende que o parto aconteça.

Para reflexão: Que profissionais gostava que estivessem presentes no seu parto?

Trabalho de parto e parto

Procedimentos de rotina: Por vezes o protocolo hospitalar recomenda a realização de certos procedimentos por rotina. Estes procedimentos, como todos os outros, apenas podem ser realizados com o consentimento da grávida. Informe-se quais são as rotinas do local onde pretende parir. Estas são questões importantes a ser colocadas na visita à Maternidade, a profissionais que a irão acompanhar no trabalho de parto.

Tricotomia (raspagem dos pêlos púbicos): antigamente era realizada a raspagem dos pêlos púbicos por rotina a todas as grávidas à entrada do Bloco de Partos. Contudo verificou-se que não há benefício neste procedimento e que inclusivamente pode aumentar o risco de infecção por tornar a pele mais frágil, danificada e menos eficaz no seu papel de barreira aos microrganismos. Infelizmente algumas instituições ainda recomendam a tricotomia por rotina. Contudo, poderá realizar a raspagem dos pêlos se isso lhe fizer sentido e a deixar mais confortável.

Clister de limpeza intestinal: esta é outra prática que está em desuso mas que poderá realizar se lhe fizer sentido. Trata-se de administrar através do ânus medicação para provocar o esvaziamento do recto e diminuir a probabilidade de evacuar no parto. Por ser desconfortável para a mulher e não haver benefício (não diminui o risco de infeção), cada vez menos locais têm esta prática por rotina. Além de que a sua realização não impede com 100% de certeza a saída de fezes durante o parto e pode mesmo aumentar a probabilidade disto acontecer por aumentar a fluidez das mesmas.

Canalização de veia (com ou sem administração de soros): O objectivo da canalização de uma veia é a administração de soro ou medicamentos pela veia caso seja necessário. Alguns serviços iniciam soros a todas as grávidas, outros apenas deixam o catéter na veia para o caso de ser necessário. Numa gravidez de baixo risco, este procedimento não será essencial, desde que compreenda que na eventualidade de uma emergência (rara neste contexto), poderão demorar um pouco mais a administrar-lhe medicação endovenosa por terem que canalizar a veia nesse momento. A canalização da veia antecipadamente também não garante que depois, no momento em que esta é necessária, esteja a funcionar correctamente.

Para reflexão: Que procedimentos quer realizar na admissão hospitalar?



Intervenções para induzir ou acelerar o parto: Habitualmente o trabalho de parto inicia-se espontaneamente. Pensa-se que este processo acontece quando os pulmões do bebé estão aptos e libertam substâncias para a corrente sanguínea da mãe que provocam o amadurecimento do colo do útero e contrações uterinas.

Este processo pode evoluir para a fase activa do trabalho de parto em algumas horas ou pode levar semanas, de contracções umas vezes mais frequentes outras menos frequentes. Varia de mulher para mulher e de gravidez para gravidez.

Nas consultas de vigilância do final da gravidez, alguns profissionais de saúde têm por hábito realizar o **toque vaginal** (introduzir dois dedos na vagina para avaliar o colo do útero) para “ver como está e se falta muito” e, por outro lado, algumas grávidas têm curiosidade de saber como está o seu colo do útero. Ao descrever o toque vaginal o profissional refere-se à dilatação (numa fase inicial em dedos - 1 ou 2 dedos - e depois em centímetros), ao apagamento/encurtamento do colo, à sua posição e amolecimento e localização do seu bebé em relação à sua bacia. Por vezes o toque vaginal na consulta é utilizado para tentar induzir o parto, fazendo o descolamento de membranas, muitas vezes sem pedir consentimento prévio à grávida.

Converse com o profissional de saúde que a acompanha sobre este assunto durante as consultas do final da gravidez para compreender quais costumam ser as suas práticas habituais e motivação para elas. O toque vaginal é um procedimento válido desde que a grávida dê o seu consentimento após tomar conhecimento dos seus riscos. Para a maioria das mulheres, o toque vaginal é um procedimento desconfortável e os seus riscos associados (ainda que baixos) são a ruptura das membranas, hemorragia e infecção. Não existe na literatura evidência de benefício desta prática nem previsão de quanto tempo vai demorar até ao bebé a nascer. O facto de naquele dia o colo do útero estar fechado não invalida que no dia seguinte se entre em trabalho de parto, e um colo do útero com alguma dilatação também não significa que não demore semanas a entrar em trabalho de parto.

Pode também ser-lhe proposta a **indução do trabalho** de parto e nesses casos é importante perceber o porquê da mesma. Infelizmente, por vezes surgem intercorrências que fazem os profissionais considerarem que o parto deve ser antecipado, ou seja, que o seu bebé tem mais vantagem em nascer nos dias seguintes do que aguardarem o desencadear espontâneo. A indução do parto apenas pode ser realizada com o seu consentimento e após lhe ser explicado o motivo, os riscos e os benefícios. Não lhe deve ser imposta sem um motivo clínico apenas por conveniência do profissional que a assiste. Por outro lado, caso a grávida pretenda a indução do parto sem um motivo clínico é importante que perceba os riscos da mesma e tome uma decisão consciente e informada. Deverá questionar(-se): porque querem induzir?, há outra alternativa?, quais as consequências das diversas opções?, podemos esperar mais algum tempo? quanto?, o que acontece se não se fizer nada? (sugerimos que use o famoso acrónimo *BRAIN*: quais os



Benefícios? quais os Riscos? quais as Alternativas? o que me diz a Intuição? o que sucede se não fizer Nada?)

Após entrar na fase activa do trabalho de parto (que se considerava a partir dos 3cm de dilatação e com contrações regulares, mas que hoje em dia se considera mais apropriado ser a partir dos 6cm de dilatação), no caso de se tratar de um primeiro filho, este demora em média cerca de 12 horas. O parto dos filhos seguintes geralmente é mais rápido. Como habitualmente a duração dos turnos dos profissionais é inferior à duração do trabalho de parto, o plano de parto será útil para a nova equipa se inteirar dos desejos da grávida e do que foi feito até então. Enquanto ambos estiverem bem (mãe e bebé) e o trabalho de parto estiver a evoluir, não necessita de ser acelerado o processo. Assim, poderá parir no seu tempo, sem pressa e sem pressões.

Caso pareça que a dilatação do colo não está a evoluir, há outros indicadores que nos mostram se está a acontecer alguma evolução, tal como a posição do bebé, se está a rodar como é esperado e se está a descer pela pélvis da mãe. Também é importante perceber se existe algo a perturbar o desenrolar do trabalho de parto e como melhorar as condições do ambiente para o tornar mais propício. Sabemos que se as mulheres se sentirem inseguras e assustadas, há a libertação de adrenalina que dificulta a evolução do trabalho de parto.

Acima de tudo, cada caso é um caso, há mulheres cujo o trabalho de parto evolui a um ritmo constante, outras há que ficam “paradas” na mesma dilatação durante umas horas e depois, quando menos se espera, o trabalho de parto volta a evoluir.

Desde que não exista evidência de mal-estar fetal, é lícito tentar meios não-farmacológicos para ajudar ao normal desenrolar do trabalho de parto: criar um ambiente acolhedor e motivador, caminhar, mudar de posição adotando preferencialmente posições verticalizadas, aplicação de calor ou frio, massagens, *et cetera*.

Sabemos que a indução e a aceleração do trabalho de parto podem ter um efeito de “bola de neve” e desencadear outras intervenções (por exemplo, a epidural, a aplicação de fórceps ou ventosa no parto, a cesariana,...) ou interferir com o bem-estar do bebé. Por esses motivos, deve ser ponderada a necessidade do seu uso, para avaliar se os benefícios superam os riscos.

Para induzir ou acelerar o trabalho de parto podem ser efetuados procedimentos mecânicos ou químicos, tais como:

Descolamento de membranas: consiste em descolar as membranas da bolsa de águas na zona do colo do útero, durante o toque vaginal. Alguns profissionais referem-se a este procedimento como “toque maldoso” ou “vou só dar aqui uma ajudinha”. Este procedimento geralmente provoca um aumento na frequência de contrações nas horas seguintes e poderá (eventualmente...) fazer com que entre em trabalho de parto. A maioria das mulheres sente



desconforto ou dor durante a sua realização e tem o risco de romper a bolsa de águas, provocar hemorragia vaginal e aumentar o risco de infeção.

Amniotomia (rebentar a bolsa de águas): sabemos que a ruptura da bolsa de água induz contrações do útero e desta forma pode ser induzido ou acelerado o parto. Por outro lado também aumenta o risco de febre ou infeção durante o trabalho de parto e é mais provável acontecer o prolapso do cordão umbilical do que quando a bolsa rompe espontaneamente (situação rara mas que constitui uma emergência obstétrica). Como qualquer outro procedimento, devem ser avaliados os riscos e os benefícios e perceber se os últimos superam os primeiros.

Sonda de Foley (balão colocado através do colo do útero): É possível induzir o parto colocando uma algália (aquele tubinho que se coloca na bexiga para sair a urina) através do colo do útero, que se enche o balão com soro fisiológico. A pressão daquele balão vai, de uma forma mecânica, provocar contrações e dilatação do colo do útero. Não é um procedimento muito frequentemente disponibilizado em Portugal.

Prostaglandinas (comprimidos orais ou vaginais ou gel vaginal): São medicamentos que provocam o amolecimento e dilatação do colo do útero e as contrações uterinas. Sabemos que durante as contrações há uma diminuição do fluxo sanguíneo para a placenta e este tipo de medicação tem o risco de provocar contrações muito frequentes, prolongadas e intensas. Caso o bebé comece a mostrar sinais não tranquilizadores poderá ser necessário fazer medicação para diminuir a frequência das contrações ou mesmo um parto instrumentado ou cesariana (dependendo da fase do trabalho de parto em que se encontre). Como todos os medicamentos, devem ser ponderados os riscos e os benefícios. Apenas devem ser administradas prostaglandinas para induzir o parto se houver um motivo válido que supere estes riscos.

Ocitocina sintética (medicamento no soro): a ocitocina geralmente é usada para acelerar o parto ou para induzir quando o colo do útero já está muito maduro (quase a entrar em trabalho de parto). A dose de ocitocina pode ser aumentada gradualmente (ou diminuída) para se ir controlando a frequência das contrações e o seu efeito nos batimentos cardíacos do bebé. Em alguns hospitais é administrada ocitocina por rotina, muitas vezes sem o aviso prévio e consentimento da grávida. É o chamado “vamos pôr só um sorinho para ajudar”.

Nunca se esqueça, não lhe pode ser administrado nenhum fármaco sem o seu consentimento prévio.



Para reflexão: *Que intervenções gostaria que fossem feitas, ou não fossem feitas, durante o meu trabalho de parto? Gostaria que me informassem dos procedimentos que se vão realizando previamente?*

Antibiótico: Por vezes, durante o trabalho de parto, os profissionais recomendam administrar antibiótico por via endovenosa (pelas veias) para prevenir infecções. Os protocolos variam de hospital para hospital. Os motivos mais frequentemente indicados nos protocolos são o trabalho de parto prolongado (mais de 12 ou 18 horas), especialmente se a bolsa estiver rota, e na presença da bactéria Streptococcus B na vagina/recto da grávida.

Para reflexão: *Em que situações pretende que lhe seja administrado antibiótico?*

Mobilidade: Há provas do benefício na mobilidade e verticalidade da parturiente para o desenrolar do trabalho de parto: enquanto ela desejar ou conseguir fazê-lo. Deve adotar as posições que lhe forem sendo mais confortáveis (sentada, deitada de lado, de gatas, de cócoras, de joelhos, de pé...).

Para reflexão: *Gostaria de mudar de posição durante o trabalho de parto, caminhar ou permanecer na cama?*

Monitorização fetal: Serve para avaliar os batimentos cardíacos do bebé e avaliar o seu bem-estar durante o trabalho de parto. Pode ser feito com recurso a um doppler portátil (em que de x em x tempo o profissional ouve o coração do bebé, que é chamada a monitorização intermitente) ou cardiotocógrafo (vulgo CTG, em que fica com o aparelho preso por umas cintas na sua barriga e vai sendo registado continuamente o batimento cardíaco do bebé e as suas contracções uterinas, que é chamada a monitorização contínua). Existem cardiotocógrafos com fios ou sem fios, sendo que estes últimos facilitam a mobilização da grávida e permitem que se afaste alguns metros da cama. Alguns são mesmo impermeáveis e permitem a imersão em água durante o trabalho de parto.

A monitorização também pode ser interna, colocando um eléctrodo na cabecinha do bebé. Normalmente é feito este tipo de monitorização quando não se consegue ouvir bem os batimentos através da barriga e a bolsa já está rota.

Alguns serviços não têm profissionais suficientes para garantir a monitorização intermitente (que implica a disponibilidade de 1 profissional para 1 parturiente), por isso se desejar este tipo de monitorização convém perguntar se a garantem e caso nesse local não seja possível, ter tempo de procurar um local mais adequado às suas preferências.



Para reflexão: Como gostaria que fosse feita a monitorização do meu bebé?

Exames e análises: Durante o trabalho de parto poderão ser recomendados certos exames (p.e. toque vaginal) para verificar a progressão do trabalho de parto e análises sanguíneas (p.e., no caso de bolsa rota há várias horas para avaliar sinais de infeção).

Em meio hospitalar, habitualmente é realizado o toque vaginal na admissão, para ver se a grávida já se encontra na fase activa do trabalho de parto ou se está na fase latente e beneficia de não ficar já internada. É nesta altura que por vezes é feito o descolamento de membranas, nem sempre com aviso prévio.

Depois, ao longo do trabalho de parto, os **toques vaginais** podem ser realizados de uma forma rotineira de x em x horas para avaliar a progressão do trabalho de parto. Também podem ser realizados menos frequentemente, com maior intervalo entre avaliações, ou apenas quando houver suspeita de que algo possa não estar bem. Os toques vaginais podem ser desconfortáveis ou dolorosos, e sabe-se que quantos mais toques vaginais forem realizados, maior o risco de infeção. Antes de autorizar a realização de um toque vaginal (sim, porque tem o direito de recusar), pode perguntar ao profissional se essa avaliação vai trazer alguma informação útil para o seu caso ou se é apenas “para saber”. Por vezes é a própria grávida que se sente mais confiante se forem realizados toques vaginais com frequência.

A Organização Mundial de Saúde refere que, não havendo nenhuma intercorrência no trabalho de parto, a avaliação da progressão de trabalho de parto pode ser feita por toque vaginal de 4 em 4 horas (e não a cada hora, como é hábito em algumas instituições).

Sabemos que é possível acontecerem partos em que não foi realizado nenhuma vez o toque vaginal. Além dos toques vaginais, existem outras formas de avaliar a progressão do trabalho de parto, como p.e. a capacidade de conversação da parturiente, o seu comportamento, o tom de voz dos seus vocalizes ou a descida da posição onde se ouvem melhor os batimentos do bebé. Pode conversar com o seu cuidador ou agendar uma reunião com a/o EESMO-chefe da instituição escolhida e verificar quais são os indicadores que eles mais usam.

Para reflexão: Como gostaria que avaliassem a progressão do trabalho de parto? Que outros exames gostaria que me fossem feitos (ou não) durante o trabalho de parto?

Opções de alívio da dor: As sensações no trabalho de parto variam de mulher para mulher e dependem da fase do trabalho de parto e da posição adotada. Há porém, vários métodos possíveis de aplicar para reduzir o desconforto durante a contração. Existem meios não farmacológicos e meios farmacológicos.

As estratégias não-farmacológicas de alívio da dor podem ser: técnicas de relaxamento (por exemplo a respiração, meditação e visualização), hidroterapia (duche, imersão em água), massagens, sacos de sementes ou sacos de água quente/fria, TENS (neuroestimulação elétrica transcutânea; geralmente não disponível nas instituições portuguesas), etc. Têm a vantagem de poderem ser interrompidos/retomados sempre que a parturiente deseje e geralmente não têm contra-indicações.

Os métodos farmacológicos para alívio da dor são o recurso a drogas que podem ser administradas por diferentes vias: oral, endovenosa, intramuscular, inalatória (óxido nítrico, geralmente não disponível nas instituições portuguesas) e ainda num espaço da nossa coluna (vulgarmente conhecida por epidural). Estes medicamentos podem ter repercussões no decorrer do trabalho de parto. Com a epidural (ou outras técnicas semelhantes) é necessário haver a perfusão de um soro pela veia, o esvaziamento da bexiga sempre que a mulher não o consiga fazer sozinha (algumas vezes opta-se por colocar uma sonda a tempo inteiro para retirar a urina da bexiga - algaliação - e outras vezes retira-se a urina só de vez em quando - sonda) e ainda a administração de ocitocina sintética para tornar as contrações mais eficazes e frequentes (uma vez que com a epidural elas tendem a diminuir ou até desaparecer).

Pode e deve abordar os seus prestadores de cuidados com as suas dúvidas quanto aos métodos disponíveis e forma de actuação.

Para reflexão: *Que métodos de alívio da dor gostaria de utilizar? Quero que me ofereçam ou prefiro ser eu a pedir se necessitar?*

Período Expulsivo: O período expulsivo corresponde ao tempo entre a dilatação completa do colo e o nascimento do bebé. Poderá demorar algum tempo (minutos a horas) desde a dilatação completa até que a mulher sinta vontade de fazer força. Nesta altura o bem-estar do bebé continua a ser vigiado e, se a avaliação estiver tranquilizadora, não é obrigatório acelerar o processo.

Durante o período expulsivo a grávida pode adoptar a **posição** em que se sinta mais confortável. Contudo, na maioria dos hospitais, é frequente ser-lhe recomendada (ou até imposta) a posição de litotomia (deitada com as pernas numas perneiras). Esta posição tem muitas desvantagens. É importante reflectir sobre isso e incluir a sua preferência no seu plano de parto.

Um procedimento, infelizmente, ainda frequentemente realizado no parto é a **episiotomia**¹, e muitas vezes sem as mulheres se aperceberem. Este procedimento também necessita do seu consentimento, ou seja, não o podem realizar se não o permitir! Os profissionais alegam que a

¹ É um corte no períneo (entre a vagina e o ânus) feito quando a cabeça do bebé está a começar a sair pela vagina.



episiotomia faz com que a expulsão do bebé seja mais rápida e a laceração da vagina seja menor. Contudo não existem estudos científicos que comprovem essas teorias e alguns estudos até mostram um aumento do risco de lacerações graves quando a episiotomia é realizada.

A expulsão pode ser calma, sem pressas e fazendo força só quando sentir vontade, ou então - se desejar - os profissionais podem dar indicações de quando fazer força e incentivá-la positivamente. Pode haver durante a saída da cabeça do bebé, suporte do períneo por parte do profissional que a acompanha, para prevenir lacerações. Contudo não há evidência científica que este apoio do períneo realmente impeça a ocorrência de lacerações. Sabemos por outro lado, que a manipulação do períneo em excesso pode levar a edema e maior fragilidade dos tecidos.

Para reflexão: *Como gostaria que fosse conduzido o período expulsivo? Gostaria que os profissionais a conduzissem no seu período expulsivo ou prefere realizar força quando sentir, sem indicação externa?*

Pós-parto imediato

Pele-a-pele: Imediatamente após o nascimento, se estiver tudo bem com a mãe e com o bebé, este pode ser colocado no peito nu da mãe. O contacto pele-a-pele promove a regularização da respiração, batimento cardíaco e a temperatura do bebé, além de promover o vínculo mãe-bebé.

O recém-nascido pode ser observado no colo da mãe e os procedimentos não-vitais podem ser adiados para depois.

Caso a mãe não possa fazer o contacto pele-a-pele, este pode ser feito pelo acompanhante.

Por vezes os bebés nascem com uma camada protetora que parece uma pomada branca, é o chamado vérnix. Se o desejar, este pode não ser removido (ele acabará por ser reabsorvido e enquanto isso protege o bebé). Por outro lado, se preferir, o bebé pode ser observado e limpo imediatamente após o parto e ir para junto de si após ser vestido.

Para reflexão: *Como gostaria que fossem os primeiros momentos do seu bebé?*

Clampeamento do cordão umbilical: O sangue que passa pelo cordão umbilical enquanto este pulsa é importante para o bebé: corresponde a até 1/3 do total do seu volume sanguíneo, ajuda a manter os níveis de oxigénio enquanto o bebé não estiver a respirar autonomamente e previne a anemia precoce do bebé.

O clampeamento e cortar do cordão pode ser realizado imediatamente após o parto ou após alguns minutos. Também pode aguardar que este pare de pulsar ou então apenas cortar após a saída da placenta (desde que não tenha hemorragia significativa).

Para reflexão: *Quando gostaria que fosse cortado o cordão umbilical do seu bebé? Por quem?*

Criopreservação de células estaminais: Neste documento não iremos reflectir sobre os eventuais benefícios da criopreservação de células estaminais. Aconselhamos que se informe para saber se realmente pretende adquirir esse serviço.

O sangue que for colhido para criopreservação é sangue que potencialmente podia ter sido transferido para a circulação do recém-nascido caso se optasse pelo clampeamento tardio do cordão umbilical. Além disso, recolha não garante a viabilidade do sangue coletado ou sequer que este venha a poder ser utilizado com sucesso.

Caso decida fazer a criopreservação das células estaminais do sangue do cordão umbilical, deve então refletir: “ao fazer a criopreservação de células estaminais vou poder fazer o clameamento tardio do cordão umbilical?”

O volume de sangue colhido para a criopreservação vai depender do momento em que for clampado o cordão umbilical, ou seja, para conseguir um grande volume de sangue criopreservado terá que clampar o cordão umbilical imediatamente após o bebé nascer.

Fazendo o clameamento tardio, existem alguns truques para se conseguir mesmo assim algum volume de sangue (por exemplo, elevar a placenta para que pelo efeito da força da gravidade saia mais sangue pelo cordão). Contudo, nunca será a mesma quantidade de sangue coletado quando o clameamento é imediato e pode não ser o suficiente para a criopreservação.

Sabemos que existem algumas empresas internacionais que já se preocupam com este facto e que desenvolveram técnicas de criopreservação que implicam um menor volume de sangue, possibilitando o clameamento tardio do cordão. Por outro lado, também existe a possibilidade de criopreservar o próprio tecido do cordão umbilical (contudo não são procedimentos equivalentes) e a colheita deste não será influenciado pelo clampar tardio do mesmo.

Fazer a criopreservação de células estaminais é uma decisão de cada casal mas devem ser ponderados os seus benefícios e consequências.

Para reflexão: *Gostaria de fazer colheita de sangue do cordão para células estaminais?*

Placenta: Após o nascimento do bebé, aguarda-se a dequitação (o nascimento da placenta). É a terceira fase do trabalho de parto e pode ocorrer entre poucos minutos até algumas horas.

Pode aguardar a expulsão espontânea da placenta, vigiando a hemorragia, ou pode aceitar a realização de intervenções para abreviar este período.

É benéfico o bebé mamar na primeira hora de vida por diversas razões, quer relativas à mãe quer ao bebé. A amamentação ajuda o útero da mãe a contrair, diminuindo a hemorragia após o parto, facilitando a saída da placenta e o regresso do útero ao seu tamanho normal.

Se a mulher adoptar posições verticais também poderá ajudar na expulsão da placenta.

Na maioria dos hospitais é sugerida a administração de ocitocina sintética pois ela ajuda à contração do útero e à redução do risco de hemorragia pós-parto. Mesmo que ainda não tenha clampado o cordão umbilical do bebé, poderá ser administrada a ocitocina para prevenir a hemorragia.

Outro procedimento às vezes realizado é a massagem uterina (através da sua barriga) e uma tracção cuidadosa do cordão umbilical. Estes procedimentos por vezes são desconfortáveis e



nem sempre necessários. Mas se estiver com uma hemorragia significativa irão massajar o seu útero para ajudá-lo a contrair para parar de sangrar.

Após a saída da placenta, habitualmente ela será descartada com os restantes materiais biológicos do hospital. Ou então poderá observá-la, fotografá-la, fazer uma impressão dela em papel, ou até ficar com ela (devidamente acondicionada num saco estéril colocado num saco térmico para sair no próprio dia). Para a impressão num papel e a poder trazer para casa, informe-se previamente que o hospital onde está o permite.

Para reflexão: *Quais as intervenções que gostava que fossem realizadas para sair a placenta? Qual será o destino da placenta?*

Amamentação: O leite materno é o alimento mais completo e ajustado ao bebé, dando-lhe não só nutrientes mas também enzimas e anticorpos que o ajudam a prosperar. A amamentação é um fenómeno intuitivo mas que requer alguma aprendizagem, tanto da parte da mãe como do bebé: peça ajuda de uma Conselheira em Aleitamento Materno – muitas das enfermeiras já têm esta certificação² – para resolver questões relacionadas com o sucesso da amamentação. Aconselhamos também a consulta de www.e-lactancia.org para o caso de ter dúvidas sobre a compatibilidade de medicação que esteja/tenha que tomar durante a amamentação. Caso a mãe não consiga ou não pretenda amamentar ou dar do seu leite, poderá também recorrer a bancos de leite doado ou a leite artificial aconselhado pelo neonatologista/pediatra.

Caso pretenda e possa amamentar, há estudos que demonstram benefício em que a amamentação se inicie na primeira hora de vida do bebé. Poderá tentar que o seu bebé, após o parto, ao ser colocado no seu peito procure a mama e inicie espontaneamente a amamentação (*breast crawl*).

Sabemos também que por vezes o uso de biberão, chupetas ou bicos de silicone leva a confusão do bebé no tipo de sucção. Se não for possível a amamentação podem ser usados outros métodos para dar leite materno ao bebé, tais como: sonda SNS (*supplemental nursing system*), colher, conta-gotas, seringa ou um copinho.

Para reflexão: *Gostaria de amamentar? Quando gostaria de começar? Quero que seja oferecido ao meu bebé biberão, chupetas ou bicos de silicone?*

² P.e., curso criado pela OMS/Unicef e ministrado em Portugal por várias entidades.



Procedimentos ao recém-nascido

Vitamina K: A vitamina K é importante para a coagulação normal do sangue e sabemos que os bebés têm défice dela após o parto e que o leite materno não é especialmente rico nesta vitamina.

A administração de vitamina K foi implementada por ainda não se saber a razão específica e o que pode prevenir a 100% a doença hemorrágica que ocorre tanto em adultos como nos bebés. A percentagem de esta doença ocorrer é baixa. Assim, a OMS aconselha a administração de vitamina K sobretudo nos países subdesenvolvidos. Contudo, há bebés que mesmo após a administração desenvolvem esta doença.

Há ainda teóricos que questionam esta situação porque: se o leite materno e o próprio bebé têm carência de vitamina K não será por uma razão específica? Será que com esta administração não estamos a provocar/alterar algo em idade mais avançada da criança/adulto? Ainda não há estudos sobre isto.

Na falta de melhor continua-se a protocolar a administração de vitamina K (injecção em toma única ou várias doses de gotas orais). Os riscos e benefícios de cada via de administração são diferentes. A injeção por um lado leva a um efeito mais rápido mas será mais desconfortável para o bebé. As gotas orais serão menos incómodas mas demoram mais tempo a fazer efeito e a probabilidade de falha (por esquecimento) em completar a administração é maior.

As injeções aos bebés podem ser dadas com eles ao colo da mãe ou do acompanhante, para tentar diminuir o seu desconforto.

Para reflexão: *Gostaria que fosse administrada vitamina K ao meu bebé? Por que via?*

Vacinas: Em Portugal, a vacinação é recomendada mas não obrigatória. Após o nascimento é recomendada pela Direção Geral de Saúde a vacina da Hepatite B a todos os recém-nascidos.

Tal como a injeção da vitamina K, esta também pode ser administrada com o bebé ao colo da mãe ou do acompanhante.

Algumas famílias optam por adiar a vacinação dos seus bebés.

Para reflexão: *Gostaria que fossem administradas vacinas ao meu bebé?*



Colírio/pomada para a conjuntivite gonocócica: Ao passar pelo canal vaginal, se a mãe tiver uma infecção por gonorreia, o bebé pode ficar infetado com conjuntivite gonocócica, que pode provocar em último caso, a cegueira.

Para prevenção, costuma ser administrada uma pomada ou colírio nos olhos do bebé para matar esta bactéria imediatamente após o parto. A sua aplicação possivelmente causa desconforto e dificulta a visão do recém-nascido nas primeiras horas, podendo prejudicar a criação de vínculo entre o bebé e a mãe.

Se o bebé não nascer por via vaginal, a sua administração ao nascer pode ser evitável. Além disso, esta administração por rotina tem sido posta em causa por sociedades internacionais de Pediatria. Consideram que poderá ser mais benéfico fazer a pesquisa da infecção na mãe e tratar a mãe caso necessário, em vez de dar antibiótico a todos os bebés. Contudo ainda não existem recomendações oficiais para fazer este teste por rotina às grávidas.

Informe-se sobre o risco de ter esta bactéria e da probabilidade de transmissão e decida se pretende que seja administrada ao seu bebé.

Para reflexão: *Gostaria que fosse administrado antibiótico ocular ao meu bebé?*

Em caso de cesariana (exceto cesarianas de emergência)

Há situações que por vezes são encaminhadas para cirurgia cesariana, por opção da mãe ou de forma a salvaguardar a vida da mãe e do bebé. Ainda assim, nestes casos também é recomendável elaborar um Plano de Parto pois há pequenos detalhes que podem ser implementados sem detrimento da segurança mas que trazem conforto e qualidade emocional ao momento. Algumas sugestões são:

Acompanhante: Tal como citado no ponto “Acompanhante”, pode ser importante para a mulher sentir-se acompanhada pelo seu parceiro e para este, sentir-se incluído no momento do nascimento. Se possível e desejado por si, pode pedir também um acompanhante extra, que possa registar imagens ou vídeo dos momentos-chave.

Anestesia: Há duas opções possíveis, a anestesia epidural e a anestesia geral. Na primeira, a mulher está acordada e consciente do processo, enquanto na segunda a mulher está adormecida e conseqüentemente, ausente do processo. Geralmente esta última só se dá em casos de emergência, na impossibilidade de ser administrada a epidural, ou ainda se for pedido pela parturiente.

Restrição de movimentos: Muitas vezes o protocolo de uma cesariana implica prender os braços da mulher à marquesa, pois a anestesia pode causar tremor durante o procedimento ou retirar o controlo dos membros, que podem deslizar e cair da marquesa (podendo provocar lesões). Porém, geralmente isto não acontece. Pode então pedir-se que este procedimento seja feito apenas em caso de necessidade. A canalização das veias poderá estar no braço secundário e a braçadeira da pressão arterial no outro braço, podendo esta última ser desligada temporariamente, se tudo estiver estável, quando o bebé é colocado no peito da mãe. Os elétrodos do ECG também podem ser colocados nas costas/ombros para manter o peito livre. Tal permite que o braço principal esteja livre quando o bebé for apresentado à mãe e esta lhe possa tocar/pegar sem tanta dificuldade ou interferências.

Relato em simultâneo: Visto que a mulher terá um campo cirúrgico à sua frente, uma forma de integrar a mulher no decorrer do processo é alguém da equipa médica ir descrevendo o que se passa.

Música: Poder ter música ambiente escolhida previamente pela mãe é também um factor de conforto. Pode pedir para ouvir música se a instituição tiver um rádio (ou se lhe permitir levar o seu).



Extração: Pode pedir ao médico que a extração do bebé seja feita de forma lenta e sem movimentos bruscos. Está descrita uma técnica (chamada *Natural Caesarean*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613254/>) em que após a saída da cabeça do bebé é-lhe permitido começar a respirar, enquanto o resto do corpo ainda está dentro do útero e ligado à placenta. Pensa-se que este método poderá ajudar a mimetizar a pressão sentida num parto vaginal para expelir o líquido pulmonar. Nessa altura, pode pedir que o campo cirúrgico seja rebaixado para poder observar o nascimento do seu bebé. Algumas equipas encontram-se a desenvolver técnicas para permitir que seja mesmo a parturiente a puxar o bebé para fora do útero, depois do cirurgião extrair a cabecinha. Depois do nascimento do bebé e de este ser retirado do campo operatório, pode também ter-se o cuidado de evitar a exposição a luzes muito fortes e diretas à face do bebé.

Clampeamento do cordão umbilical: Também numa cesariana já se consegue adiar o corte do cordão, inclusivé até que este pare de pulsar, com todos os benefícios que isso traz ao bebé (para prevenir o risco de hemorragia da mãe é-lhe administrada ocitocina por rotina na cesariana). Acreditamos que é possível (e temos conhecimento que já aconteceu em algumas cesarianas), caso o acompanhante se sinta capaz de se aproximar mais da cirurgia, que o clampeamento do cordão seja feito por ele. Implica, claro, alguma flexibilidade na organização da equipa do bloco operatório, mas não será impossível com alguns ajustes na rotina da cesariana.

Placenta: Da mesma forma que num nascimento vaginal, é possível pedir para observar, registar e mesmo ficar com a placenta.

Microbiota: Estudos mostram que colocando o bebé em contacto com um esfregaço vaginal da sua mãe dá-lhe a mesma colonização que teria num parto vaginal, com todas as vantagens que este teria. Contudo este ainda é um assunto controverso, não estando ainda esclarecidos os hipotéticos riscos que possa ter. Informe-se e tome uma decisão consciente, a decisão será sempre sua.

Pele-a-pele: Assim como no parto vaginal, também na cesariana o bebé beneficia do contacto imediato com a pele da progenitora, ou na sua impossibilidade, com o parceiro, se este quiser. Apesar do bloco operatório ser um local mais frio pode-se facilitar o pele-a-pele usando uma manta para cobrir o bebé e a mãe, e por cima desta, se se achar necessário, ainda uma camada de plástico de bolhas de ar. As observações ao bebé, no caso de estar tudo normal, podem ser efetuadas no peito da mãe e os procedimentos não-essenciais, adiados.

Recuperação conjunta: Se a mãe e o bebé estiverem aptos podem ser mantidos juntos no recobro, assim como ao acompanhante, para ajudar na amamentação e no vínculo afectivo.

Questões para o Plano de Parto no Domicílio

Quando se planeia um parto em casa, o Plano de Parto não é geralmente a primeira coisa que se imagina que se irá precisar. No entanto, tal como para um parto hospitalar, o plano de preferências de parto ajuda o casal e o profissional que os vai acompanhar (enfermeiro(a) obstetra/parteiro(a) ou médico(a) obstetra) a saber quais as expectativas do casal (o que é importante para eles), e a metodologia do profissional (por exemplo, qual o tipo de assistência ou o material que traz consigo), e faz com que várias coisas sejam faladas antes, e não apenas se, ou quando surgirem.

O parto no domicílio (também conhecido como parto em casa) é uma opção legal³ de tipo de parto em Portugal, e as evidências científicas mostram que este é seguro em gestações de baixo risco. No entanto, em Portugal o parto em casa ainda não está regulado, ou seja, não há critérios que guiem os casais que o escolham, ou os profissionais que o praticam.

Tal como no parto hospitalar, a mulher/casal deve reflectir sobre o seu plano de parto e sobre que profissional⁴ quer que a assista. O parto domiciliário pode e deve ser adaptado à vontade e necessidade de cada mulher/casal respeitando a sua individualidade e estilo de vida. Assim a APDMGP organizou algumas questões que poderá colocar ao profissional que a vai assistir, bem como alguns outros tópicos para reflexão.

O Profissional de Saúde

Cabe aos pais a escolha do profissional de saúde que querem que os assista. Embora não haja ainda uma listagem pública oficial dos profissionais que assistem ao parto no domicílio, alguns contactos e informação podem ser encontrados online, em blogues, fóruns e grupos sociais, ou contactando associações de Doulas no País. Pode também consultar a plataforma BirthAdvisor (disponível em www.birthadvisor.pt) onde encontrará avaliações de utentes que tiveram um parto no domicílio e contactos de profissionais que assistiram esses partos.

Da mesma forma que no planeamento de um parto hospitalar deve visitar várias maternidades e conhecer testemunhos de quem tenha tido o seu parto em determinada instituição, no caso de um parto no domicílio, poderá pedir referências ou credenciais (cartão da

³ O direito à escolha do local de nascimento é uma das vertentes do direito ao respeito pela vida privada e familiar. O Art. 8º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem consagra-o, assim como a não-ingerência da autoridade pública no exercício daquele. Com o caso TERNOVSZKY vs HUNGRIA (2010), o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos reconheceu que as decisões acerca do nascimento fazem parte integrante do direito à vida privada. Em Portugal, estas normas internacionais são aplicadas no território nacional por imperativo constitucional dos tratados assinados da União Europeia.

⁴ P.e., dois dos profissionais de saúde acreditados para o fazer são os *Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica*, (inscritos na Ordem dos Enfermeiros), de acordo com o parecer nº31/2013 da Ordem dos Enfermeiros; e os Médicos da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia (inscritos na Ordem dos Médicos).



respectiva ordem profissional) à equipa/profissional que está a pensar contratar e assim falar com outros casais que conheçam o seu trabalho.

A melhor maneira de conseguir o parto pretendido é contratar à partida um profissional de saúde cuja filosofia e forma de agir esteja próxima daquilo que a grávida e/ou o casal quer para o seu parto.

Convém haver uma conversa prévia com a/o profissional para ambas as partes se conhecerem, trocarem ideias ou até verem se há empatia mútua. É muito importante que a grávida e/ou o casal faça as perguntas certas, para garantir a maior clareza possível no que diz respeito ao serviço que vão receber do profissional. Quanto mais definidas estiverem as coisas, melhor será para ambas as partes. Na caixa de texto da página seguinte está uma lista de questões que pode ser útil neste sentido, nos primeiros encontros com o profissional, para decidir se será o indicado para si. São apenas exemplos do que pode ser importante saber sobre o profissional que se está a contratar. Pode (e deve-se) acrescentar ainda o que fizer sentido para cada família, pois esta terá necessidades específicas. Posteriormente deve também elaborar um plano de parto, nos mesmos moldes que o plano de parto hospitalar, e ir conversando com o profissional que escolheu sobre ele. Só assim compreenderá se as suas preferências serão respeitadas ou se ficam fora dos limites colocados pelo profissional no seu atendimento.

Aceitando o serviço prestado, é recomendado que seja feito um **contrato** assinado por ambas as partes em que os termos e condições fiquem claros e acordados. Possivelmente o profissional já terá um modelo de documento neste sentido, mas este poderá sempre ser personalizado tendo também em conta as preferências do casal.

Os tópicos que consideramos serem fundamentais no contrato são: nome e contactos da equipa/profissional ou profissionais (e, se existir, até do profissional de *backup*), data provável do parto e período em que o profissional ficará disponível para si, plano de pagamento, nº de consultas de seguimento incluídas antes e depois do parto. Alguns profissionais colocam também no contrato informação relativa a deveres do casal, por exemplo, que o casal se compromete a tomar em consideração a opinião do profissional e pedir esclarecimentos sempre que achar necessários, a agir de boa fé e com honestidade nas informações prestadas e não ocultar informação clínica que considere importante para o bom acompanhamento por parte do profissional.

Várias organizações recomendam que o parto no domicílio seja acompanhado por uma equipa de no mínimo dois profissionais. Contudo, em Portugal, há alguns profissionais que optam por trabalhar sozinhos. O facto de existir mais um par de mãos para ajudar uma vez que o bebé nasça, ou no caso de algo se desviar do normal, é uma mais valia para a mulher.



Questões para colocar ao Profissional que assistirá ao Parto Domiciliar:

1. Porque decidiu ser parteira/o (e/ou obstetra)? Qual a sua filosofia em relação à gravidez e ao parto?
2. Há quanto tempo trabalha nesta profissão? A quantos partos já acompanhou como profissional? E no domicílio?
3. Tem habilitações para acompanhar partos em Portugal?
4. Trabalha em equipa? Por quem é constituída? Quantas pessoas estarão no parto?
5. Tem um/a colega de "backup" no caso de estar indisponível? Quando posso conhecê-lo/a?
6. A quantos quilómetros da minha casa está sediada/o? Em que intervalo de tempo (mínimo e máximo) garante estar em minha casa, depois de chamada?
7. Quantos partos aceita por mês? Qual o intervalo de tempo que aceita entre as DPP de cada cliente?
8. Tem mais algum parto para próximo da minha data prevista do parto?
9. Já alguma vez não chegou a tempo a algum parto? O que aconteceu?
10. Quanto cobra pelos seus serviços? O que inclui o serviço? Qual o acompanhamento na gravidez, no parto e no pós-parto?
11. Aceita planos de pagamento? Estabelece data limite para o total ser pago?
12. Qual a sua política de reembolso? Como funciona se decidirmos mudar de profissional durante a gravidez?
13. Está confortável com o facto de outros familiares ou amigos estarem presentes? P.e. o(s) meu(s) filho(s) mais velho(s).
14. Que equipamento traz para o parto?
15. Que material recomenda que se tenha em casa para o parto?
16. Tem experiência com imersão e parto na água? A quantos partos na água já assistiu?
17. Como avalia o bem-estar fetal do bebé durante o trabalho de parto?
18. Que intervenções sente necessidade de realizar durante o trabalho de parto e parto? (P.e., Toques?)
19. Se o trabalho de parto tiver paragens, ou for muito lento como é o acompanhamento? (a partir de que intervalo de tempo considera que o parto está a ser prolongado?)
20. Se eu ficar muito cansada e/ou não conseguir lidar com as contracções, que métodos e estratégias pode vir a propor-me?
21. Pode esclarecer-me sobre intercorrências possíveis do trabalho de parto (descobrimos que o bebé está pélvico no período expulsivo, distócia de ombros, hemorragia pós-parto ou necessidade de reanimação neonatal), como poderão ser prevenidas /resolvidas? Tem experiência na assistência a estas situações?
22. Como procede se durante a vigilância da gravidez o bebé se mantiver pélvico? Como procede se durante o trabalho de parto descobrir que o bebé está pélvico?
23. Em que circunstâncias é que eu seria considerada de alto risco e não poderia parir em casa?
24. Em que situações toma a decisão de transferência para o hospital? Acompanha a parturiente?
25. Já alguma vez transferiu alguém para o hospital? O que aconteceu?
26. A partir de e até que semana de gravidez é que pode ser a minha parteira / o meu parteiro?
27. Como fica o seguimento se eu passar dessa data?
28. Como avalia o bem-estar do bebé e da mãe depois do parto?
29. Passa certidão de nascimento para efeitos do registo da criança?
30. Por que via prefere ser contactada/o? (telefone, email, sms)

Procedimentos

Enquanto no parto hospitalar, o Plano de Parto se centra muito nos protocolos hospitalares e nos procedimentos médicos e no que a mulher e/ou casal não quer que lhe seja feito/administrado, no Parto em Casa isso não está tanto em causa. Assim o foco pode ser mais no ambiente em que o parto se vai desenrolar e nos detalhes, para maximizar as hipóteses do parto decorrer da forma idealizada pela Mulher e/ou casal.



Tendo sempre em conta que o parto pode seguir vários caminhos, e que apenas nessa altura a parturiente se confrontará com as opções a tomar, no parto domiciliado está implícito que a Mulher terá mais liberdade para o fazer, dada a ausência de protocolos e rotinas rígidos. Convém, mesmo assim, abordar o profissional sobre o Plano de Parto elaborado para verificar se há algum ponto com o qual discordem e, nesse caso, pedir-lhe que proponha uma alternativa.

Sugestões para reflexão e/ou inclusão no Plano de parto

Alguns destes tópicos já foram referidos com algum detalhe em capítulos anteriores deste documento, mas não podíamos deixar de referir que também são opções importantes a reflectir e incluir no plano de um parto no domicílio.

- Quando deseja que a equipa assistente chegue (por exemplo, assim que o trabalho de parto tiver início; assim que o trabalho de parto estiver bem estabelecido, etc).
- Quem estará (ou quem quer que se chame) durante o trabalho de parto. No caso de haver filhos mais velhos menores, quem ficará responsável por eles caso não desejem estar sempre no local.
- Tipo de assistência por parte dos profissionais: mais ativos e presentes (indicações de posição, respiração, puxos dirigidos), ou mais na retaguarda e “invisíveis” (suporte presencial).
- Reflectir sobre as intercorrências que podem surgir no parto, sobre as várias opções e seus riscos (por exemplo, distócia de ombros, hemorragia pós-parto ou necessidade de reanimação neonatal).
- O que comer/beber durante o trabalho de parto e quem se encarregará de preparar e oferecer esses alimentos (perguntar ao profissional se recomenda evitar/encorajar a ingestão de algum alimento em especial)
- Em que divisão da casa querará montar o “material do parto”. Não é obrigatório manter-se sempre no mesmo local, mas é só para se verificarem detalhes, como por exemplo a colocação de piscina de parto e mangueiras, resguardos, almofadas, toalhas, etc.
- Tipo de ambiente desejado: luz ou penumbra, música ou silêncio, aromaterapia ou neutralidade de odores... (por exemplo, ter os telemóveis no silêncio e minimizar o ruído de conversas).
- O tipo de material que acha que vai querer durante o t.p.: bola de pilates, piscina de parto, duche, lençol para suspensão vertical, sacos de água quente ou de sementes (geralmente o profissional também tem uma lista de material que recomenda terem em casa para o parto)



- Se quer ou não que se registre visualmente o trabalho de parto e parto (por profissional de fotografia ou pelos intervenientes)
- Se pretende uma monitorização da evolução do colo uterino mais frequente (com toques vaginais).
- Se pretende uma avaliação da evolução do trabalho de parto mais directa e/ou frequente (com a monitorização da evolução do colo uterino, i.e., toques vaginais); ou por outro lado, uma abordagem mais indirecta e com menos recurso a toques (observação de outros sinais de progressão do trabalho de parto).
- Tentar métodos de alívio da dor como massagens ou compressão de pontos nevrálgicos, compressas de água fria/quente.
- Se pretende apoio perineal durante o expulsivo (lubrificação, suporte físico); o que acontece no caso de ocorrer uma laceração: o profissional sutura? com aplicação de anestesia local?
- Como pretende que seja conduzido o período expulsivo: puxos dirigidos ou espontâneos.
- Quem quer que se avise após o bebé ter nascido (pode fazer previamente uma lista de contactos)
- Corte do cordão umbilical: aguardar x tempo / aguardar até parar de pulsar / aguardar até o cordão ficar branco / aguardar até à dequitação
- Dequitação: qual o tempo limite que considera limite para a expulsão da placenta? Se houver hemorragia, o que faz? Se a placenta não sair livremente, o que faz?
- Que destino pretendem dar à placenta?
- Procedimentos ao recém-nascido: contacto pele-a-pele imediato e observação no colo da mãe. Em que momento quer que seja pesado? Injecção de vitamina K? Limpeza do vérnix?

Referências sobre plano de parto no domicílio:

<http://www.organicbabyatlanta.com/how-to-write-a-birth-plan-for-a-home-birth/>

<http://www.homebirth.org.uk/plan.htm>

Sobre a segurança do parto domiciliar:

<http://estudamelania.blogspot.pt/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html>

Sobre o caso TERNOVSZKY vs HUNGRIA (2010): <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102254>

Em caso de perda gestacional ou morte perinatal

Esta secção do plano de parto foi colocada de forma a dar enquadramento às situações em que, por situações conhecidas ou inesperadas, a gravidez se torna inviável e ocorre perda gestacional. Por vezes também complicações no parto ou no pós-parto resultam na morte do recém-nascido.

Diz-se que, em média, 25% das gravidezes não evoluem. Apesar de ser um tema que raramente é falado abertamente, isto significa que acontece a 1 em cada 4 gravidezes (embora quanto mais avançada estiver a gravidez, menor é a hipótese de ocorrer). Por outro lado, felizmente, no nosso país, a mortalidade perinatal é das mais baixas do Mundo, ocorrendo 3-4 casos por cada 1000 nascimentos.

Independentemente da razão – muitas vezes desconhecida – que leve a esta situação, ela significa, na maioria das vezes, um grande choque para a mulher/casal que aguardava/m a chegada de um novo membro da família. Quanto maior a expectativa e o planeamento dessa gravidez, maior o impacto terá o sucedido na vivência da família. Seja uma perda precoce ou tardia, é a perda não só de um estado de graça mas também de um bebé, do que seria um novo filho.

Estas situações não devem ser abordadas apenas de forma racional, mas tendo em conta também o lado emocional e espiritual da família atingida. Infelizmente hoje há ainda muito poucos profissionais com formação adequada e específica para lidar com estes casos. Tanto na comunicação com a mulher/família, como nos procedimentos, a mulher/família sente-se por vezes abandonada e sem saber quais as suas opções.

A mulher/família pode querer saber ao certo o que aconteceu ou por outro lado, não querer falar do assunto: a opção escolhida deverá ser respeitada.

A partir do momento em que se sabe desta situação, a mulher/família pode pedir para ser encaminhada para o serviço de apoio psicológico da instituição, ou ser referenciada para outro local caso esse apoio não exista onde está a ser seguida. Por vezes, esse apoio continua ou é aconselhável que seja recomeçado, aquando de uma gravidez seguinte, pois vai remexer com muitas das emoções passadas.



Para reflexão: Quero receber informação detalhada acerca do meu caso clínico? Quero ser encaminhada para apoio psicológico?

Caso tenha a infelicidade de ter uma perda gestacional, pode pedir para não estar internada num lugar onde se encontrem outras grávidas ou puérperas com recém-nascidos. Pode também questionar quais as opções disponíveis para a resolução da situação, quais os riscos de cada uma e quais os benefícios. As opções poderão ser aguardar a expulsão espontânea, induzir com medicamentos a expulsão ou submeter-se a uma aspiração ou curetagem (raspagem) uterina (esta última opção, caso se trate de uma perda gestacional do 1º trimestre de gravidez).

Não precisa de decidir imediatamente o que irá escolher, nem tem que tomar esta decisão sozinha. Se não houver uma emergência médica que o justifique, pode escolher aguardar umas horas ou dias para se consciencializar da situação e fazer a sua escolha.

Para reflexão: Quais são as hipóteses que tenho disponíveis e que riscos/vantagens poderão ter? quero tudo feito imediatamente ou quero aguardar?

Após a expulsão do feto/bebé a mulher pode escolher vê-lo ou não. Poderá ser benéfico para o luto da mulher existir contacto com o feto, para materializar a situação. Muitas das mulheres relatam que meses após a perda, se sentem gratas por terem sido encorajadas a pegar no seu bebé e despedirem-se dele. Por outro lado, algumas que rejeitaram essa hipótese (ou lhes foi negada), sentem-se a longo prazo arrependidas ou frustradas por não o terem feito. Mas a decisão deve caber sempre à mulher e ela deve ser apoiada no que escolher.

Pode pedir que sejam tiradas fotografias ao bebé, pode cortar uma madeixa do seu cabelo, o coto umbilical ou fazer a impressão das suas mãos e pés com tinta ou massa de moldar. Isto são tudo ações simples e passíveis de serem realizadas nos serviços institucionais que podem ajudar a família a despedir-se do bebé.

Para reflexão: quero ver e pegar no meu bebé? Desejo ficar com recordações do bebé?

Caso a perda gestacional ocorra no 1º trimestre de gravidez, habitualmente não é feito nenhum exame de anatomia patológica (excepto em casos específicos). Contudo, a partir do 2º trimestre é habitual ser feito exame anatomo-patológico para tentar encontrar uma justificação para a perda fetal. Este exame apenas pode ser realizado com o seu consentimento.



A partir das 20 semanas de gestação, o corpo do bebé, depois de realizada a autópsia, é entregue à família para as cerimónias fúnebres. Caso não deseje fazer funeral, terá que fazer esse pedido por escrito e doar o corpo do bebé à ciência.

Para reflexão: quero que seja feito exame anatomo-patológico ou autópsia? Desejo fazer funeral caso tenha mais de 20 semanas?

No caso de se tratar de uma perda gestacional do 3º trimestre, de 2ª perda do 2º trimestre ou de 3ª perda consecutiva do 1º trimestre, a mulher geralmente é encaminhada para uma consulta de infertilidade ou de estudo da morte fetal

Por último, divulgamos duas das Associações que, por terem feito mais em Portugal por apoiar e dar visibilidade a esta temática, nos faz sentido apresentar:

- Associação Projecto Artémis (<http://projectoartemis.blogs.sapo.pt/>)

- Associação Portuguesa de Fertilidade (<http://www.apfertilidade.org/>)

Considerações finais

Esperamos que no final de ler esta reflexão sobre o trabalho de parto e parto tenha ficado com uma ideia geral sobre as várias opções que se podem colocar durante esta fase da vida.

Acreditamos que tenha ficado com bastantes dúvidas sobre o que escolher. É um processo realmente complexo e que merece calma e ponderação.

As suas escolhas serão suas, individuais e muito próprias. Não existe um plano de preferências mágico que funcione para todas as mulheres.

Este documento é apenas o princípio. O princípio da informação com vista em opções conscientes e o exercício do consentimento ou recusa informados.



Comece com uma folha em branco. Pense quais são as suas escolhas principais e qual a melhor forma de o transmitir à equipa que a vai acompanhar.

Temos também disponíveis, no website da APDMGP - secção Documentos, alguns modelos de plano de parto que poderão servir de base ao seu.

Se tiver alguma dúvida ou sugestão não hesite em contactar-nos através de geral@associacaogravidezeparto.pt ou através da nossa página de Facebook. Este é um documento em melhoria constante e contamos com o contributo de vocês, mulheres, para o tornar o mais inclusivo e abrangente possível.

Em relação ao Plano de Parto, sugerimos também a leitura de:

<http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/birth-plan.aspx#close>

<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/04/BirthPlan.pdf>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948092/>

<http://www.birthingnaturally.net/birthplan/sample/>

<http://www.kiwifamilies.co.nz/wp-content/uploads/2012/02/Birth-Plan.pdf>

<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/04/BirthPlan.pdf>