



Parto Normal

Práticas de atenção e cuidados que promovem o Parto Natural

#1. O trabalho de parto inicia por si só

Uma mulher grávida numa classe Lamaze comenta com o grupo “O médico disse que o meu bebé está muito grande. O parto da minha vizinha foi induzido porque pensavam que o bebé também estava muito grande. Acham que deva fazer uma indução?”

Nos Estados Unidos e em muitos outros países, escutam-se declarações similares a estas nas sessões de preparação para o parto. A indução do trabalho de parto (o desencadear artificial do trabalho de parto) é um dos assuntos mais controversos nos cuidados da maternidade na actualidade. Em muitos hospitais, o trabalho de parto é induzido somente por razões médicas e, seguindo indicações muito restritas. Pelo contrário, noutros hospitais as mulheres têm induções electivas – aquelas que são feitas por conveniência mais que por razões médicas. Existem problemas com a indução? Quais os benefícios de permitir que o trabalho de parto inicie por si mesmo?

Plano da natureza para o nascimento

Durante as últimas semanas de gravidez, tanto a mãe como o bebé preparam-se para nascimento. Para a mãe de primeira vez, frequentemente o bebé começa a descer dentro da pélvis por volta dos 14 dias antes do nascimento. O cervix move-se pela bacia e gradualmente começa a suavizar-se. Num período que pode ser de poucos dias a poucas semanas, a mãe pode ou não sentir contracções irregulares, que ajudarão o cervix a gradualmente adelgaçar-se e talvez até dilatar alguns centímetros.

Durante a última fase da gravidez, os pulmões do bebé amadurecem e formam uma capa protectora de gordura, que o faz ter a forma rechonchuda, característica típica de um recém-nascido.

Muitos investigadores acreditam que quando um bebé está pronto para a vida fora do útero da sua mãe, o seu corpo liberta uma pequena quantidade de uma hormona que manda um sinal às hormonas maternas para iniciar o trabalho de parto. Na maioria dos casos, só quando estão prontos, o corpo da mãe e o do bebé, as poderosas hormonas maternas começam com o processo do trabalho de parto.

Como se induz o trabalho de parto

Vulgarmente o trabalho de parto é induzido no hospital por meio de administração de oxitocina através de via intravenosa. Algumas vezes utilizam-se antecipadamente à oxitocina agentes para amadurecer e suavizar o cervix, de forma a prepará-lo para o trabalho de parto.

Razões Médicas para a Indução

Existem boas indicações médicas para induzir o trabalho de parto. De acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), o trabalho de parto deve ser induzido somente quando o risco para o bebé seja maior,

se permanecer dentro do útero da mãe que o do nascimento prematuro.

Isto é verdade quando a bolsa de água que envolve o bebê se rompe verdadeiramente e o trabalho de parto não inicia, quando a gravidez ultrapassa as 42 semanas, quando a mãe sofre de tensão arterial alta, quando a mãe sofre de algum problema, como diabetes, problemas nos pulmões que poderiam prejudicar o seu bebê, ou quando a mãe tem uma infecção no útero. ¹

Suspeitar que o bebê é grande, ou muito grande não é uma razão médica para a indução. Num artigo de imprensa publicado em Novembro de 2002, a ACOG-American Colleg of Obstetricion and Gynecologists (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas) reportou que a indução do trabalho de parto por macrosomia (bebé grande) quase duplicou a taxa de cesariana sem nenhuma melhoria nos resultados perinatais (a saúde do bebê). ² Esta declaração foi baseada num estudo publicado em *Obtetrics & Gynecology* (Obstetrícia & Ginecologia).³ Alguns estudos anteriores mostram que a indução por macrosomia aumenta, em vez de diminuir os índices de cesariana, sem melhorar a saúde do bebê. ^{4,5,6} Na publicação profissional *Evaluation of Cesarean Delivery* (Evolução do nascimento por cesariana), publicada pelo ACOG, os autores expressam-se contra a indução por bebês grandes, numa mulher saudável, concluindo que “A indicação para o trabalho de parto por suspeita de macrosomia (bebé grande) não melhora os resultados, causa gastos de recursos consideráveis e pode elevar o índice de cesarianas”. ⁷

A Indução por conveniência

Algumas vezes a indução é considerada conveniente para as pessoas envolvidas. Os hospitais podem colocar pessoal extra na enfermaria durante os turnos, quando as induções são programadas, os médicos podem programar os partos para os dias e horários que mais lhes convém, os pais podem fazer os ajustes no trabalho e planejar as viagens dos familiares de acordo com a data programada para a indução.

Todavia a indução electiva não é conveniente quando os atrasos rotineiros do hospital coincidem com a hora indicada para o início da indução.

Não é conveniente quando a indução não funciona e a mulher regressa a casa para tentar noutro dia. E seguramente não é conveniente quando esta leva a um nascimento por cesariana e a nova mamã deverá recuperar-se de uma cirurgia abdominal em vez de um parto natural.

Desvantagens da indução

Existem evidências crescentes que a indução do trabalho de parto não está isenta de riscos.

Prematuridade

Um dos problemas de induzir o trabalho de parto é que as datas prováveis de parto não são exactas. Se há um erro de 2 semanas ao calcular a DPP (Data Prevista do Parto), uma mulher que está a programar a indução na semana 38 poderá estar somente de 36 semanas de gravidez. O Dr. Michael Kramer da Universidade de Montreal e os seus colegas, examinaram 4.5 milhões de nascimentos nos EUA e Canada durante 1990. Num estudo publicado no *The Journal of the American Medical Association* (Jornal da Associação Americana de Médicos), em 2000, os investigadores concluíram que os bebês nascidos somente umas semanas mais cedo – de 34 a 36 semanas – eram 3 vezes mais propensos a morrer no seu primeiro ano de vida que aqueles que nasciam de termo. ⁸ “Os obstetras podem achar que a indução está livre de riscos e por isso não avaliar adequadamente os riscos e os benefícios”, disse mais tarde o Dr. Kramer numa entrevista.

Complicações e Nascimentos por Cesariana

Investigadores da Universidade de Texas South Western Medical Center em Dallas, Texas, também fizeram uma análise nos resultados da gravidez por semanas de gestação, o Dr. James Alexander e seus companheiros de investigação concluíram que “A indução rotineira do trabalho de parto às 41 semanas de gestação só aumenta as complicações do trabalho de parto e o nascimento por cesariana sem nenhuma melhoria significativa nos resultados neonatais”. ⁹

Os investigadores do Grupo Chochrane para a Gravidez e Parto, uma fonte de informação mundialmente respeitada, para os cuidados e

atenção, baseados em evidências, estiveram de acordo com esta conclusão.

Relativamente às gravidezes de pós-termo, eles declararam “ Uma política de indução rotineira às 40-41 semanas de gestação numa gravidez normal não pode ser justificada, isto demonstrado por provas controladas. Uma vez que a duração da gravidez ultrapassou as 41 semanas, às mulheres que optam pela indução, deverá oferecer-se-lhes o melhor método de indução disponível.¹⁰

Aumenta a necessidade de Intervenções

A somar ao aumento do risco de moderada prematuridade e do nascimento por cesariana. A indução do trabalho de parto por norma leva à necessidade de intervenções médicas adicionais. Em muitos casos, se uma mãe é induzida, necessitará uma canalização intravenosa (IV) e monitorização electrónica contínua do ritmo cardíaco fetal.

Na maioria dos sítios, irá ser necessário que a mulher permaneça na cama ou muito perto dela. Como resultado a mulher será incapaz de colaborar no progresso do seu trabalho de parto, caminhando livremente, ou mudando de posições em resposta às suas contracções de trabalho de parto. A mãe será incapaz de tomar vantagem de um reconfortante banho de imersão ou um duche para aliviar o desconforto das contracções.

As contracções induzidas artificialmente normalmente chegam ao seu pico mais rapidamente e permanecem intensas por períodos mais longos, que as contracções naturais, aumentando a necessidade de uso de medicamentos para aliviar a dor na mãe.

Desvantagens Psicológicas

O trabalho de parto induzido, especialmente quando não está indicado medicamente, pode ser uma mensagem muito poderosa na mãe, de que o seu corpo não está a funcionar adequadamente – de que necessita de ajuda para iniciar o seu trabalho.

Esta mensagem junto com os aumentos necessários de intervenções médicas, pode diminuir a confiança na sua habilidade para dar à luz.

Preocupação da ACOG sobre o aumento dos índices de Indução

Em Junho de 2002 num artigo de imprensa, o ACOG atribuiu o dramático aumento das induções em parte à pressão das pacientes, conveniência dos médicos, a disponibilidade muito difundida de agentes para o amadurecimento do cervix e interesses de responsabilidade.¹¹

Num comentário de uma publicação de *Obstetrics & Gynecology* (Obstetras e Ginecologistas) em Junho de 2002, os autores recomendaram cautela a respeito da indução (electiva) até que as provas clínicas pudessem validar o uso mais liberal da indução do trabalho de parto.¹²

Recomendações de Lamaze Internacional

Lamaze Internacional recomenda-lhe que não opte pela indução, nem esteja de acordo em ser induzida a menos que exista uma razão médica real.

Um bebé “grande” ou “muito grande” não é uma razão médica para realizar uma indução numa mulher que não é diabética. Ao permitir que o seu corpo entre em trabalho de parto espontaneamente, é quase sempre a melhor forma de saber que o seu bebé está pronto para nascer. Intervir ou substituir as hormonas naturais que comandam o trabalho de parto, parto, amamentação e vínculo materno, poderá ter consequências que ainda não podemos compreender. Sentir a experiência das contracções naturais produzidas pela oxitocina no seu próprio corpo, aumenta a sua liberdade para responder a elas, movimentando-se, mudando de posições e utilizando as vantagens de um duche ou de um banho de imersão.

References

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Planning your pregnancy and birth*. Washington, DC: ACOG.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002). *ACOG news release: Cesarean delivery more likely with labor induction of a large baby*. For release November 1, 2002. Washington, DC: ACOG. Retrieved from <http://www.acog.org>
3. Sanchez-Ramos, L., Bernstein, S., & Kaunitz, A.M. (2002). Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia:

A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 100(5), 997–1002.

4. Horrigan, T.J. (2001). Physicians who induce for fetal macrosomia do not reduce cesarean delivery rates. *Journal of Perinatology*, 21(2), 93–95.

5. Leaphart, W.L., Meyer, M.C., & Capeless, E.L. (1997). Labor induction with a prenatal diagnosis of fetal macrosomia. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 6(2), 99–102.

6. Combs, C.A., Singh, N.B., & Khoury, J.C. (1993). Elective induction versus spontaneous labor after sonographic diagnosis of fetal macrosomia. *Obstetrics & Gynecology*, 81(4), 492–496.

7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2000). *Evaluation of cesarean delivery*. Washington, DC: ACOG.

8. Kramer, M.S., Demissie, K., Platt, R.W., Sauve, R., & Liston, R. (2000). The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. *JAMA*, 284(7), 843–849.

9. Alexander, J.M., McIntire, D.D., & Leveno, K.J. (2000). Forty weeks and beyond: Pregnancy outcomes by week of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 96(2), 291–294.

10. Enkin, M., Keirse, M.J., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., et al. (2000). Post-term pregnancy. In *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

11. American College of Obstetricians and

Gynecologists (ACOG). (2002). *ACOG news release Commentary—Nonmedical indications help fuel rise in induction rate*. For release June 30, 2002. Washington, DC: ACOG. Retrieved from <http://www.acog.org>

12. Rayburn, W.F., & Zhang, J. (2002). Rising rates of labor induction: Present concerns and future strategies. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 164–167.

Elaborado pelo Conselho de Educação do Instituto Lamaze

Autor Principal:

Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE

Colaboradores e Revisores:

Elena Carrillo de Reyes, CD(DONA), LCCE, FACCE

Diana Chiaverini, RN, MEd, LCCE, FACCE

Jeannette Crenshaw, RN, MSN, IBCLC, LCCE, FACCE

Joyce DiFranco, RN, BSN, LCCE, FACCE

Caroline Donahue, RN, MA, LCCE, FACCE

Jeanne Green, MT, CD(DONA), LCCE, FACCE

Judith Lothian, RN, PhD, LCCE, FACCE

Michele Ondeck, RN, MEd, IBCLC, LCCE, FACCE

Teri Shilling, MS, IBCLC, CD(DONA), LCCE, FACCE

Sandra Steffes, RN, MS, LCCE, FACCE

Revisão Setembro 2003. © 2003 Lamaze International. “Lamaze” é uma marca registrada da Lamaze International, Inc.

Este documento pode ser copiado e distribuído desde que o Lamaze International seja mencionado. Mais informação sobre o Lamaze International, visite o nosso site <http://www.lamaze.org> ou telefone para (800) 368-4404 or (202) 367-1128.