

Parto no Domicílio: Alternativa Segura ou Aumento da Morbimortalidade

Mariana Rosária Câmara Gonçalves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

Dezembro de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Mariana Rosária Câmara Gonçalves, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 41841 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 14 / 12 / 2023

Mariana Gonçalves

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho pelo acompanhamento, disponibilidade, apoio e aconselhamento durante a realização desta dissertação.

À minha família que sempre me apoiou incondicionalmente e sempre acreditaram em mim e me incentivaram a prosseguir e a nunca desistir dos meus sonhos, mesmo quando me senti mais desmotivada.

Aos meus amigos por todo o companheirismo, força e motivação que me proporcionaram ao longo destes intensos seis anos.

Obrigada pelo tempo, carinho e apoio que me dedicaram ao longo desta jornada.

Resumo

Introdução: O parto no domicílio designa-se pelo trabalho de parto realizado no domicílio da grávida quando acompanhado por médicos e enfermeiros especializados. Consiste numa alternativa legal de tipo de parto cujas evidências científicas parecem indicar que é seguro para gestações de baixo risco. No entanto, em Portugal ainda não existem critérios que orientem os casais que optem por esta opção, ou mesmo os profissionais que o praticam. Cada vez mais é ressaltada a imperatividade de regate do protagonismo e da autonomia da mulher para poderem estar em controlo e decidir as condições como desejam que se proceda o seu trabalho de parto. Estas ambicionam uma experiência prazerosa, íntima, familiar e o menos instrumentalizada possível em que sejam evitados processos estereotipados sem sensibilidade e individualidade. Na atualidade afigura-se oportuno discutir a relevância do parto no domicílio devido ao desejo crescente por parte dos casais da autonomia, da individualidade, do respeito e do poder de decisão sobre as suas próprias escolhas. No entanto, uma escolha informada exige a disponibilização de informação fidedigna e completa para que o parto no domicílio decorra com cautela e de forma segura.

Objetivo: Com esta dissertação tenciona-se reunir a atual evidência científica sobre o parto no domicílio relativamente a como se procede, os critérios de aptidão, os motivos que incentivam à escolha, a opinião do parceiro, quais os principais riscos, como são resolvidos os imprevistos e complicações, e refletir sobre a sua segurança.

Metodologia: A pesquisa bibliográfica foi realizada na PubMed entre outubro de 2022 e setembro de 2023.

Resultados e Conclusões: Para que o parto no domicílio seja seguro é importante que: seja minuciosamente planeado; haja a existência de critérios de aptidão específicos que têm de ser cumpridos à risca; se tenha em atenção o histórico de saúde da grávida; as contra-indicações absolutas sejam respeitadas e excluídas as gestações de alto risco; haja uma rede robusta e bem estruturada de transferência com protocolos bem estabelecidos com atenção aos recursos, à distância e ao tempo médio de transferência; seja realizada uma gestão adequada com base no Modelo dos “Três Atrasos”; o tempo médio de transferência seja reduzido; se identifique precocemente as complicações, as situações que requerem transferência hospitalar e as condições que apresentam maior risco de a vir a necessitar; a transferência hospitalar seja realizada atempadamente; a parteira tenha treino em emergências obstétricas e seja capaz de estabilizar qualquer situação até ao transporte chegar; haja obstetra, anestesista e bloco operatório disponível 24h por dia no hospital de

recepção assim como uma boa articulação entre a parteira e a equipa hospitalar. Portanto, só se forem cumpridos estes critérios e estiver bem integrado no sistema de saúde, é que se torna seguro e se reduz significativamente as taxas de morbimortalidade materna e infantil assemelhando-se às dos partos hospitalares. Assim, o parto no domicílio não deve ser combatido, mas sim regulado.

Palavras-chave

hemorragia pós-parto; infeção intraparto; infeção puerperal morbimortalidade neonatal; mortalidade perinatal; critérios de segurança; opinião do parceiro; complicações

Abstract

Introduction: Home birth is defined as the labor carried out at the pregnant woman's home when accompanied by specialized doctors and nurses. It consists of a legal alternative type of birth whose scientific evidence seems to indicate that it is safe for low-risk pregnancies. However, in Portugal there are still no criteria that guide couples who opt for this option, or even professionals who practice it. Increasingly, emphasis is placed on the imperativeness of restoring women's protagonism and autonomy so that they can be in control and decide the conditions in which they wish their labor to proceed. They aim for a pleasurable, intimate, familiar, and as little instrumentalized experience as possible avoiding stereotypical processes without sensitivity and individuality. Nowadays it seems opportune to discuss the relevance of home birth due to the growing desire on the part of couples for autonomy, individuality, respect, and decision-making power over their own choices. However, an informed choice requires the provision of reliable and complete information so that home births can take place cautiously and safely.

Objective: With this dissertation we intend to bring together the current scientific evidence on home birth regarding to how it's carried out, the aptitude criteria, the reasons that encourage the choice, the partner's opinion, what the main risks are, how unforeseen events and complications are solved and reflect on its safety.

Methodology: The bibliographic search was carried out on PubMed between October 2022 and September 2023.

Results and Conclusions: Home birth to be safe must: be thoroughly planned; have specific eligibility criteria that must be strictly met; take into account the pregnant woman's health history; respect absolute contraindications and exclude high-risk pregnancies; have a robust and well-structured transfer network with well establish protocols with attention to resources, distance and time of transfer; have an adequate management based on the Three Delays Model; have a reduced time of transfer; be early identify complications, indications that require transfer to a hospital and conditions that present a greater risk of requiring it; performed the transference to a hospital in a timely manner; have midwives trained in obstetric emergencies and able to stabilize any situation until transport arrives; have an obstetricians, anesthesiologist and operating room available 24 hours a day at the receiving hospital; and have good coordination between the midwife and the hospital team. Only if these criteria are accomplished and it is well integrated into the health care system, will it

become safe and significantly reduce maternal and child morbimortality rates, like those in hospital birth. Therefore, home birth should not be fought, but rather regulated.

Keywords

birth; birth plan; home birth; morbimortality; maternal mortality; hemorrhage; infection; neonatal morbimortality; perinatal mortality; safety criteria; partner's opinion; complications

Índice

Declaração de Integridade.....	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Palavras-chave.....	viii
Abstract.....	x
Keywords.....	xi
Índice.....	xiii
Lista de Figuras.....	xvi
Lista de Tabelas.....	xviii
Lista de Acrónimos.....	xx
1. Introdução.....	1
1.1 O que é o Parto.....	2
1.2 Tipos de Parto.....	3
1.3 Principais Complicações.....	3
1.4 Dados em Portugal sobre o Local do Parto.....	4
1.5 Experiências de Parto em Portugal.....	5
1.6 Direito da Mulher na Escolha do Local do Parto.....	6
1.7 Importância da Escolha Informada.....	7
2. Objetivos.....	9
3. Materiais e Métodos.....	10
4. Resultados e Discussão.....	11
4.1 Como se Procede o Parto no Domicílio.....	11
4.2 Comparação entre o Parto Hospitalar e o Parto no Domicílio.....	15
4.3 Critérios de Segurança para Aptidão ao Parto no Domicílio.....	19
4.4 Importância de um Plano de Parto.....	20
4.5 Motivos que Incentivaram à Escolha do Tipo de Parto.....	22
4.6 Opinião do Parceiro.....	24
4.7 Realidade nos Partos em Centros de Nascimento Especializados.....	25
4.8 Quais as Principais Riscos.....	26
4.9 Como são Resolvidos os Imprevistos e Complicações.....	28
4.10 Opiniões dos Profissionais de Saúde.....	30
4.11 Parecer da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros em Portugal.....	33
5. Conclusões.....	36

6. Perspetivas para o Futuro.....	39
7. Referências Bibliográficas.....	42

Lista de Figuras

Figura 1 – Partos: total e em estabelecimentos de saúde, adaptado de (1).....	4
Figura 2 – Taxa de mortalidade perinatal e neonatal, adaptado de (2).....	4
Figura 3 – Partos nos hospitais: total e por tipo, adaptado de (3).....	5
Figura 4 – Modelo dos Três Atrasos de Thaddeus e Maine, de 1994, adaptado de (4).....	14

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Fatores que levaram à redução da MM, adaptado de (4).....	1
Tabela 2 – Resumo dos possíveis riscos e benefícios do PD, que dependem consoante o país e rede disponível, adaptado de (4-6).....	2
Tabela 3 – Responsabilidades da parteira e da grávida, adaptado de (6,7).....	11
Tabela 4 – Condições que sugerem risco aumentado de PD e em que se deve optar por um PH, adaptado de (7,8).....	12
Tabela 5 – Comparação entre o PD e o PH, adaptado de (4-6,9-17).....	15
Tabela 6 – Aspetos sem diferenças significativas entre o PD e o PH, adaptado de (4,7,9,10, 13).....	16
Tabela 7 – Resultados associados aos PD e PH de países específicos, adaptado de (4,5,14,18, 19).....	17
Tabela 8 – Critérios de aptidão para um PD, adaptado de (6,18,20).....	19
Tabela 9 – Razões que levaram à escolha de um PD, adaptado de (4-6,11,12,20).....	22
Tabela 10 – Principais fatores de risco associados aos PD, adaptado de (4).....	26
Tabela 11 – Principais complicações e riscos associados ao PD, adaptado de (6,10,14,18)....	27
Tabela 12 – Indicações para a TH, adaptado de (7-9,21,34).....	29

Lista de Acrónimos

ACNM	American College of Nurse-Midwives
CNE	Centros de Nascimento Especializados
EESMO	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
EHI	Encefalopatia Hipóxico-Isquémica
EILP	Escolha Informada do Local de Parto
EP	Experiência de Parto
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
GAR	Gestação de Alto Risco
GBR	Gestação de Baixo Risco
HPP	Hemorragia Pós-Parto
LP	Local de Parto
MM	Mortalidade Materna
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OE	Ordem dos Enfermeiros
OM	Ordem dos Médicos
PC	Parto por Cesariana
PD	Parto no Domicílio
PH	Parto Hospitalar
PP	Plano de Parto
PS	Profissional de Saúde
PV	Parto Vaginal
RN	Recém-Nascido
SMN	Saúde Materna e Neonatal
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SS	Sistema de Saúde
TH	Transferência Hospitalar
TMT	Tempo Médio de Transferência
TP	Trabalho de Parto
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

1. Introdução

Ao longo do tempo, a maioria dos nascimentos ocorreram em casa ou na comunidade. (4,6) Apenas a partir dos anos de 1700 começou a haver uma mudança de paradigma passando os partos a serem realizados progressivamente em hospitais. (4) A morbimortalidade materna e neonatal diminuiu acentuadamente graças à hospitalização que permitiu uma monitorização rigorosa do bem-estar materno e fetal, redução do risco de infecção e garantiu as intervenções médicas necessárias. (6,9) Os partos por cesariana (PC) começaram a ser indicados para as situações em que não era viável um parto vaginal (PV). Estas alterações levaram a uma diminuição considerável da mortalidade materna (MM) para a qual contribuíram também os avanços a nível das transfusões sanguíneas, antibióticos, analgesia e anestesia (tabela 1). (4,6)

Tabela 1 – Fatores que levaram à redução da MM (4)

1880 e 1940:
-Técnicas assépticas
-Anestesia
-Cesariana
-Sutura uterina
Influências a partir da 2ª Guerra Mundial:
-Anestesia mais segura
-Antimicrobianos (penicilina)
-Transfusão de sangue

Devido à redução da MM passou-se a acreditar que a gravidez é totalmente segura, no entanto tende-se a esquecer que foi a evolução da medicina a principal responsável por esse papel. (4) Esta tendência associada muitas vezes a um excesso de medicalização e hospitalização, levou a que os partos no domicílio (PD) tenham adquirido um interesse crescente e houvesse uma demanda para o retorno dos PD, como sendo um direito das mulheres (tabela 2). (4-6) Nos EUA, por exemplo, após um declínio progressivo dos PD entre 1990 e 2004, registou-se um aumento de 41% entre 2004 e 2010/2012. (7,21) Estudos realizados na Holanda e no Reino Unido identificaram algumas características comuns em mulheres que pretendiam um PD: idade materna; grupo étnico; status de relacionamento; classe social; histórico obstétrico; risco de gravidez. (5) Assim, as mulheres que optam por um PD são maioritariamente casadas (91%), caucasianas (87%) e com formação

universitária (62%). (4,14) Além disso, compreendiam idades maioritariamente ≥ 35 anos. (14)

Tabela 2 – Resumo dos possíveis riscos e benefícios do PD, que dependem consoante o país e rede disponível (4-6)

Benefícios, riscos e mitos do PD
Benefícios
<ul style="list-style-type: none"> -Redução das intervenções médicas -Melhor experiência face a experiência hospitalar anterior -Maior controlo pessoal -Ambiente familiar e mais confortável
Riscos
<ul style="list-style-type: none"> -Aumento da morbilidade neonatal, especialmente em primigestas* -Necessidade de transferência hospital (TH) em até 45% dos casos, em primigestas* -Menos alternativas para analgesia -Apoio obstétrico menos qualificado -Excesso de confiança das mulheres no processo de parto
Mitos
<ul style="list-style-type: none"> -O PD não é mais seguro, embora as intervenções possam ser menores -A epidural não é menos necessária e não estão disponíveis a não ser que sejam transferidas para o hospital -A taxa de cesariana não é reduzida -As mulheres não ficam mais satisfeitas após o PD

*Contudo, países como a Islândia, não consideram que a primiparidade deva ser uma contraindicação ao PD. (8)

O PD consiste numa alternativa de tipo de parto cujas evidências científicas parecem indicar que é seguro em gestações de baixo risco (GBR) e está associado a diversos benefícios. (5,22,23) No Reino Unido e na Holanda, por exemplo, a maioria das mulheres com GBR podem ter uma melhor experiência de parto (EP) com um PD do que com um parto hospitalar (PH) devido à existência de uma rede de transferência bem estruturada. (4,14) Apesar do aumento crescente das mulheres que optam por um PD, na maioria dos países desenvolvidos esta incidência ainda é baixa, pelo que supomos que tal se deva ao facto de não ser oferecida às mulheres esta opção. (5) Em Portugal o número de PD ainda é reduzido e não existem critérios que orientem os casais que optem por esta opção, ou mesmo os profissionais que o praticam. (22)

1.1. O que é o Parto

O trabalho de parto (TP) caracteriza-se por contrações ritmadas e progressivas do útero com o objetivo de provocar gradualmente o movimento do feto através do colo do útero e do canal vaginal para o exterior. É composto por 4 estágios (24):

- Primeiro estágio: é o intervalo entre o início do TP e a dilatação cervical completa (10 cm). É composto por duas fases, a fase latente em que abrange o apagamento cervical e a dilatação inicial, e a fase ativa em que ocorre a dilatação cervical mais rápida, geralmente com início nos 5-6 cm.
- Segundo estágio: é o intervalo entre a dilatação completa e a expulsão do feto.
- Terceiro estágio: começa logo após a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta.
- Quarto estágio: é definido como o período pós-parto imediato aproximadamente de 2h após a expulsão da placenta durante a qual a paciente passa por ajustes fisiológicos significativos.

1.2. Tipos de Parto

O parto pode ser de vários tipos, podendo ser designado por eutócico ou distócico. Dentro do distócico pode ainda ser dividido em instrumentalizado por ventosa ou fórceps, ou por cesariana. O parto eutócico, também designado de parto com intervenção mínima, é o parto por via vaginal sem recurso a qualquer tipo de instrumento. (24,25)

1.3. Principais Complicações

O TP apesar de se tratar de um processo natural, também pode estar associado a algumas complicações. Podemos dividir as complicações em agudas (hemorragia aguda, sofrimento fetal agudo com eventual morte do feto, hemorragia pós-parto (HPP), má apresentação fetal, lesão cirúrgica, infecções, deiscência de sutura, anemia, ...) ou em tardias (dor vulvar, dispareunia, laceração perineal, incontinência urinária de esforço, prolapsos genitais, ...). As complicações agudas, especialmente a hemorragia intraparto ou no puerpério, continuam a ser a principal causa de morte materna e o principal argumento contra o PD. (26,27)

Tais complicações podem estar associadas a qualquer tipo de parto, no entanto houve estudos nos quais associaram que o TP prolongado esteve mais associado ao PV enquanto a infecção pós-parto, a infecção da ferida operatória, a lesão cirúrgica, a morte materna, a infecção urinária, a cefaleia, a anemia e as complicações anestésicas foram mais associados ao PC. (26)

O PC é cada vez mais percecionado como um procedimento de baixo risco, no entanto por vezes tal associação não é assim tão linear e o PV em ambiente hospitalar acaba por ser uma opção mais segura em algumas situações. (26)

1.4. Dados em Portugal sobre o Local do Parto

Ao longo dos anos houve uma mudança associada ao local de parto (LP) havendo a transição do domicílio para o hospital. Em alguns países europeus a escolha do PD tem vindo a aumentar, o que não ocorre ainda em Portugal onde a percentagem de PD é muito pouco significativa. Se tivermos em conta o número de partos realizados em instituições de saúde, podemos concluir que nos dias de hoje e considerando os dados de 2020, apenas 0,01% dos partos foram realizados fora das instituições de saúde, percentagem na qual estão abrangidos os PD. (1)

Desta forma, e analisando alguns dos dados publicados salientamos os seguintes aspetos:

- Na década de 60 a percentagem de partos realizados em estabelecimentos de saúde foi de apenas 18,4% enquanto em 2000 passou a ser de 99,7% e em 2020 foi de 99,9%. (1)

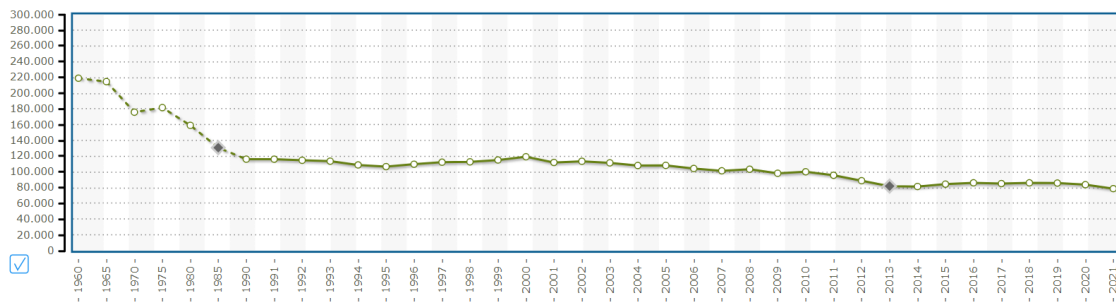


Figura 1 – Partos: total e em estabelecimentos de saúde (1) Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA

- Verificou-se uma melhoria da mortalidade perinatal e neonatal registando-se, respetivamente, no ano de 1960 as percentagens de 42,2% e 28%, em 2000 de 6,2% e 3,5% e em 2021 de 3,4% e 1,7%. (2)

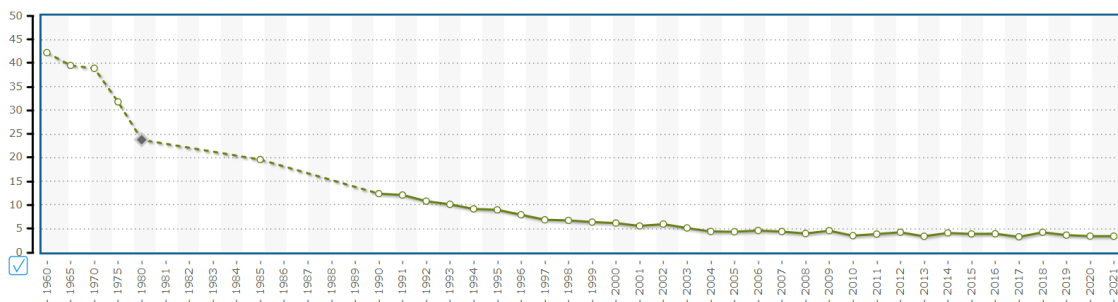


Figura 2 – Taxa de mortalidade perinatal e neonatal (2) Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA

- Quanto ao tipo de partos verificou-se uma diminuição do número de partos eutócicos em prol de partos distócicos sendo que em 2000 59,5% dos partos foram eutócicos e 40,5% distócicos, em 2010 48,8% foram eutócicos e 51,2% distócicos e em 2020 44,9% foram eutócicos e 55,1% distócicos. (3)

- Salienta-se que enquanto em 2000 mais de 50% dos partos eram eutócicos, já em 2020 mais de 50% passou a ser distócicos, o que manifesta um aumento da tendência intervencionista por parte dos profissionais de saúde (PS) nos partos. (3)

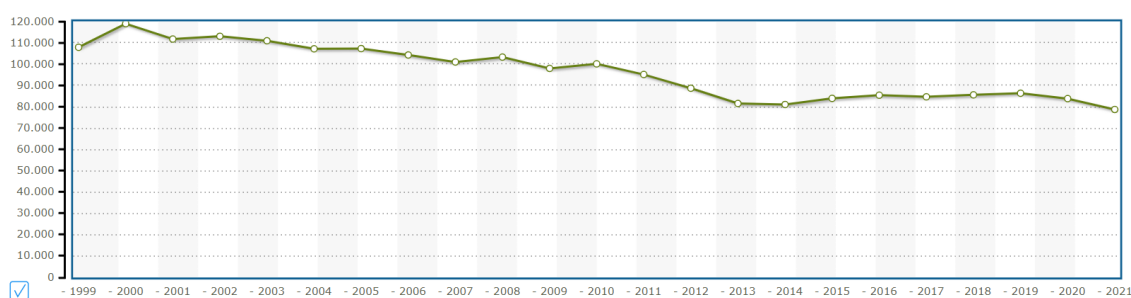


Figura 3 – Partos nos hospitais: total e por tipo (3) Fontes/Entidades: INE | DGS/MS, PORDATA

1.5. Experiências de Parto em Portugal

Para ter uma base sobre a realidade da experiência do TP em Portugal salientamos um estudo realizado pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto entre os anos de 2012 e 2015 no qual uma amostra superior a 3000 mulheres referiu as suas experiências de parto. (28) A maioria das mulheres tinham idades entre os 20-35 anos, tiveram uma GBR e relataram a experiência do nascimento do primeiro filho. A maioria dos partos reportados ocorreu em ambiente hospitalar, tendo apenas uma pequena minoria sido realizada no domicílio. Mais de 2/5 das mulheres estudadas consideraram que não tiveram acesso a informações sobre opções de parto, desde a hipótese de indução, cesariana, PD, entre outras. (28)

Sendo que a maioria dos partos ocorreu em contexto hospitalar, verificou-se que a maioria das mulheres teve alguma intervenção ($\approx 89\%$). Os procedimentos mais relatados foram o recurso à epidural (78,3%), a episiotomia (72,7%) e à infusão de ocitocina (57,6%). Cerca de 1/2 das parturientes afirmam terem sido submetidas a rutura artificial da bolsa amniótica e a descolamento das membranas. Mais de 2/5 dos bebés nascidos por via vaginal nasceram por parto instrumentado. A maioria das mulheres afirmou sentir-se confortável com a

posição para a expulsão adotada, no entanto existem relatos em que afirmam não ter sido respeitadas na sua escolha. Muitas mulheres consideram que não foram consultadas sobre os exames ou intervenções realizadas durante o TP. Também é importante salientar que muitas parturientes não se sentiram respeitadas pelos PS tendo considerado que os mesmos não se comunicaram de forma empática e positiva, não respeitando o que estas tinham a dizer/pedir (14,3%), não se sentindo seguras (15,3%) ou apoiadas e cuidadas durante o TP (13%). (28) Contudo a maioria das mulheres afirmou ter tido a EP que esperava tendo-se sentido respeitada, ouvida, cuidada, apoiada e segura durante o processo. As mulheres que referiram não terem tido o parto pretendido (43,8%) consideraram que a EP influenciou de forma negativa a sua autoestima e a sua relação com o seu parceiro (7,2%) afetando negativamente a sua vontade de ter mais filhos no futuro (14,1%) devido à experiência vivida. (28)

1.6. Direito da Mulher na Escolha do Local do Parto

O debate sobre o direito da escolha do LP teve origem nas sociedades ocidentais modernas. (11) A escolha do local de nascimento é um direito que está estabelecido no Direito à Vida Privada contemplado no art. 8º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem. (20) O American College of Nurse-Midwives (ACNM) defende que toda a família tem o direito de vivenciar o parto num ambiente seguro onde a dignidade humana e a autodeterminação são respeitadas. (7,14,29)

As parteiras valorizam o parto como sendo uma experiência de vida emocional, social, cultural e muitas vezes espiritualmente significativa na qual a transição da mulher para a maternidade deve ser uma experiência positiva. (10)

Esta atitude que se rege pela afirmação da autonomia da mulher e dos seus direitos quanto às suas decisões médicas, (21,30) sempre em articulação e com a orientação de um profissional informado e experiente, tem-se demonstrado uma mais-valia. (31) Tendo por base os dados científicos atuais, é recomendado que as mulheres possam escolher onde querem dar à luz, realçando que esta escolha deve ser realizada com cautela para partos fora do hospital, sempre com base em critérios bem definidos e com as precauções necessárias. (7,32-34)

Desta forma, devem ser prestadas todas as informações solicitadas e necessárias para que seja possível realizar uma escolha informada com base no melhor interesse da grávida e do bebé. (11,15,19,21,35) Estas informações devem abordar todas as opções de parto possíveis, incluindo o PH, o PD ou outras condições que sejam seguras e fiáveis para cada situação em particular. É conveniente que o PD, seja mencionado e adaptado à vontade e necessidade

de cada mulher, respeitando a sua individualidade e estilo de vida. (15,19) Para além disso, a possibilidade de escolha de um PD ou numa unidade liderada por parteiras pode ser tão seguro e satisfatória quanto um PH para mulheres saudáveis com GBR que tenham pelo menos um filho, quando liderado por um profissional competente. (7,23,32)

Os cuidados médicos de boa qualidade não se coadunam com situações de abuso e de maus-tratos durante a gravidez e o parto, incluindo o excesso de medicalização, e devem procurar a segurança da parturiente e do feto, sendo que toda a intervenção deve ser baseada na evidência científica e no respeito pela dignidade humana, sem discriminação. (6,11,15,32,35) Nestas situações pode-se incluir a falta de informação que impossibilita a que muitas grávidas se sintam seguras, informadas e suportadas sobre o LP e às suas opções neste âmbito, desconhecendo mesmo que poderiam dispor de outra opção para além do PH. O combate a estes abusos e maus-tratos pode ser concebido através de uma abordagem baseada nos direitos humanos. (15,19,35)

1.7. Importância da Escolha Informada

Sem escolha informada não há autonomia e sem autonomia não há escolha informada. A autonomia da mulher tem um papel essencial na maximização da segurança e na tomada de decisão, mas deve ser desenvolvida num contexto de confiança entre a mulher, os PS e o sistema de saúde (SS). (11,19,35,36) Para que cada mulher possa ser considerada verdadeiramente autónoma é necessário que seja respeitada, valorizada e felicitada pelo saber que possui sobre o seu corpo, pelos seus valores e crenças e pelos conhecimentos do que é importante para si mesma. (11,32,35) Devido à cultura, às atitudes dos profissionais e aos modos rotineiros da prática clínica atual, torna-se difícil, porém essencial, mudar paradigmas que estão fortemente enraizados nos SS dos diversos países. (32,35)

Em qualquer tipo de parto, a mulher deve refletir sobre o seu plano de parto (PP) e sobre que tipo de profissional quer que a assista, sendo que esta escolha é considerada um fator crucial para uma EP positiva. (11,12,22,37) Alguns estudos sustentam que a limitação imposta sobre esta escolha advém da crença de que o parto apenas é seguro no hospital e que, de certa forma, o TP é considerado como uma condição potencialmente patológica na qual podem surgir complicações a qualquer momento e que devem, porventura, ser resolvidas num hospital. (11,19)

Há evidências que sugerem que, mesmo quando o PD é discutido, as mulheres não se sentem na posse de todas as informações necessárias para que possam tomar uma escolha devidamente informada, pelo que é necessário inspirar-lhes confiança. (5) Tem sido constatado que as grávidas que foram informadas de forma empática sobre as opções que

tinham disponíveis e às quais lhe foram esclarecidas as suas dúvidas e questões, sentiram-se mais tranquilas. (11) Contudo, apesar da escolha informada ser algo essencial, também é importante não sobrecarregarmos as mesmas com excesso de informação, o que se tem mostrado nefasto. Tem sido realçado também como vantajoso e útil a aquisição de conhecimento informal através do compartilhamento de experiências de mulheres que procuram ativamente parteiras e contam os seus relatos, principalmente no âmbito do PD. (11)

É importante realçar que a escolha do LP irá afetar muitas outras facetas dos seus cuidados perinatais. No entanto, nem todas as mulheres podem escolher o LP, e a possibilidade de fazer uma escolha tem de ser condicionada pelo risco obstétrico e evolução da gravidez, pelo SS do país e pela localização geográfica do domicílio da paciente. (7,11,19) A escolha do LP só pode ser justificada se não expor a parturiente e o feto a riscos injustificados que sejam possíveis de ser evitados. (4,7) Os casais devem ser informados sobre esses riscos e os médicos devem tentar dissuadi-los quando pretenderem escolher um LP que coloque em risco a saúde e o bem-estar do bebé. (4)

Relativamente ao PD, este é uma realidade legal em Portugal, mas para que decorra com o máximo de segurança e clareza para todas as partes envolvidas é recomendável que seja regulado. (15) Para além disso, realçamos que o PD não pode ser encarado como uma moda e a escolha deve resultar de um desejo profundo da mulher tendo em conta os fatores que lhe transmitem segurança e conforto. (20)

A tomada de decisão deve refletir uma clara, transparente e contínua troca de informação entre o obstetra, a parteira, a mulher e a sua família. (7) Desta forma, é importante ter em perspetiva o ponto de vista das/dos mulheres/casais em todos os aspetos dos cuidados de saúde materna, respeitando as suas escolhas relativamente ao seu parto, ao seu corpo, ao seu bebé e à sua família, mas também ter sempre presente as condições de cada caso, e verificar se esta escolha pode ser feita com riscos mínimos tanto para a mãe como para o bebé.

2. Objetivos

O objetivo desta monografia é o de conhecer as evidências científicas atuais sobre o PD, relativamente a:

1. Como se Procede o Parto no Domicílio
2. Comparação entre o Parto Hospitalar e o Parto no Domicílio
3. Critérios de Segurança para Aptidão ao Parto no Domicílio
4. Importância de um Plano de Parto
5. Motivos que Incentivaram à Escolha do Tipo de Parto
6. Opinião do Parceiro
7. Realidade nos Partos em Centros de Nascimento Especializados
8. Quais os Principais Riscos
9. Como são Resolvidos os Imprevistos e Complicações
10. Opiniões dos Profissionais de Saúde
11. Parecer da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros em Portugal

3. Materiais e Métodos

Para a realização desta monografia de tipo descritivo foi realizada uma revisão abrangente da literatura disponível sobre o PD. A base de dados a que se recorreu foi o PubMed. Também foram consultados os dados disponibilizados no PORDATA e nos sites do Plano de Parto, da Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e no Parto, da Maternity Worldwide, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, do Uterus e também do UTL Repository. Adicionalmente também foi consultado o livro Beckmann and Ling's: Obstetrics and Gynecology. Os artigos considerados relevantes e escolhidos para esta redação não foram sujeitos a limite de data. Relativamente à língua dos artigos, foram incluídos aqueles escritos em língua inglesa, portuguesa e espanhola. As palavras-chaves utilizadas na pesquisa foram: "birth"; "birth plan"; "home birth"; "morbimortality"; "maternal mortality"; "hemorrhage"; "infection"; "neonatal morbimortality"; "perinatal mortality", "safety criteria"; "partner's opinion"; complications; ...

Através da análise dos abstracts foram seleccionados os artigos considerados de relevância. Das referências bibliográficas desses artigos foi também encontrada bibliografia de interesse que foi incluída na análise.

4. Resultados e Discussão

4.1. Como se Procede o Parto no Domicílio

Em alguns países como a Holanda, o Reino Unido, a Austrália, o Japão, a Suécia, a Islândia, a Noruega, a Finlândia, a Dinamarca, o Canadá e até mesmo no estado de Washington nos EUA existe uma longa tradição de cuidados de parto liderados por parteiras, sendo que o PD não é apenas reconhecido, mas também incentivado pelo SS estando integrado nos serviços das maternidades locais. (4,6,14,20,23) Na Holanda, por exemplo, para além do SS incentivar os PD, o estado apoia-os com leis e regulamentos que favorecem a educação de parteiras. Consequentemente, mais de 30% dos partos ocorridos são PD. (5,10,11,13) Em Portugal o PD ainda não é uma realidade frequente e não está integrado nos cuidados de saúde, no entanto tem estado a aumentar o número de mulheres a optarem por este tipo de parto. (20)

Os PD têm por base um modelo que envolve confiança, controlo e responsabilidade compartilhada por meio de uma mútua compreensão. (11) É necessário e essencial que seja construída uma relação de intimidade com a parteira antes do nascimento. (37) As parteiras incentivam as mulheres a confiarem no seu próprio poder e habilidades físicas, que são fundamentais para uma EP e para a satisfação com a sua decisão de parto. (11)

As parteiras prestam cuidados de forma independente na habitação de mulheres com GBR e TP dentro dos parâmetros das diretrizes de prática clínica específicas. De acordo com os padrões do ACNM, as práticas obstétricas realizadas têm por base diretrizes clínicas abrangentes que abordam o acesso à consulta, colaboração e encaminhamento incluindo a facilitação da transferência de cuidados médicos, se necessário. (7)

No PD existem responsabilidades que devem ser atendidas tanto pela parteira como pela grávida (tabela 3). (6,7)

Tabela 3 – Responsabilidades da parteira e da grávida (6,7)

Responsabilidades da parteira	Responsabilidades da grávida
-Apoiar processos fisiológicos normais da gravidez, nascimento, pós-parto, vínculo mãe-recém-nascido (RN) e amamentação	-Reconhecer a sua responsabilidade em relação à sua EILP
-Apoiar um modelo de cuidados obstétricos de baixa intervenção	-Compreender e concordar com os cuidados definidos nas diretrizes da prática clínica da parteira para um PD

<ul style="list-style-type: none"> -Estar atualizada sobre os conhecimentos e evidências atuais sobre a avaliação de risco para a seleção do LP -Fornecer informações precisas e baseadas em evidência científica para apoiar as mulheres na tomada de decisão sobre a escolha informada do local de parto (EILP) -Monitorização contínua do TP para identificar complicações maternas, fetais ou neonatais potenciais ou emergentes -Fornecimento dos equipamentos e da medicação necessária durante o TP -Oferecer intervenções quando indicadas para manter a saúde da mulher e do RN -Transferir para o atendimento hospitalar de imediato quando necessário, fornecendo todas as informações pertinentes sobre os cuidados maternos e neonatais -Garantir a presença de no mínimo dois PS com treino no Programa de Ressuscitação Neonatal e Certificação Cardiopulmonar -Ter uma prática obstétrica com base nas normas da ACNM 	<ul style="list-style-type: none"> -Preparar os familiares ou acompanhantes que estarão presentes durante todo o processo -Preparar o ambiente para o parto, incluindo a obtenção dos suprimentos necessários -Garantir o acesso à casa para a equipa de parto -Comprometer-se a manter uma comunicação aberta, honesta e clara com a parteira, incluindo a toma contínua de decisões partilhadas
---	---

Durante a gravidez podem surgir mudanças no estado de saúde da grávida que exijam a colaboração ou encaminhamento para outros PS a fim de se determinar se continua a ser seguro decidir por um PD. (7) Para se poder optar para um PD é necessário ter em consideração diversos fatores que podem levar ao aumento do risco de eventos adversos (tabela 4), como: o histórico obstétrico e de saúde completo da grávida e a sua condição clínica atual; recursos para a TH; disponibilidade de consulta e/ou encaminhamento; experiência e habilidade da parteira; e acesso a outros LP. (7,8) Para além disso, é enfatizada a importância da mulher apresentar uma gravidez sem complicações e que seja considerada como uma GBR para poder estar apta para um PD. (23,37)

Tabela 4 – Condições que sugerem risco aumentado de PD e em que se deve optar por um PH (7,8)

Condições de gravidez anteriores**
<ul style="list-style-type: none"> -Nado morto anterior ou morte neonatal intraparto -HPP -PC anterior -Distocia de ombros
Condições da gravidez atual**

- TP pré-termo ou ruptura pré-parto de membranas
- Doença hipertensiva na gravidez
- Evidência de anomalias fetais congênitas que requerem avaliação e/ou tratamento imediato por um especialista em neonatologia
- Restrição de crescimento fetal a baixo do percentil 5
- Diabetes dependente de insulina ou gestacional que requer tratamento farmacológico
- Má apresentação fetal (pélvica ou transversal)
- Necessidade de indução farmacológica do TP
- Gravidez pós-termo
- Gestação múltipla*
- Oligodrâmnio ou polidrâmnio
- Placenta prévia no 3º trimestre
- Descolamento de placenta
- Pré-eclâmpsia
- Macrossomia
- Isoimunização Rh

Condições gerais da grávida**

- IMC da grávida <18 ou >35
- Idade materna avançada

Condições médicas**

- Infecção ativa por hepatite, VIH, herpes genital, sífilis ou tuberculose
- Condições psiquiátricas que possam afetar os cuidados intra e pós-parto
- Condições médicas que exijam supervisão médica aguda durante a gravidez e que podem afetar o nascimento (ex.: doença cardíaca, epilepsia, doença tromboembólica, hemoglobinopatia)
- Condições médicas maternas (ex.: hipertiroidismo)
- Abuso ou dependência de substâncias

*Na Alemanha é permitido o nascimento de gémeos no domicílio desde que um obstetra esteja presente no momento do parto. (34)

**A presença destas contra-indicações são preditores de taxas mais elevadas de desfechos maternos e neonatais adversos e aumentam significativamente o risco de TH durante o TP, de HPP e de admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). (8)

Se uma mulher optar por um PD este tem de ser minuciosamente planeado, (20) incluindo o planeamento das condições necessárias para a realização do parto e a infraestrutura de rede em torno dele, que deve ser baseada no Modelo dos Três Atrasos, proposto por Thaddeus et al em 1994 (figura 4). (4)

O Modelo dos Três Atrasos (figura 4) propõe que os resultados adversos associados aos PD, incluindo a mortalidade, se devem essencialmente a três atrasos (figura 4): 1) decisão de procurar ajuda médica adequada para uma emergência obstétrica; 2) chegar a um centro obstétrico apropriado; 3) receber cuidados adequados quando chegar à instituição. (4,38,39) Portanto, quando se planeia um PD deve-se ter em conta estas três questões para que seja realizada uma gestão adequada do mesmo e sejam evitados contratemplos

associados à TH que, porventura, se trata do principal fator associado aos resultados adversos e desfechos indesejados, pelo que se torna necessária a integração do PD na assistência obstétrica do SS de cada país.

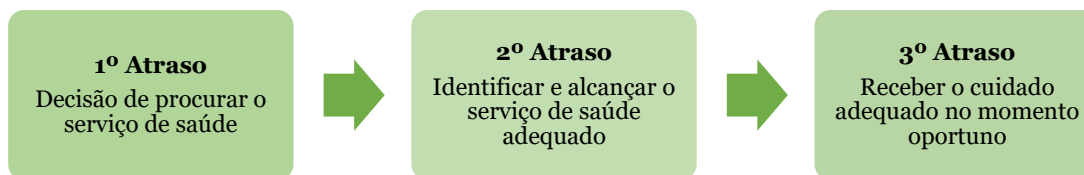


Figura 4 – Modelo dos Três Atrasos de Thaddeus e Maine, de 1994 (4)

Quando durante um PD ocorrem complicações é necessário recorrer aos serviços hospitalares, (23) sendo que as parteiras devem ter a capacidade de detetar precocemente sinais de mal-estar fetal. Nestes casos, a TH deve ser garantida imediatamente para evitar o aumento de resultados perinatais adversos. (6) Mais de 10% de todos os PD em países desenvolvidos necessitam de TH, sendo que em primigestas tal pode ocorrer em 45% dos casos e, nestes casos, as parturientes tendem a relatar uma EP mais negativa, pelo que são situações que se devem evitar tanto quanto possível. (4)

Em caso de necessidade, a parteira precisa de se sentir à vontade para comunicar com a equipa hospitalar e avisar quais as complicações que se desenrolaram, fornecendo todas as informações relevantes do caso em questão. É imprescindível haver um bom diálogo, apoio e articulação bem estruturada entre a passagem dos cuidados da parteira para os médicos hospitalares. A vantagem do SS do Reino Unido e da Holanda, por exemplo, é a estrutura e integração da rede que auxilia na identificação do grau de urgência e na comunicação entre os diversos membros da equipa de saúde, sendo que existem diretrizes multidisciplinares específicas sobre as indicações de transferência. (4) O mesmo acontece nos países nórdicos (Suécia, Islândia, Noruega, Finlândia, Dinamarca) onde as parteiras têm uma boa relação e colaboração com os obstetras, pediatras e médicos de clínica geral. (23) Desta forma, este sistema robusto de comunicação, transferência e receção ajuda a prevenir a morbimortalidade materna e infantil, contribuindo assim para a segurança dos PD. (4,6,23)

A disponibilidade de recursos para o transporte, a distância e o tempo médio de transferência (TMT) até ao hospital mais próximo são fatores de extrema importância que devem ser considerados aquando da EILP dado que TMT elevados estão associados ao aumento de resultados adversos. (7,8) Na Alemanha, por exemplo, as parteiras são obrigadas a informar as suas pacientes da distância até ao hospital mais próximo e do TMT, e essas informações devem constar no consentimento informado e no prontuário da

paciente. (34) Desta forma, quando se pretende um PD deve ser entendido que a escolha e os resultados dependem dos recursos disponíveis, incluindo a proximidade aos recursos hospitalares que podem vir a ser necessários. (7,34)

Até ao momento em que chegue o transporte para a TH a parteira tem de ser capaz de estabilizar qualquer situação clínica e para tal tem de ter treino em emergências obstétricas. A parteira tem de acompanhar a parturiente durante a TH, mas tem de aceitar que deixou de ser a cuidadora principal e que está agora a colaborar com a equipa hospitalar que necessita de assumir o controlo. (4,6,7)

4.2. Comparação entre o Parto Hospitalar e o Parto no Domicílio

Devido ao aumento da procura dos PD têm-se tentado perceber se apenas o PH é seguro ou se porventura o PD, em casos específicos e bem estabelecidos, também o pode ser. Para conseguirmos realizar uma análise fidedigna é necessário ter em conta vários parâmetros. Os resultados apresentados têm por base a comparação dos dados obtidos entre os dois tipos de parto com base em vários estudos realizados (tabela 5). (4-6,9-17)

Tabela 5 – Comparação entre o PD e o PH (4-6,9-17)

Parto no Domicílio*	Parto Hospitalar*
- Menor risco de intervenção médica no TP, tais como analgesia epidural, episiotomia e monitorização fetal	- Maior risco de intervenção médica no TP, tais como analgesia epidural, episiotomia e monitorização fetal
-Permite a monitorização cardíaca fetal durante o TP com menos frequência	-Permite a monitorização cardíaca fetal durante o TP com mais frequência
- Menor risco de HPP	- Maior risco de HPP
- Menor risco de distocia	- Maior risco de distocia
- Menor probabilidade de serem sujeitas a um parto instrumentado	- Maior probabilidade de serem sujeitas a um parto instrumentado
- Menor taxa de intervenções médicas	- Maior taxa de intervenções médicas
- Menor taxa PC	- Maior taxa de PC
- Menor risco de infeções	- Maior risco de infeções
- Menor probabilidade de TP prolongado	- Maior probabilidade de TP prolongado
- Seguro para mulheres saudáveis com parto eutócico anterior	- Menos seguro para mulheres saudáveis com parto eutócico anterior
- Maior risco de laceração de grau III-IV	- Menor risco de laceração de grau III-IV
-Mulheres nulíparas apresentam maior risco de resultados neonatais adversos	-Mulheres nulíparas apresentam menor risco de resultados neonatais adversos
- Maior probabilidade de parto espontâneo	- Menor probabilidade de parto espontâneo

*Os resultados apresentados podem sofrer ligeiras alterações consoante o país de onde os dados foram recolhidos.

Embora hajam aspetos que diferem entre os dois tipos de parto, também existem aspetos que não manifestaram diferenças significativas (tabela 6). (4,7,9,10,13)

Tabela 6 – Aspetos sem diferenças significativas entre o PD e o PH (4,7,9,10,13)

Aspetos semelhantes entre os PD e os PH*
-A taxa de mortalidade perinatal
-O risco de baixo índice de Apgar e asfixia neonatal
-A taxa de morbilidade neonatal
-Taxa de rutura uterina

*Os resultados apresentados podem sofrer ligeiras alterações consoante o país de onde os dados foram recolhidos.

Apesar de haver ligeiras discrepâncias, os resultados maternos, perinatais e neonatais de mulheres que planearam um PD eram semelhantes às que optaram por um PH, incluindo a taxa de morbilidade materna que era reduzida, o que revela que o PD geralmente é tão seguro quanto o PH, não havendo acréscimo de riscos, principalmente para mulheres com GBR. Para além disso, as taxas de intervenções eram significativamente menores no domicílio. (4,5,7-10,14,17,21,37) Contudo, deve-se ter em atenção que a maioria dos dados destes estudos são provenientes de locais onde o PD está bem integrado no SS, incluindo em alguns locais onde a maioria dos domicílios das parturientes se encontravam a 5 km ou menos de um hospital, (4) e portanto não podem ser extrapolados para locais onde o mesmo não se verifique. (6,7,21)

É importante realçar que vários estudos verificaram que para mulheres múltiparas não foi observado um aumento dos resultados perinatais ou neonatais adversos nos PD, para além de haver taxas de intervenções menores, em comparação aos PH. (7,8,14,17) No entanto para mulheres nulíparas o mesmo já não é verdade, sendo que se verificou uma maior mortalidade perinatal, mortalidade fetal intraparto, morbilidade neonatal, número de intervenções e necessidade de TH. (4,6-8,14,17) Quanto ao risco de morte neonatal tem havido discordância científica tendo alguns estudos afirmado que não havia um aumento de risco e outros que havia. (6,7,34)

Alguns investigadores relataram taxas mais altas de desfechos perinatais adversos, incluindo aumento da taxa de mortalidade neonatal e de morbilidade neonatal (essencialmente devido a dificuldades respiratórias e tentativas falhadas de reanimação) e asfixia intraparto, (6,17,34) nos PD tanto de países onde este não estava integrado no SS (EUA) como em países em que estava (Austrália, Holanda, Reino Unido). (7,13,14) No caso dos EUA tal poderia estar associado à presença de diretrizes menos rígidas. (4,14) A redução das intervenções médicas também foi associada a um risco aumentado de mortalidade

neonatal. (6) Contudo, estudos realizados em anos subsequentes já não apresentavam as mesmas conclusões, afirmando que não havia diferenças significativas na taxa de mortalidade neonatal entre PD e PH. (6)

Quanto ao PH, um estudo que analisou a gasometria do cordão umbilical demonstrou que o PH com monitorização fetal contínua favorecia o nascimento de crianças menos acidóticas. (4)

Já os PD estavam associados a menos exames vaginais, maior liberdade de movimento durante a monitorização fetal, atitude expectante do terceiro estágio de TP, clampagem tardia do cordão umbilical e taxas mais elevadas de aleitamento materno exclusivo subsequente. (6,11,13) Para além disso, alguns estudos enfatizam que os PD estavam também associados a taxas mais baixas de corioamnionite, coloração de mecónio do líquido amniótico, sofrimento fetal e ventilação assistida. (7) Adicionalmente, verificou-se que havia uma menor probabilidade dos RN serem internados em UCIN. (7,13,14)

Podemos salientar também que o PD foi preferido por uma minoria de grávidas, e a maioria das mulheres na sua primeira gestação optou por um PH, pelo que podemos deduzir que as mulheres que vivenciavam a sua primeira gravidez se sentiam mais seguras no hospital do que no domicílio. Verificou-se também que aproximadamente 4 a 10% das mulheres que pretendiam um PD, ao longo da gravidez, mudaram de opinião passando a optar por um PH. (9)

Para além desta comparação geral, consoante o país de onde provinham os estudos, os resultados observados sofriam ligeiras alterações. Em seguida, apresentamos algumas diferenças de organização do PD em alguns países onde: não estava integrado no SS (EUA); estava integrado no SS (Holanda); e estava integrado no SS com base num modelo de cuidados liderados por parteiras independentes, ou seja, onde atuavam de forma autónoma e sem vínculos diretos com os serviços obstétricos (Nova Zelândia) (tabela 7). (4,5,14,18,19)

Tabela 7- Resultados associados aos PD e PH de países específicos (4,5,14,18,19)

	Parto no Domicílio	Parto Hospitalar
EUA (4,14,18,19)	- Menos intervenções médicas - Maior risco de morte perinatal e neonatal (incluindo em fetos com apresentação pélvica e em mulheres com PC anterior). - Maior risco de convulsões neonatais ou disfunção neurológica grave	- Mais intervenções médicas - Menor risco de morte perinatal e neonatal (incluindo em fetos com apresentação pélvica e em mulheres com PC anterior). - Menor risco de convulsões neonatais ou disfunção neurológica grave

	-Índice de Apgar <4 ou <7 ao 5 minuto	
Holanda (4,5)	- Menor taxa de mortalidade intraparto neonatal precoce*	- Maior taxa de mortalidade intraparto neonatal precoce
Nova Zelândia** (4)	- Maior probabilidade de hipoxia intrauterina - Maior probabilidade de asfixia neonatal - Maior probabilidade de encefalopatia neonatal	- Menor probabilidade de hipoxia intrauterina - Menor probabilidade de asfixia neonatal - Menor probabilidade de encefalopatia neonatal - Menor probabilidade de índice de Apgar <7 ao 5 minuto

*Após ajuste do case-mix o risco relativo não mostrou um aumento significativo na mortalidade perinatal.

Sendo assim, podemos concluir que em países como a Holanda, o Reino Unido e o Canadá os PD são seguros e que a maioria das mulheres com GBR podem ter uma boa experiência ou até melhor e menos traumática com o PD do que com um PH, no entanto para os EUA o mesmo já não se verifica, pelo que foi defendido que não deveria ser aconselhado. (4,5,7,19)

Para além destes dados, têm sido discutidos outras questões que comparam os PD com os PH. Tem-se argumentado que o PD está associado a benefícios psicológicos, no entanto, há estudos realizados que não apontam diferença na incidência de tristeza e depressão periparto entre mulheres que tiveram um PD face às que tiveram um PH. (4) Para além disso, embora vários estudos sugiram que para a maioria dos casos o PD pode ser seguro, há quem defenda que tal se deve a que geralmente não ocorrem complicações, mas quando ocorrem, os riscos são maiores. (4)

Tem sido enfatizado que o PH está associado a uma cascata de intervenções e efeitos negativos ao TP. A primeira intervenção é a saída de casa, na qual a produção de oxitocina pode ser interrompida e o TP desacelerado. Assim, ao chegar ao hospital pode ser necessária indução ou aceleração do TP devido à desaceleração da progressão natural do mesmo. Para além disso, caso seja realizada amniotomia pode-se aumentar o risco de prolapso do cordão, especialmente se o feto não estiver encravado na pelve. (10,33) Também, dar à luz numa posição fisiologicamente menos vantajosa, deitada, onde o corpo tem de trabalhar contra a gravidade pode levar a que a expulsão do feto seja impedida e este entre em sofrimento e necessite de intervenções como o parto instrumental ou cirúrgico. O PH também pode causar asfixia fetal devido ao uso inapropriado de oxitocina. (10)

O ambiente hospitalar também tem sido alvo de críticas devido a se considerar que neste tanto a mãe como o bebé estão inadvertidamente expostos a patógenos desconhecidos que podem levar a consequências infecciosas mais ou menos graves. A necessidade de silêncio

para melhor estabelecer a amamentação também é um fator realçado que pode estar impedido. (10) Outros aspetos negativos salientados foram a iluminação, o cheiro, o barulho, as interrupções e as políticas restritivas. (12) No entanto, também foi salientado que o hospital oferece um ambiente seguro para mulheres em TP devido à capacidade de intervir, sem demora, caso ocorram complicações (ex.: prolapso do cordão umbilical, descolamento de placenta, distocia de ombros, queda da frequência cardíaca fetal (FCF) sem motivo aparente), o que não se verifica nos PD. (10)

4.3. Critérios de Segurança para Aptidão ao Parto no Domicílio

Dados de países como a Holanda, o Reino Unido e a Austrália evidenciam que o PD pode oferecer benefícios significativos tanto para a mãe como para o RN, especialmente para mulheres múltiparas. No entanto, exige a atribuição de recursos materiais adequados, a gestão do parto por PS devidamente acreditados e uma coordenação contínua com unidades hospitalares de obstetrícia e neonatologia. (6,20) Em países onde o PD está integrado no SS como o Reino Unido, a Holanda e o Canadá, a seleção de pacientes aptos para um PD tem por base critérios rigorosos de seleção. (14,18)

As parteiras devem ter a capacidade de realizar uma seleção adequada das grávidas aptas para um PD. (6) Desta forma, é importante salientar que existem diversos critérios que deverão ser verificados e cumpridos para que uma grávida possa ser elegível para um PD de forma segura (tabela 8) (6,18,20):

Tabela 8 – Critérios de aptidão para um PD (6,18,20)

Em relação à gravidez (6,18,20)
-Deverá ser de baixo risco (sem complicações como diabetes, HTA, placenta prévia, PC, ...)*
-Gravidez única
-Feto com estimativa de peso adequado para a idade gestacional
-Idade gestacional entre as 37 e as 41/42 semanas
-Feto em apresentação cefálica
-O TP deve ser de início espontâneo e sem rutura prematura de membrana
-Ausência de doença materna pré-existente
-Ausência de doença significativa com início durante a gravidez
Em relação à equipa (20)
-O acompanhamento da gravidez deverá ser realizado pelo profissional treinado que estará responsável pela realização do parto para que possa garantir e confirmar que estejam asseguradas as condições de segurança
-Deverão estar presentes dois Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO)

-Os EESMO deverão apresentar uma filosofia assistencial respeitante do processo fisiológico de nascimento e do protagonismo da mulher (humanização do parto)
-Equipa qualificada e treinada em emergências obstétricas e neonatal

Em relação à logística (20)

-A equipa deverá estar equipada com o material de emergência que possa ser necessário tanto para a mãe quanto para o bebé
-Existência de protocolos de transferência para um hospital que esteja a cerca de menos de 20 minutos do domicílio. Este deverá dispor de obstetra, anestesista e bloco operatório disponível 24 horas sendo que deve estar bem articulado com a equipa de PD caso exista algum indício de compromisso materno ou fetal**

*Condição de extrema importância.

Na Noruega apenas mulheres com GBR se qualificam para um PD, sendo que as primigestas devem ter um TMT <1 hora. (23)

**O TMT é controverso, sendo que vários estudos apresentavam opiniões diferentes sobre este.

É importante salientar que quando é realizada uma seleção rigorosa com base nestes critérios, as taxas de mortalidade perinatal dos PD são mais semelhantes à dos PH. (18) O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) aprova estes critérios de seleção e afirma que só assim é possível reduzir a taxa de mortalidade perinatal, alcançar resultados favoráveis e obter segurança nos PD. (8,18,33)

Em dezembro de 2014, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) atualizou as suas diretrizes para os cuidados intraparto na qual afirmava que o PD liderado por parteiras experientes era adequado para mulheres multíparas com GBR devido a estar associado a menores taxas de intervenção e o resultado para o RN ser semelhante ao dos PH. As diretrizes enfatizam que todas as mulheres que optem por um PD devem ter acesso rápido e seguro a uma unidade obstétrica hospitalar em caso de complicações médicas. (6,7,33)

É importante salientar que para além dos critérios de segurança para aptidão de um PD também existem algumas contraindicações absolutas, enfatizadas também pelo ACOG, para a realização do mesmo sendo estas má apresentação fetal, gestação múltipla e história de PC anterior. (6,8,18) Para além disso, existe consenso de que para gestações de alto risco (GAR) o PD está contraindicado e deve ser realizado um PH. (4,5,33)

4.4. Importância de um Plano de Parto

O PP é elaborado com o intuito de registar as preferências da grávida e/ou casal para o TP, parto e pós-parto. (40) Tem o intuito de melhorar a comunicação entre a grávida e o PS e deve ser usado como uma ferramenta para explorar e articular as suas preferências quanto à EP. (41) A sua redação é essencial para auxiliar a grávida a perceber o que acontece em

cada fase do TP e organizar as suas ideias e/ou do casal. Desta forma, favorece uma comunicação mais aprofundada com o prestador de cuidados de saúde sensibilizando-o para as suas prioridades, interesses, sentimentos e expectativas, para além de permitir colocar questões que facilitam a comunicação entre a grávida e a equipa obstétrica. (40)

É importante salientar que um PP é apenas um plano, linhas diretivas que poderão ou não acontecer dependendo do decorrer do TP e do estado da mãe e do bebé devido à sua imprevisibilidade. Assim, é essencial que a grávida encare o PP como desejos e não como um conjunto de regras que devem ser seguidas à risca. (40)

No caso de um PH, este é geralmente entregue na instituição onde o parto está planeado, a partir das 30 semanas, para que seja discutido e aperfeiçoado com a equipa obstétrica. Posteriormente deve ser anexado ao boletim da grávida e ao seu processo hospitalar para que aquando da admissão a equipa clínica presente tenha conhecimento e acesso ao mesmo. (40)

No caso de um PD o PP é geralmente elaborado ao longo da gravidez sendo revisto com a parteira que irá acompanhar a grávida durante o parto. (40)

No Reino Unido e nos EUA, por exemplo, afirma-se que o PP foi institucionalizado. Tal refere-se a que o PP foi incorporado nas notas de maternidade com o uso de terminologia específica que orienta as mulheres a fazerem a escolha que os profissionais consideram mais correta. Assim, as mulheres são confrontadas com a ilusão de escolha sendo as opções de PP restringidas a práticas comuns estabelecidas. (41)

O termo “plano de parto” dá uma falsa sensação de controlo e expectativas irrealistas às mulheres de que podem planear e controlar o seu parto, planeando exatamente o que acontecerá. Esta falsa expectativa aumenta a probabilidade de se sentirem desapontadas quando as suas expectativas não são atendidas. Desta forma, é importante ajudar as mulheres a realizar PP mais eficazes e realistas para evitar que percebam mal o seu papel e ajudar a evitar deceções e a induzir a consciência de que o parto não pode ser meticulosamente planeado. (41)

Os PP parecem contribuir para que as parteiras e as grávidas trabalhem em busca de objetivos comuns, embora nem sempre isso aconteça. Com os PP alguns profissionais afirmam que não se sentiram capazes de ser tão flexíveis e que se sentiam limitados por “regras e regulamentos” aos quais muitas vezes não consideravam ser as condutas mais corretas a seguir em determinadas situações. (41)

Por vezes há uma falta de flexibilidade e compreensão pelas grávidas de que algumas intervenções clínicas podem ser necessárias e de que são realizadas em prol da segurança, o que as leva muitas vezes a usar os PP como uma ferramenta defensiva. É necessário que estas percebam que os PP precisam de ser fluidos e flexíveis e que essa flexibilidade é importante no caso de a segurança do bebé e até da mãe venham a ser comprometidas. (41) Desta forma, os PS têm a obrigação de informar as mulheres sobre os PP, auxiliá-las e orientá-las durante a sua redação, questionando as práticas obstétricas que interferem nos cuidados centrados na mulher, informando-as das implicações de cada técnica. Foi sugerido que se alterasse o termo de “plano de parto” para “preferências de nascimento” devido a ser um termo mais perceptível do que se trata realmente um PP, sugestão com a qual estamos de acordo. (41)

4.5. Motivos que Incentivaram à Escolha do Tipo de Parto

Devido à influência de diversos fatores, a escolha de um tipo de parto é um assunto complexo e polémico. Esta escolha é influenciada por fatores ambientais, económicos, culturais, normas, valores e preferências sendo também influenciada pela personalidade e aspirações pessoais de cada mulher. Para além disso, esta decisão muitas vezes é também influenciada pela opinião do companheiro, familiares e amigos. (35) Algumas das razões salientadas pelas mulheres para optarem por um PD são (tabela 9) (4-6,11,12,20):

Tabela 9 – Razões que levaram à escolha de um PD (4-6,11,12,20)

Razões para a escolha de um PD
-Ambição do mínimo de intervenção possível e sem recurso a procedimentos clínicos (ex.: epidural)
-Expectativa de melhores resultados de saúde (para a mãe e para o bebé)
-Evitar intervenções médicas desnecessárias
-Vivenciar o parto de um modo fisiológico
-Segurança, conforto e tranquilidade
-Autonomia
-Maior controlo e poder decisão sobre o TP
-Experiência hospitalar prévia desagradável
-Evitar o “relógio do hospital” durante o TP
-Expectativa de um TP mais rápido
-Capacidade de decidir quem assistirá e acompanhará o parto
-Ambição de que o parceiro possa estar envolvido no TP
-Confiança da mulher no processo de parto
-Ambição de uma experiência prazerosa e íntima
-Maior controlo pessoal (ex.: usar as próprias roupas, tomar banho e circular livremente durante o TP)
-Ambição de um parto na água
-Ambiente confortável e familiar

-Motivos culturais ou religiosos
-Motivos económicos.

As fontes de informação salientadas como mais influentes na escolha do LP, por ordem decrescente, foram o ambiente cultural, os livros, os jornais e os vídeos disponíveis na internet. A internet e os media também foram identificadas como recursos-chave. As opiniões da família e dos amigos, especialmente do parceiro, também foram salientadas como importantes. (12)

As mulheres que pretendem um PD equiparam a intervenção médica como um sinal de segurança reduzida e confiam na capacidade inerente dos seus corpos para dar à luz sem interferências. (4) Tal é defendido devido a considerarem que o parto é um processo fisiológico que tem maior probabilidade de ocorrer sem contratempos num ambiente onde se sintam mais relaxadas, seguras e protegidas. (5)

Na Islândia, por exemplo, acreditam que a segurança do parto não é garantida pela alta tecnologia associada aos cuidados hospitalares. (37) Já na Escócia, as mulheres sentiam que dar à luz no hospital era a opção mais segura devido a estas viverem em zonas rurais a longas distâncias do hospital, portanto ter um PD não era uma opção devido ao TMT das suas casas até ao hospital mais próximo, caso surgissem complicações. (11) Os mesmos relatos também foram realçados por outras mulheres que viviam a 1-2 horas do hospital mais próximo e mencionavam que não podiam escolher outra opção para além do PH, mesmo que o quisessem, devido ao TMT. (12)

Alguns estudos apontam para que apesar das parteiras terem um papel ativo no auxílio da tomada de decisão, a influência cultural dificulta a livre tomada de opções. No entanto as mulheres ao saberem que as parteiras que as atenderam tinham experiência em PD deulhes uma sensação de segurança contra as adversidades que pudessem surgir. Algumas mulheres realçaram também que apesar da hospitalização oferecer segurança física, não oferece segurança emocional. (11) Para além disso, as mulheres ganham mais confiança e força na sua determinação sobre a segurança dos PD por meio da preparação pré-natal, como documentarem-se sobre a gravidez e o parto. (37)

Outro aspeto salientado por algumas mulheres que anteriormente tiveram um PH seguido de um PD afirmaram que a recuperação foi mais fácil no domicílio e que o TP progrediu mais rapidamente. Para além disso, o PH também foi enfatizado como demasiado médico em comparação ao PD. (12)

4.6. Opinião do Parceiro

Desde meados da década de 90 tem havido um reconhecimento crescente da importância de incluir os homens nos programas associados à saúde materna e neonatal (SMN). Estes detêm um papel importante na SMN, seja como parceiros ou como pais, e podem influenciar comportamentos associados à SMN nos seus agregados familiares. A perceção destes sobre a gravidez tem vindo a mudar, transitando de uma atitude de como sendo “um problema delas” para uma atitude de preocupação e apoio. (42) Assim, muitos homens, para além de prestarem apoio emocional, têm vindo a estar cientes da importância da sua presença, a expressar o desejo de estarem envolvidos na tomada de decisões em conjunto com as suas parceiras e a desempenhar um papel mais ativo e preponderante nestas preocupações e cuidados. (42,43) Contudo, apesar desta mudança crescente de paradigma, as intervenções e programas associados ao parto e à utilização dos serviços de saúde geralmente têm como alvo as mulheres e pouco tem sido feito para envolver os homens nas questões da saúde materna. (44)

Para que os homens possam estar envolvidos na tomada de decisões e ter uma participação ativa sobre estas questões têm de adquirir conhecimentos devidamente fundamentados sobre as questões associadas ao parto que possam surgir, de forma a poderem encorajar e apoiar as suas companheiras, como é o caso da escolha do LP. (44) Sendo assim, e em relação à opinião dos parceiros sobre a escolha do LP procurámos alguns relatos descritos na literatura consultada, e verificámos que não havia muita informação sobre os parceiros das mulheres que desejavam um PD, sobre esta questão. Salientamos que com base em alguns estudos, em casos em que as mulheres discutiam e decidiam o LP em conjunto com o seu parceiro, estes mostravam hesitação e, em alguns casos, certa desaprovação sobre a escolha do PD, sendo que muitas vezes preferiam que estas optassem por um PH. (12,37) Essa tendência estava mais associada aos pais de “primeira viagem”. No caso de pais que já haviam presenciado um PH mostravam-se mais abertos à possibilidade de um PD. (37) Houve também relatos de parceiros de mulheres que optaram por um PD e em que, devido a complicações, foi necessária uma TH, salientaram ter sofrido stress emocional significativo e terem tido dificuldade em testemunhar a difícil jornada de TP, pelo que preferiam que estas tivessem optado por um PH onde conseguiam ter acesso a melhores condições médicas. (4) Para além disso, alguns dos parceiros que leram e se informaram sobre o PD foram mais positivos em relação a esta opção e viram nela uma oportunidade de ocuparem um papel mais ativo do que o que teriam num PH. (37)

É necessário melhorar a literacia dos parceiros das mulheres que pretendem um PD de forma a ajudá-los a auxiliar as suas parceiras a tomar decisões. (4) Apesar de serem as

mulheres a passar fisiologicamente pelo parto, a gravidez é um processo conjunto em que as decisões devem ser tomadas em casal, pelo que a opinião do pai deve ser tida em conta. Salientamos ainda que o envolvimento masculino durante a gravidez e TP para além de afetar a dinâmica do relacionamento do casal também tem sido associado a uma redução da depressão no pós-parto (42).

4.7. Realidade nos Partos em Centros de Nascimento Especializados

Ao longo dos anos tem-se assistido a uma progressiva medicalização do parto. Todavia, a evidência e a posição de inúmeras organizações de saúde em todo o mundo defendem que se trata de uma desvantagem devido a transformar um evento fisiológico normal num procedimento médico, a interferir com a liberdade da mulher ter um EP em conformidade com os seus desejos e preferências, e ao recurso a intervenções eventualmente dispensáveis. Para além disso, a evidência produzida até hoje aponta no sentido de que quando se interfere com o decurso normal do TP existe uma maior probabilidade de desvio da normalidade e intervenção médica. (45)

Como afirma a Organização Mundial de Saúde, em alguns países europeus as parteiras são totalmente responsáveis pelo cuidado da gravidez normal e do parto, seja no hospital ou em casa. No entanto, em muitos outros países europeus e nos EUA quase todas as parteiras trabalham no hospital, sob supervisão do médico obstetra. Em alguns países desenvolvidos criaram-se Centros de Nascimento Especializados (CNE) fora dos hospitais onde as mulheres com GBR podem ter o parto numa atmosfera semelhante ao domicílio sob os cuidados primários prestados pelas parteiras. (15) A percentagem de partos realizados em CNE nos EUA é cerca de 0,5%, enquanto na Nova Zelândia e na Holanda é de 10% e na Inglaterra de 11%. (13)

Os CNE são liderados por EESMO que visam promover o parto fisiológico normal, nomeadamente em: 1) início e progressão espontâneos do TP; 2) condições biológicas e psicológicas que promovem uma EP positiva; 3) PV e dequitação espontâneos; 4) perda fisiológica de sangue; 5) adaptação à vida extrauterina através do contacto pele com pele mantendo a mãe e o bebé juntos durante o período pós-parto; 6) início precoce da amamentação. O seu objetivo é ter uma mãe e bebé saudáveis em ambiente fisiológico, mantendo cuidados médicos seguros com o menor nível possível de intervenção. Os CNE surgiram com o objetivo de resgatar o direito à privacidade e à dignidade da mulher durante o TP e pós-parto, num local semelhante ao seu ambiente familiar garantindo cuidados seguros e oferecendo-lhes recursos tecnológicos apropriados em caso de necessidade. (45)

Os EESMO promovem competências específicas necessárias ao exercício especializado no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que lhes permite assumir “no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que contemplam processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher” assim como as intervenções autónomas e interdependentes relativas às necessidades do RN saudável. (45)

Na maioria destes CNE não há monitorização fetal contínua nem aceleração artificial do TP e há um uso reduzido de analgésicos. Alguns estudos realizados com base na experiência sentida nestes CNE demonstram um elevado grau de satisfação das mulheres tendo havido uma maior probabilidade de PV, menores taxas de PC e instrumentado, menor número de intervenções, especialmente em relação à analgesia, indução e aceleração do TP. (13,15) Relativamente às taxas de traumatismo perineal e de HPP não têm sido relatados de diferenças significativas em comparação aos PH. (13) Quanto aos resultados obstétricos, não diferiam significativamente dos de uma unidade obstétrica. (15)

4.8. Quais os Principais Riscos

O parto é um processo que apesar de ser fisiológico não está livre de riscos, pelo que a qualquer momento podem-se desenrolar complicações inesperadas e emergentes. Tais complicações podem estar associadas a uma maior ou menor gravidade. (5) Os riscos associados ao PD podem ser minimizados ao utilizar o Modelo dos Três Atrasos. Geralmente, o risco de ocorrência de eventos adversos não é maior no PD, contudo o desenlace depende muito da resposta a esses eventos. Os principais perigos para o aumento dos riscos são a decisão tardia de procurar cuidados auxiliares, chegada tardia à unidade de saúde, e prestação tardia de cuidados hospitalares (tabela 10). (4)

Tabela 10 – Principais fatores de risco associados aos PD (4)

-Decisão tardia de procurar cuidados auxiliares
-Má avaliação do risco real da mulher (MRRCT*: PV anterior; MRECT*: PC anterior; apresentação pélvica; primigestas) → Atenção: Deve ser constantemente reavaliado para permitir que o diagnóstico de deterioração do quadro clínico seja feito no momento adequado e o resgate seja possível
-Falta de abertura para a TH (tanto da grávida como da parteira)
-Parteiras que não estão altamente treinadas (incluindo treino em emergências obstétricas)
-Falta de uma rede devidamente estruturada

-Chegada tardia a uma unidade de saúde
-Má comunicação entre a parteira e o hospital
-Atraso na TH (devem ser planejadas)
-Elevada distância de casa até à unidade hospitalar** (Importante: tempo da deslocação)
-Falta de um sistema de rede planejado caso seja necessária a TH (formação de um sistema de rede para a TH incluindo treino, consciencialização, comunicação, transporte e resposta rápida)
-Prestação tardia de cuidados obstétricos hospitalares
-Unidade hospitalar pouco receptiva (comunicação, confiança, empatia)
-Falta de uma resposta pela rede planeada (apoio mútuo)
-Não gerenciar a transferência como de alto risco na chegada
-Não existência de um obstetra vinculado à prestação de cuidados
-Má passagem dos cuidados da parteira para a equipa hospitalar

*MRECT: Mulheres com Risco Elevado de Complicações e de Transferência (MRECT); MRRCT: Mulheres com Risco Reduzido de Complicações e de Transferência (MRRCT)

**Na Holanda pretende-se que as mulheres aptas para um PD vivam a menos de 5 km do hospital, no entanto o fator mais importante é o tempo que a transferência leva. (4)

Um dos principais fatores associado ao aumento de riscos nos PD é a necessidade de TH. Em França, por exemplo, um estudo concluiu que as mortes neonatais associadas aos PD eram raras, no entanto eram mais frequentes quando as distâncias de transferência eram maiores. Nos casos em que o nascimento ocorria dentro de 60 minutos após a transferência, ocorreram resultados neonatais adversos, apenas em 1-2% dos casos. Um estudo alemão salientou que os motivos mais frequentes de TH foram a rutura prematura de membranas e a falha na progressão do TP. Nestes casos houve um aumento de PC e instrumentalizados e os bebés apresentavam uma maior probabilidade de apresentar índices de Apgar mais baixos e de serem internados em UCIN, principalmente em primigestas. Portanto, as mulheres transferidas durante o TP, em particular as nulíparas, representam um grupo de alto risco no qual pode ser necessária intervenção obstétrica. (4) Num estudo realizado, as TH ocorreram em 10% dos PD analisados, sendo que a grande maioria era transferida durante o TP, em 43% devido a causas maternas e em 57% por causas associadas ao feto ou RN. (6)

As principais complicações associadas ao PD são prolapso do cordão umbilical, descolamento de placenta, distocia de ombros e queda da FCF sem motivo aparente (tabela 11). É importante reconhecer que estas complicações são raras, porém graves sendo consideradas emergências, pelo que devem ser alvo de especial preocupação médica. (10,14) Estas podem ocorrer de forma imprevisível, independentemente da paridade. (14)

Tabela 11 – Principais complicações e riscos associados ao PD (6,10,14,18)

Principais complicações e riscos associados ao PD

- Prolapso do cordão umbilical
- Descolamento de placenta
- Distocia de ombros
- Queda da FCF sem motivo aparente
- Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI)*
- Síndrome de aspiração de mecônio
- Presença de nado morto após o início do TP
- Danos cerebrais neonatais
- Convulsões neonatais
- Índice de Apgar <7 aos 5 minutos
- Lesão do plexo braquial
- Fratura do úmero ou da clavícula

*Os RN com EHI que precisaram de resfriamento foram mais frequentes em PD. (6)

No caso de complicações obstétricas que requerem parto imediato, como o prolapso do cordão umbilical e o descolamento prematuro da placenta, é provável que o tempo gasto com a transferência de casa para o hospital tenha influenciado a morbidade materna e neonatal. (9) Quanto à distocia de ombros é importante realçar que a morbidade materna estará conseqüentemente aumentada, em particular devido à HPP e às lacerações perineais de III-IV, que são complicações relativamente frequentes. (9,10)

Nos EUA, por exemplo, o PD mostrou-se associado a um aumento do risco de morte fetal e neonatal, índice de Apgar <4 ou <7 aos 5 minutos e convulsões neonatais. O índice de Apgar <4 aos 5 minutos e as convulsões neonatais são fatores prognósticos de morte neonatal e de lesão neurológica, como paralisia cerebral e comprometimento do desenvolvimento a longo prazo. (14) Estes piores resultados têm sido associados à localização dos domicílios, a parteiras menos experientes, à má identificação do risco e a problemas organizacionais. (18)

As mulheres que apresentavam risco aumentado de resultados perinatais adversos como morte perinatal, morte neonatal ou lesão no parto foram as que apresentavam alguma das seguintes condições: primigestas/nulíparas, apresentação pélvica, PC anterior, idade gestacional ≥ 41 semanas e idade > 35 anos. Para além disso, também apresentavam uma maior probabilidade de necessitar de TH. (5,6,18,23) Este estudo verificou também que a primiparidade e a idade gestacional ≥ 41 semanas representavam um risco significativamente aumentado, pelo que defendem que estes fatores deveriam ser adicionados às contraindicações absolutas listadas pelo ACOG. (18) Adicionalmente, pode ainda haver um risco acrescido para a mãe no caso de esta ter uma doença sistémica de base ou desenvolvida durante a gravidez. (8)

4.9. Como são Resolvidos os Imprevistos e Complicações

Quando ocorrem complicações no parto é de extrema importância que estejam disponíveis, tanto para a mulher como para o feto/RN, todos os meios possíveis de intervenção para assegurar o bem-estar e sobrevivência de ambos. (15)

A maioria das complicações que surgem durante o TP no domicílio têm de ser resolvidas no ambiente hospitalar, pelo que é necessário realizar uma TH. A necessidade materna e fetal de TH durante o TP é muitas vezes imprevisível sendo que as principais indicações incluem a falha na progressão do TP, distocia de ombros e a necessidade de alívio da dor, sendo que estas são mais prevalentes em mulheres nulíparas (tabela 12) (7-9,21,34):

Tabela 12 – Indicações para a TH (7-9,21,34)

Indicações intra-parto	Indicações pós-parto
-Falha no progresso do TP	-Lacerações vaginais ou do colo do útero**
-Necessidade de alívio da dor ou de medicação farmacológico do TP	-HPP que não responde aos tratamentos ou inexplicável
-Má apresentação fetal*	-Rutura do esfíncter
-Desenvolvimento de sinais de HTA gestacional	-Atonia uterina
-Evidência de corioamnionite	-Placenta retida
-Febre	-Placenta acreta, increta ou percreta
-Traçados suspeitos e/ou deterioração abrupta da FCF	-Estado de saúde instável
-Rutura uterina	
-Hemorragia aguda	
-Descolamento prematuro da placenta	
-Vasa prévia	
-Sépsis aguda	
-Prolapso do cordão umbilical	
-Distocia de ombros	
-Baixo/Alto peso ao nascimento inesperado	
-Stress fetal (incluindo sinais de desconforto respiratório)	
-Malformações inesperadas	

*Identificada durante o TP.

**Que requeiram intervenção para além da experiência da parteira assistente.

É de salientar que a maioria das indicações para a TH não são situações de emergência e as mesmas ocorrem apenas após o início do TP. (9,21,34) No caso de complicações extremamente repentinas, mesmo com o transporte rápido, pode não ser possível evitar que o feto ou a gestante morram ou ocorram danos graves como paragem cardiorrespiratória súbita, distocia de ombros ou hemorragia incontrolável. (4,12,34) No caso de hemorragia grave e complicações placentárias, a parturiente pode já estar em choque aquando da

admissão hospitalar e mesmo que o tratamento seja instituído imediatamente pode não ser possível salvá-la. Desta forma, dada a gravidade de algumas das situações clínicas razões que motivam a necessidade de transporte, mesmo uma taxa muito baixa de TH deve gerar preocupação considerável. (34)

Um estudo realizado no Reino Unido sugere que cerca de 25% das mulheres que têm um PD podem ser transferidas para um hospital durante o TP, enquanto um estudo na Nova Zelândia concluiu que era cerca de 17%. (46) Já outro estudo salientou que a taxa de TH após o início do TP varia entre 9 a 13%. (21) Em alguns casos em que foi necessária uma TH foi relatado pelas mulheres que experienciaram uma sensação de abandono nos casos em que a parteira as não pôde acompanhar e de emoções negativas como é o caso de ansiedade e decepção. (46) Adicionalmente, as mulheres que eram transferidas tiveram taxas mais elevadas de parto instrumentado, PC e anestesia epidural. (34)

4.10. Opiniões dos Profissionais de Saúde

Não há dúvidas que a nível internacional existe uma discrepância considerável sobre as opiniões entre os PS alusivas ao PD e se este deve ser ou não promovido. (17) Desta forma, reunimos algumas opiniões salientadas na literatura consultada.

Relativamente às parteiras, estas tinham a forte convicção de que a grande maioria das mulheres era capaz de dar à luz no domicílio sem intervenções obstétricas. Acreditavam que respeitar as escolhas e a intuição das grávidas era fundamental e que o PD pode ser benéfico tanto para a mãe quanto para o bebé visto que pode facilitar o vínculo mãe-filho e o estabelecimento da amamentação. (16,33) As parteiras ambicionavam criar as melhores condições para a mulher e para o casal de forma a que, na sua própria casa, pudessem criar um ambiente onde a mulher se sentisse segura e o seu parceiro pudesse desempenhar um papel ativo. Para além disso, salientavam que era importante ter paciência durante o TP e esperar que este se desenrolasse de maneira natural e sem incentivos medicamentosos, sendo que consideravam que a aceleração do TP era a maior ameaça à progressão do parto. (33) Também enfatizaram que o PD podia melhorar a EP dado ao TP, por norma, ser mais fácil e menos traumático devido à mulher se sentir mais relaxada e calma. (16)

Um aspeto benéfico realçado pelas parteiras foi a possibilidade de poderem trabalhar sem perturbações e ao seu próprio ritmo, assistindo apenas uma mulher de cada vez, o que não era possível num ambiente hospitalar. A ausência de fatores stressantes como os presentes num hospital (ex.: alguém a bater na porta a informar que outra paciente necessitava de cuidados, ruídos mecânicos, gritos de outras mulheres) proporcionava serenidade e

permitia aumentar o foco para detetar alterações na progressão do TP que requeressem a sua atenção, permitindo que a parteira apoie totalmente a parturiente e seu parceiro. (16)

Alguns PS que apoiam o PD afirmavam fazê-lo pelo direito de escolha da mulher, por ter um menor custo para a grávida e, se o PD não fosse apoiado, algumas mulheres poderiam optar por ter um parto por “conta própria”, o que seria ainda mais nefasto. (4,12)

Quem defende o PD argumenta que no PH são utilizadas práticas que aumentam o risco de rutura uterina como é o caso da indução ou intensificação do TP. Para além disso, práticas como a liberdade de movimento e suporte contínuo estão associadas ao aumento de sucesso do PV em geral, incluindo do PV após um PC. (34) É de salientar que o Royal College of Midwives e o Royal College of Obstetricians and Gynecologists defendem que “não há razão para que o PD não deva ser oferecido a mulheres com GBR e pode conferir benefícios consideráveis para elas e as suas famílias”. (17,34) Também no Reino Unido o NICE emitiu orientações referindo que os PS devem aconselhar todas as grávidas com GBR a ter um parto fora do hospital por estar associado a menores taxas de intervenções e os resultados para o bebé não diferirem em comparação com uma unidade de obstetrícia. (15,33)

No Reino Unido o governo está a favor de aumentar a taxa de natalidade no domicílio. (17) Enquanto os médicos de família e os obstetras tendem a ter uma opinião neutra, já os pediatras e neonatologistas estão contra. (4,17) Estes manifestam opiniões mais negativas sobre o PD do que qualquer outro grupo profissional, sendo que estas opiniões resultavam muitas vezes de experiências pessoais de gestão de bebés com complicações que necessitaram de ser transferidos para o hospital com morbilidade neonatal após o nascimento em casa. Todos os profissionais expressam preocupação com a falta de recursos adequados para permitir a prestação de um serviço de PD seguro e eficaz, sendo que muitos clínicos gerais defendiam que se devia criar mais CNE e garantir melhor financiamento dos serviços de obstetrícia. Contudo, enquanto os obstetras do Reino Unido apresentavam uma opinião neutra, o mesmo não se verificou com a dos obstetras canadenses que detinham opiniões predominantemente negativas. (17)

Pouco depois das orientações emitidas pelo NICE, o New England Journal of Medicine convidou o obstetra americano Nell Shah, M.D., M.P.P. a comentar os dados fornecidos afirmando este inequivocamente que “os hospitais e centros de parto são o cenário mais seguro para o nascimento. Como obstetra americano formado não tenho dúvidas de que os EUA oferecem um excelente atendimento para gestações clinicamente complicadas. Mas há lições a serem aprendidas com o sistema britânico. Para a maioria das mulheres com GBR é de facto melhor dar à luz no Reino Unido.”. (15)

Contudo, a maioria dos PS não concordavam com a segurança do PD sendo que, com exceção das parteiras, os restantes PS não tinham formação ou conhecimentos relacionados com a gestão do parto fora do hospital. (12) Alguns profissionais argumentavam que o parto é um processo imprevisível havendo sempre a possibilidade de ocorrerem imprevistos durante o parto, independentemente do LP e do nível de risco da gravidez, pelo que este deveria ser realizado no hospital para que fosse possível dar uma resposta imediata e atempada às complicações que pudessem surgir. (5,6,10,37) Na Islândia os médicos não eram contra o PD e alguns consideravam que o PD poderia ser uma opção em alguns casos específicos, no entanto, concordavam com as declarações anteriormente apresentadas e discutiam como sendo importante a presença de algumas condições que se associavam à sua segurança, tais como o acesso rápido a intervenções médicas em unidades hospitalares. (37)

O ACOG não apoia o PD argumentando que, embora a escolha da mulher deva ser respeitada e haja benefícios maternos associados ao PD, os “hospitais e centros de parto são o local mais seguro para o parto” devido à falta de evidências sobre a segurança dos PD. Contudo, o ACOG reconhece que as mulheres têm o direito de tomar decisões informadas sobre o LP e que a segurança está associada à disponibilidade de transferência oportuna e a uma rede bem estrutura de transferência. (17,21) No entanto, há também quem considere que ao optarem por um PD, mesmo morando perto de um hospital, as mulheres estavam a priorizar a sua experiência sobre a segurança do bebé. (11) Da mesma forma, a Dra Kristi Watterberg, Presidente do Comitê de Fetos e Recém-Nascidos da American Academy of Pediatrics (AAP) concorda e enfatiza que os hospitais e CNE são os locais mais seguros para o nascimento nos EUA. (17)

Geralmente acredita-se que uma das vantagens do PD é a redução da intervenção médica. No entanto, ainda não foi determinado se a redução destas intervenções é vantajosa ou não para o bem-estar fetal, sendo que há quem tenha relatado e defenda que a redução das intervenções médicas estava associada ao aumento do risco de morte neonatal. (9)

Em Espanha os PS defendem que para que os PD sejam seguros devem cumprir os seguintes critérios: 1) grávidas com ausência de critérios de risco durante a gravidez; 2) compreensão dos pais sobre as implicações de um PD; 3) disponibilidade de recursos adequados para o ambiente doméstico, além do apoio de familiares próximos; 4) profissionais altamente qualificados e existência de um sistema de transporte que permita da TH em tempo útil. Dada a atual estrutura do SS espanhol o PD não era seguro e por esse motivo, para já, não poderia ser recomendado. (6)

De qualquer maneira, independentemente da opinião pessoal de cada PS sobre o PD, todos concordavam que era importante melhorar a colaboração interprofissional, com ênfase à estabelecida entre os profissionais responsáveis pelos PD e pelos PH. (21)

4.11. Parecer da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros em Portugal

Devido ao crescimento associado aos PD, o debate sobre este no nosso país tem ganhado volume e o maior argumento em debate centra-se em torno da segurança, sendo que em Portugal o PD ainda não é regulado. (47-49) Estes debates resultam essencialmente de movimentos sociais movidos por mulheres insatisfeitas e inconformadas pela falta de liberdade para assumirem escolhas livres e informadas sobre o modo e o local de nascimento dos seus filhos. (49) Tanto a Organização Mundial de Saúde como a Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras respeitam o direito de escolha do LP pelas mulheres e reconhecem que, quando assistido por profissionais habilitados, o PD pode estar associado a benefícios para GBR. (50) Adicionalmente, reunimos os pareceres da Ordem dos Médicos (OM) e da Ordem dos Enfermeiros (OE) sobre esta questão.

O Colégio de Pediatria da OM em 2014 mostrou desagrado relativamente ao PD alegando que esta modalidade de assistência não garantia a segurança do bebé e que, para ser considerada admissível seriam necessários “meios logísticos muito sofisticados e dispendiosos”, no entanto não esclarecem a que meios se referiam. Alegaram ainda que, nos poucos países onde essa prática estava integrada no SS, a mortalidade perinatal era superior à de Portugal. No entanto, com base nos estudos realizados, tal não se tem verificado e de facto é economicamente mais favorável do que o PH. (49)

Quanto à OE, em 2014 foi emitido um parecer que afirmava que o aumento do número de PD em Portugal era evidente e estava relacionado com as expectativas e a falta de resposta dos serviços de saúde às opções assistenciais que as/os mulheres/casais desejam ver assegurados nomeadamente: a escolha dos profissionais que querem que os acompanhem; a garantia de uma filosofia assistencial que respeite o processo fisiológico da gravidez e do parto; e um acompanhamento profissional regular, personalizado e de proximidade que transmita confiança e respeite a privacidade e a liberdade de escolha suportada em decisões informadas. (49,51,52) Contudo afirma que não pretende fomentar o PD ou qualquer outro tipo de parto, visto que atualmente não existem condições no país para o parto não hospitalar, mas que esta decisão deve pertencer apenas ao casal. (48)

Sendo assim, torna-se imperativo que os casais que pretendem um PD procurem respostas a estas três questões essenciais (51,52):

- 1) Quais os PS com competência para vigiar a gravidez e realizar um PD?
- 2) Que competências têm de ter os PS que os vão acompanhar?
- 3) Que casais podem optar por um PD?

O Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia emitiu algumas recomendações com o intuito de otimizar a assistência ao planeamento e a segurança dos PD e também alertar e esclarecer os casais sobre alguns pontos fundamentais aquando da decisão por este tipo de parto garantindo que (48,49,51,52):

- 1) A situação de saúde da mãe e do bebé cumprem todos os critérios básicos de segurança (gestação saudável entre as 37 e as 42 semanas, início de TP espontâneo e bem-estar materno/fetal ao início do processo de TP);
- 2) A escolha do PS adequado (em Portugal apenas os Médicos Especialistas em Obstetrícia e Ginecologia e os EESMO estão habilitados e são legalmente competentes para o desempenho destas funções) que deve realizar o seguimento ao longo de toda a gravidez;
- 3) Questionem os PS escolhidos quanto à sua metodologia de trabalho, sendo que é recomendado que:
 - a. Não trabalhe sozinho (aconselha-se a presença de dois PS);
 - b. Seja formalizado um Consentimento Informado e Esclarecido escrito e assinado tanto pelo casal como pelos PS (para que todas as partes envolvidas estejam a par e de acordo com o tipo de parto, as suas condições de realização e riscos associados);
 - c. A assistência profissional tem de ser contínua e as competências inerentes a esta metodologia devem:
 - i. Estar focalizadas em prestar assistência individualizada à grávida/casal;
 - ii. Ter formação e experiência na gestão de TP normais;
 - iii. Estar articuladas com equipas de assistência perinatal de outros serviços de saúde para o caso de surgirem indicações de compromisso materno-fetal;
 - iv. Saber identificar e interpretar sinais prodrómicos de TP;
 - v. Implementar estratégias que aliviem o desconforto causado por sinais prodrómicos ao longo do TP;
 - vi. Ser capazes de detetar complicações e fazer uma correta gestão destas.

- 4) Se esclareçam sobre: a distância entre o LP, a urgência obstétrica mais próxima e a residência dos PS; o plano no caso de urgência/emergência; e o equipamento a utilizar durante o TP, parto e pós-parto.

5. Conclusões

Com base nos resultados encontrados, os PD requerem um planejamento minucioso. É essencial haver critérios rigorosos de seleção em relação à grávida (GBR, gravidez única, feto com peso normal, idade gestacional entre 37-41/42 semanas, apresentação cefálica, mãe e bebê saudáveis, ...), à equipa e à logística (rede robusta e bem estruturada de transferência, incluindo coordenação contínua com as unidades hospitalares de obstetrícia e neonatologia; ter obstetra, anestesista e bloco operatório disponível 24 horas no hospital de receção; protocolos de TH bem estabelecidos; TMT < 20 minutos; boa comunicação, relação e articulação entre a parteira e a equipa hospitalar). Estes critérios são essenciais para prevenir o aumento da morbimortalidade materna e infantil. Em contrapartida, existem também contraindicações absolutas: má apresentação fetal, gestação múltipla e história de PC anterior. As GAR também devem ser contraindicadas.

Para se poder optar com um PD é necessário ter em conta vários fatores que levam ao aumento do risco de eventos adversos como: o histórico obstétrico e de saúde da grávida; os recursos, a distância e o TMT para a TH; experiência e habilidade da parteira; ... Geralmente o risco de ocorrência de eventos adversos não é maior nos PD, mas dependem muito de como é dada a resposta a esses eventos no âmbito da TH (decisão tardia de procurar cuidados auxiliares, chegada tardia à unidade de saúde e prestação tardia de cuidados hospitalares). As principais complicações são: prolapso do cordão umbilical; descolamento de placenta; distocia de ombros e queda da FCF sem motivo aparente, sendo que apesar de raras são emergências e independentes da paridade. A maioria das complicações que surgem durante o TP têm de ser resolvidas no hospital, o que implica a necessidade de TH para a qual existem indicações específicas, sendo que a maioria não são urgentes. As mulheres com maior risco associado e consequentemente de precisar de TH eram as que apresentavam alguma destas condições: primigestas/nulíparas; apresentação pélvica; PC anterior; idade gestacional ≥ 41 semanas; e idade > 35 anos, sendo que foi defendido que a primiparidade e idade gestacional ≥ 41 semanas deveriam ser adicionadas às contraindicações absolutas devido ao aumento significativo de risco. É necessário ter em consideração o Modelo dos Três Atrasos que se tem mostrado vantajoso na prevenção da morbimortalidade materna e neonatal.

As complicações têm de ser identificadas precocemente para que seja garantida uma TH imediata. Caso estas sejam extremamente repentinas, mesmo com o transporte rápido, pode não ser possível evitar danos graves ou até mesmo a morte do feto ou da gestante.

Assim, mesmo que raras, a gravidade de algumas complicações devem gerar preocupação considerável. Desta forma, verificou-se que a TH era necessária em mais de 10% dos PD sendo que em primigestas/nulíparas tal ocorria em 45% dos casos e havia um risco aumentado de intervenção cirúrgica, de RN com índice de Apgar mais baixo e de serem internados em UCIN. O TMT é controverso, havendo opiniões que devem ser <60 minutos ou <20 minutos, no entanto existe consenso de que este tem de ser reduzido para evitar o aumento de riscos e de mortes, sendo que quando o nascimento ocorria dentro de 60 minutos após a TH ocorreram resultados adversos em 1-2% dos casos. Para além do mais, a parteira tem de ter treino em emergências obstétricas e ser capaz de estabilizar a situação até ao transporte chegar.

Comparando o PD e o PH podemos salientar que os PD estavam associados: a menos intervenções; maior probabilidade de parto espontâneo; maior risco de laceração de grau III-IV; maior risco de resultados neonatais adversos para nulíparas. Também havia aspetos semelhantes: taxa de mortalidade perinatal; risco de baixo índice de Apgar e asfixia neonatal; taxa de morbidade neonatal e taxa de rutura uterina. Assim, quanto aos resultados maternos, perinatais e neonatais (relativamente às taxas de morbimortalidade) dos PD houve discrepância de resultados, mas em geral eram semelhantes aos dos PH em países em que estavam integrados no SS. Já nos países em que não estava tal não se verificava e devia ser desaconselhado. Portanto, os PD são seguros apenas para múltiparas com GBR sendo que nestes podiam ter uma melhor experiência, menos traumática, associada a menos intervenções e com diversos benefícios. Foram realçados também outros pontos positivos associados aos PD: maior liberdade de movimento; atitude expectante do 3º estágio de TP; clampagem tardia do cordão umbilical; taxas mais elevadas de aleitamento materno; menos probabilidade de internamento em UCIN; taxas mais baixas de corioamionite, coloração de mecónio, intolerância fetal ao TP e ventilação assistida. Quanto aos benefícios do PD a nível psicológico não existe consenso.

Desta forma, e respondendo à questão geral desta monografia, o PD é uma alternativa segura ou aumenta a morbimortalidade? Depende. Para que o PD seja seguro é importante que: seja minuciosamente planeado; haja a existência de critérios de aptidão específicos que têm de ser cumpridos à risca; se tenha em atenção o histórico de saúde da grávida; as contra-indicações absolutas sejam respeitadas e excluídas as GAR; haja uma rede robusta e bem estruturada de transferência com protocolos bem estabelecidos com atenção aos recursos, à distância e ao TMT; seja realizada uma gestão adequada com base no Modelo dos Três Atrasos; o TMT seja reduzido; se identifique precocemente as complicações, as indicações que requerem TH e as condições que apresentam maior risco de vir a necessitar; a TH seja realizada atempadamente; a parteira tenha treino em emergências obstétricas e

seja capaz de estabilizar a situação até ao transporte chegar; haja obstetra, anestesista e bloco operatório disponível 24 horas no hospital de receção; e haja uma boa articulação entre a parteira e a equipa hospitalar. Portanto, só se forem cumpridos estes critérios e, desta forma, haja trabalho em equipa, ampla experiência, suporte neonatal e anestesia, para além de estar bem integrado no SS, é que se torna seguro e se reduz significativamente as taxas de morbimortalidade materna e infantil assemelhando-se às dos PH, caso contrário pode ser perigoso. Quanto ao TMT, é consensual que deve ser reduzido, no entanto consideramos que devem ser feitos mais estudos para estabelecer um limite máximo e consensual de TMT que seja permitido. Geralmente acredita-se que uma das vantagens do PD é a redução da intervenção médica, no entanto ainda não foi determinado se a redução das intervenções é vantajosa ou não para a grávida e para o bem-estar fetal.

Desta forma, o PD continua a ser um tema controverso, que tem provocado acesas discussões entre defensores e detratores. Enquanto o PD procura privilegiar a individualidade e a autonomia da mulher, o PH assume como capital importância a segurança da grávida e do RN. Quanto ao PP, parece ser um valioso contributo para a comunicação entre a grávida e a equipa obstétrica, no sentido das opções do tipo de parto. Em Portugal, ao contrário de outros países europeus, nos quais o PD adquiriu popularidade ou é mesmo incentivado, a sua implementação ainda é escassa. Apesar de ser uma realidade legal, a OM desaconselha-os enquanto a OE emitiu recomendações para a sua realização. No entanto, não existem critérios bem definidos que orientem os casais que o pretendem ou os profissionais que o praticam e para que decorra com a máxima segurança é recomendável que seja enquadrado no plano nacional de assistência à grávida, ou seja, que esta opção esteja prevista e seja regulada. Em Portugal, o PD é alvo fácil de sensacionalismos, de protagonismos e atrativo para quem se quer afirmar como “diferente”, relegando-se para segundo lugar o benefício para a saúde. Portanto, para já não é seguro no nosso país e para que o seja é necessário que sejam seguidas as condições anteriormente salientadas. Contudo, consideramos que a investigação científica em torno da segurança do PD ainda não é suficientemente esclarecedora e, desta forma, devem ser realizados estudos adicionais com o intuito de se adquirir mais conhecimentos sobre a morbimortalidade associada aos PD e seja possível contribuir para que estes se tornem irrefutavelmente seguros.

6. Perspetivas para o Futuro

Torna-se evidente que há muito a ser feito para a implementação do PD, incluindo melhorar a relação e o tratamento médico-doente, a comunicação entre os PS e uma evolução no sentido de um novo paradigma na assistência obstétrica que possa contemplar o PD.

As evidências científicas têm comprovado que os PD planeados para GBR, assistido por EESMO e na presença de um sistema de transferência e articulação hospitalar em caso de necessidade podem ser considerados seguros tanto para a mãe como para o RN, com resultados semelhantes de taxas de MM e neonatal aos PH. Sendo assim, podem-se colocar duas questões (49):

- 1) Porquê que em Portugal o PD ainda não está ao alcance de todas as mulheres como uma opção livre, informada e apoiada?
- 2) Será que as decisões pessoais, profissionais e políticas até ao momento têm tido por base a evidência ou o preconceito?

A nível mundial, Portugal encontra-se entre os países com as taxas mais baixas de MM. Será ainda pertinente salientar que países como a Austrália, o Japão e a Holanda, onde o PD está integrado no SS, a taxa de MM tende a ser inferior à de Portugal (dados de 2023). É interessante salientar também que a Austrália e a Holanda apresentam taxas de mortalidade neonatal semelhantes à de Portugal e, adicionalmente, o Japão apresenta uma taxa ainda mais baixa, sendo dos países a nível mundial com taxas de mortalidade neonatal mais baixas (dados de 2013). (49)

A falta de naturalidade com que crescentemente a nossa sociedade encara o fenómeno do parto faz com que frequentemente as mulheres que optem por vivenciá-lo de um modo fisiológico, com o mínimo de intervenção possível, independentemente até do LP, sejam vítimas de preconceitos e incentivadas por um SS dominador a repensar sobre as suas escolhas. Contudo, não só as mulheres são vítimas de preconceito, como também os PS que as apoiam nas suas decisões, como se estivessem a trabalhar à margem do sistema, motivo também pelo qual não existem muitos EESMO disponíveis para o acompanhamento dos PD. (49)

Atualmente, o PD não é participado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) apesar dos apelos realizados neste sentido, do número crescente de mulheres que procura este tipo de

assistência e da evidência científica dos seus benefícios. Permanece a questão, porque não em Portugal? (49)

As mulheres que procuram os PD fazem-no na procura de evitar a medicalização do parto, da sensação de segurança familiar, da satisfação pessoal, da autonomia e do respeito pelas suas convicções e direitos, que é necessário respeitar. Nesse sentido, há que reformular os atuais conceitos dos PS, das instituições hospitalares e das políticas de saúde no sentido da viabilidade do PD, especialmente em Portugal, que é dos países da Europa mais atrasado na sua implementação.

De encontro ao que já foi experienciado com sucesso em outros países “ocidentais”, parece-nos viável, em Portugal, a implementação, numa primeira fase, de PH reproduzindo as características peculiares do PD, os denominados ambientes hospitalares *mother-friendly*, (4,35) que manterão toda a segurança do PH, e induzirão um efeito pedagógico sobre os PS e as próprias instituições hospitalares. Os PS terão assim a oportunidade de vivenciar as vantagens do PD e desenvolverem uma sensibilidade que favoreça a sua implementação. Também as maternidades tenderão a criar as estruturas necessárias a uma rápida assistência às complicações intraparto, que será vital para o bom desfecho obstétrico.

Numa segunda fase, as políticas de saúde terão de acarinhar o PD, enquanto parte integrante dos cuidados obstétricos à grávida. Há que reconhecer o direito da autonomia das mulheres sobre a sua vontade quanto ao tipo de parto que desejam, dentro da indispensável segurança médica. A vontade política, o envolvimento dos media e a pressão da opinião pública, terão neste aspeto, um papel relevante na implementação do PD, tanto na sua divulgação como na sua indispensável regulação.

Segundo uma alteração da orientação da Direção Geral da Saúde (DGS) publicada no dia 10 de maio de 2023, os partos resultantes de GBR vão passar a poder ser assegurados por EESMO deixando assim de ser realizados por médicos obstetras. É importante salientar que a maioria dos partos são considerados de baixo risco. Esta alteração, que consta de uma prática que já se realiza nalguns hospitais, pretende tentar solucionar os problemas decorrentes da falta de obstetras, anestesistas e pediatras que agravam a pressão nas urgências do SNS. No entanto, os médicos de Obstetrícia e Ginecologia manter-se-ão sempre para os partos mais complexos e que requeiram o recurso a instrumentalização. Já os partos eutócicos de baixo risco, serão assegurados pelos EESMO desde o internamento até às primeiras horas de vida do bebé. Segundo a norma, "os principais objetivos a atingir são a promoção de cuidados de saúde de qualidade, com foco principal na segurança materno-fetal, bem como numa experiência positiva no parto para a grávida e para a

família". (53) Desta forma, esta alteração da orientação da DGS vem por este meio servir de suporte e argumento a favor de evoluir no sentido da regulamentação dos PD dado que nestes os partos já são assegurados por EESMO e apenas são assistidos por médicos quando necessário, pelo que poderia ser algo a adotar e a incentivar pelo SNS.

Assim, para que o PD deixe de ser um tabu em Portugal e deixe de suscitar medo e aversão ou protagonismo inconsciente, consideramos que é necessário não o combater, mas sim regulá-lo.

7. Referência Bibliográfica

1. PORDATA. Partos: total e em estabelecimentos de saúde [Internet]. 2022 May 20 [updated 2022 May 20; cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/partos+total+e+em+estabelecimentos+de+saúd+e-152>
2. PORDATA. Taxa de mortalidade perinatal e neonatal [Internet]. 2022 May 20 [updated 2022 May 20; cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>
3. PORDATA. Partos nos hospitais: total e por tipo [Internet]. 2022 Dec 27 [updated 2022 Dec 27; cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/partos+nos+hospitais+total+e+por+tipo-1509>
4. Walker JJ. Planned home birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2017 Aug;43:76–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28694057/>
5. Nove A, Berrington A, Matthews Z. The methodological challenges of attempting to compare the safety of home and hospital birth in terms of the risk of perinatal death. *Midwifery* [Internet]. 2012 Oct;28(5):619–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22951423/>
6. Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Fernández MGE, González-Pacheco N, Martín A, et al. Home births: A growing phenomenon with potential risks. *An Pediatría* [Internet]. 2020 Oct;93(4):266.e1-266.e6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32800721/>
7. Nurse-Midwives AC of. Midwifery Provision of Home Birth Services: American College of Nurse-Midwives. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2016 Jan-Feb;61(127–133). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26676378/>
8. Halfdansson B, Hildingsson I, Smarason AK, Sveinsdottir H, Olafsdottir OA. Contraindications in planned home birth in Iceland: A retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2018 Mar;15:10–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29389494/>
9. Rossi AC, Prefumo F. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2018 Mar;222:102–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29408739/>
10. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Systematic Reviews* [Internet]. 2012 Sep 12;9(9):CD000352. Available

- from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22972043/>
11. Hadjigeorgiou E, Kouta C, Papastavrou E, Papadopoulos I, Mårtensson LB. Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery* [Internet]. 2012 Jun;28(3):380–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21683487/>
 12. Murray-Davis B, McDonald H, Rietsma A, Coubrough M, Hutton E. Deciding on home or hospital birth: results of the Ontario Choice of Birthplace Survey. *Midwifery* [Internet]. 2014 Jul;30(7):869–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24613009/>
 13. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, G DH, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery* [Internet]. 2018 Jul;62:240–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727829/>
 14. Cheng YW, Snowden JM, King TL, Caughey AB. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 Oct;209(4):325.e1-325.e8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23791564/>
 15. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. PARTO EM CASA ~ VISÃO DA APDMGP [Internet]. Lisbon; 2015 Dec 12. [updated 2015 Dec 12; cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://associacaogravidezeparto.pt/campanhas-e-eventos/parto-em-casa-visao-da-apdmgp/>
 16. Ahl M, Lundgren I. Working with home birth - Swedish midwives' experiences. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2018 Dec;18:24–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30420083/>
 17. McNutt A, Thornton T, Sizer P, Curley A, Clarke P. Opinions of UK perinatal health care professionals on home birth. *Midwifery* [Internet]. 2014 Jul;30(7):839–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24035398/>
 18. Grünebaum A, McCullough L, Sapra KJ, Arabin B, Chervenak FA. Planned home births: the need for additional contraindications. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 Apr;216(4):401.e1-401.e8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28153656/>
 19. McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B, Brent RL, Levene MI, Chervenak FA. Ethics and professional responsibility: Essential dimensions of planned home birth. *Semin Perinatol* [Internet]. 2016 Jun;40(4):222–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26804379/>

20. Plano de Parto. Parto no Domicílio [Internet]. [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://planodeparto.pt/parto-no-domicilio/>
21. Vedam S, Leeman L, Cheyney M, Fisher TJ, Myers S, Low LK, et al. Transfer from planned home birth to hospital: improving interprofessional collaboration. *J Midwifery Women's Heal* [Internet]. 2014 Nov-Dec;59(6):624–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25533708/>
22. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. PLANO DE PARTO DOMICILIAR [Internet]. [cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://associacaogravidezparto.pt/campanhas-e-eventos/plano-de-parto-domiciliar/>
23. Lindgren H, Kjaergaard H, Olafsdottir OA, Blix E. Praxis and guidelines for planned homebirths in the Nordic countries - an overview. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2014 Mar;5(1):3–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24472383/>
24. Casanova R, Chuang A, Goepfert AR, Weiss PM, Beckmann CR, Ling FW, et al. Beckmann and Ling's: Obstetrics and Gynecology. In: 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. Chapter 8, Intrapartum Care; p. 216–44.
25. Casanova R, Chuang A, Goepfert AR, Weiss PM, Beckmann CR, Ling FW, et al. Beckmann and Ling's: Obstetrics and Gynecology. In: 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. Chapter 9, Abnormal Labor and Intrapartum Fetal Surveillance; p. 245–80.
26. Sharma S, Dhakal I. Cesarean vs Vaginal Delivery : An Institutional Experience. *J Nepal Med Assoc* [Internet]. 2018 Jan-Feb;56(209):535–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30058639/>
27. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IDS Dos, Silveira MF. Early and late puerperal complications associated with the mode of delivery in a cohort in Brazil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018 Aug 20;21:e180010. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30133598/>
28. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Experiências de Parto em Portugal [Internet]. Lisboa; 2015 [updated 2015 Oct; cited 2023 Feb 13]. Available from: https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiências_Part0_Portugal_2012-2015.pdf
29. Hammond A, Foureur M, Homer CSE. The hardware and software implications of hospital birth room design: a midwifery perspective. *Midwifery* [Internet]. 2014 Jul;30(7):825–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23932739/>
30. Muhammed A, Khuan L, Shariff-Ghazali S, Said SM, Hassan M. Predictors of midwives' intention to provide planned home birth services to low-risk women: A theory of planned behaviour approach. *Midwifery* [Internet]. 2019 Jun;73:62–8.

- Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30884373/>
31. Parker WJ. The moral imperative of reproductive rights, health, and justice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020 Jan;62:3–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31540808/>
 32. Sandall J. Culture, context and the implementation challenge to achieve a better birth experience. *Midwifery* [Internet]. 2014 Jul;30(7):803. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24925067/>
 33. Aune I, Hoston MA, Kolshus NJ, Larsen CEG. Nature works best when allowed to run its course. The experience of midwives promoting normal births in a home birth setting. *Midwifery* [Internet]. 2017 Jul;50:21–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28384551/>
 34. Chervenak FA, McCullough LB, Brent RL, Levene MI, Arabin B. Planned home birth: the professional responsibility response. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2013 Jan;208(1):31–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23151491/>
 35. Abbaspoor Z, Moghaddam-Banaem L, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian mothers' selection of a birth method in the context of perceived norms: a content analysis study. *Midwifery* [Internet]. 2014 Jul;30(7):804–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23870747/>
 36. Gruskin S, Zacharias K, Jardell W, Ferguson L, Khosla R. Inclusion of human rights in sexual and reproductive health programming: Facilitators and barriers to implementation. *Glob Public Health* [Internet]. 2021 Oct;16(10):1559–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33019904/>
 37. Gottfredsdottir H, Magnúsdóttir H, Hálfhánsdóttir B. Home birth constructed as a safe choice in Iceland: A content analysis on Icelandic media. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2015 Oct;6(3):138–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26842636/>
 38. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The “three delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Soc Sci Med* [Internet]. 1998 Apr;46(8):981–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9579750/>
 39. Maternity Worldwide. The Three Delays Model and our Integrated Approach [Internet]. Maternity Worldwide. [cited 2023 Sep 19]. Available from: <https://www.maternityworldwide.org/what-we-do/three-delays-model/>
 40. Pereira M, Torres M, Cajão R, Vale S do. Reflexão sobre o trabalho de parto e parto: construção de um plano de preferências de parto [Internet]. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. 2017 Feb [updated 2017 Feb; cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflexão-para-a-construção-do-plano-de-parto->

- introducao.pdf
41. Welsh J V., Symon AG. Unique and proforma birth plans: a qualitative exploration of midwives' experiences. *Midwifery* [Internet]. 2014 Aug;30(7):885–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24703440/>
 42. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One* [Internet]. 2018 Jan 25;13(1):e0191620. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29370258/>
 43. Dumbaugh M, Tawiah-Agyemang C, Manu A, Asbroek GH ten, Kirkwood B, Hill Z. Perceptions of, attitudes towards and barriers to male involvement in newborn care in rural Ghana, West Africa: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 Aug 12;14:269. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25112497/>
 44. Nyandieka LN, Njeru MK, Ng'ang'a Z, Echoka E, Kombe Y. Male Involvement in Maternal Health Planning Key to Utilization of Skilled Birth Services in Malindi Subcounty, Kenya. *Hindawi* [Internet]. 2016 Feb 9;2016. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/aph/2016/5608198/>
 45. Cerejeira I. Tomada de Posição nº 01/2022 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica sobre o Parto Fisiológico Saudável e Normal - Centros de Parto Normal [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 23]; p. 1–6. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26640/posicao-1-2022_mceesmo_parto-fisiologico-saudavel-e-normal_05072022.pdf
 46. Kuliukas LJ, Lewis L, Hauck YL, Duggan R. Midwives' experiences of transfer in labour from a Western Australian birth centre to a tertiary maternity hospital. *Women and Birth* [Internet]. 2016 Feb;29(1):18–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26243498/>
 47. Cerejeira I. PRONÚNCIA DA MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA N.º 01/2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17915/pronuncia-mceesmo_01-2020_covid-19_assistencia-ao-parto-no-domicilio-vf2.pdf
 48. Varela V. Parecer nº 31/2013 - Parto no domicílio - Hipótese de realização de parto em casa [Internet]. 2013 [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_31_2013_Parto_no_domicilio_Hipotese_de_realizacao_de_parto_em_casa.pdf
 49. Ferreira I. Indicadores Maternos e Neonatais no Parto no Domicílio [Internet]. [cited

- 2023 Oct 21] Available from: <https://uterus.pt/wp-content/uploads/2021/03/PartoDomicilio.pdf>
50. Bernardelo P. Parto Domiciliar Planeado em Portugal - As Famílias e as Suas Escolhas [MA Thesis on the Internet]. Lisboa:Universidade de Lisboa; 2019 [cited 2023 Oct 21]. Available from: UTL Repository/[https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/19602/1/Dissertação PDP.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/19602/1/Dissertação%20PDP.pdf)
51. Varela V. RECOMENDAÇÃO N.º1/2012 INFORMAÇÃO/RECOMENDAÇÕES À GRÁVIDA/CASAL SOBRE O LOCAL DO PARTO, TIPO DE PARTO E NASCIMENTO DOS SEUS FILHOS [Internet]. 2012 Mar 22 [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Recomendacao_1_2012_MCEESMO.pdf
52. MCEESMO. INFORMAÇÃO/RECOMENDAÇÕES À GRÁVIDA/CASAL QUANDO DESEJAM UM PARTO NO DOMICÍLIO [Internet]. 2012 [cited 2023 Oct 21]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2012/Recomendacao_MCEESMO_localparto_Mar2012_VF.pdf
53. Enfermeiros passam a ficar responsáveis por partos de baixo risco. Diário de Notícias [Internet]. 2023 May 12 [cited 2023 Oct 16]. Available from: <https://www.dn.pt/sociedade/enfermeiros-passam-a-ficar-responsaveis-por-partos-de-baixo-risco-16340339.html>