

Folheto informativo: Parto vaginal – o que devo saber?

Data: ____/____/____

Nome Médico: _____

Assinatura, número de cédula profissional: _____

Nome Grávida: _____

Assinatura: _____

(nota é necessário assinar todas as folhas do folheto informativo e anexar ao consentimento.)

1. Como pode ocorrer o meu parto? O que é o trabalho de parto?

O **parto** é um procedimento que leva ao nascimento do bebé. O parto pode ocorrer por via vaginal ou por cesariana. O parto vaginal é considerado, na maioria das situações, a via de parto mais segura para o bebé e para a grávida.

O **trabalho de parto** é um processo que se inicia com o aparecimento de contrações dolorosas e regulares, associadas a apagamento e dilatação do colo do útero, que permitem a saída do bebé para o exterior através da vagina. Durante o trabalho do parto, pode ser necessária a administração de ocitocina (fármaco similar à ocitocina produzida pela grávida) ou a rotura da bolsa de águas para assegurar uma progressão adequada da dilatação e da descida do bebé através do canal de parto.

Na maioria das situações o parto é eutócico (“normal”), mas em circunstâncias muito específicas (ex: paragem da descida do bebé, suspeita de diminuição de oxigenação fetal, contra-indicação para esforços expulsivos) pode ser necessário recorrer à utilização de instrumentos como a ventosa e/ou fórceps para a extração fetal (parto instrumentado).

A episiotomia é um corte efetuado na vagina, que pode ser necessário realizar em situações em que o períneo (região que envolve a vagina) não distende o suficiente ou em situações em que esse alargamento possa auxiliar a exteriorização do feto (quer em partos eutócicos quer em partos instrumentados).

Após o nascimento, e se a condição do bebé assim o permitir, será possibilitado o contato pele a pele. O cordão umbilical será laqueado quando deixar de pulsar e, se o acompanhante assim o desejar, poderá proceder ao corte do mesmo (este procedimento não desencadeia dor ao bebé).

Após a laqueação do cordão procede-se à remoção da placenta (dequitação), podendo ser necessária a realização de massagem abdominal (e indiretamente do útero) e de tração ligeira do cordão umbilical; estas monobras podem ser dolorosas. Se a dequitação não ocorrer espontaneamente (2,7% casos) pode ser necessária a realização de remoção manual da placenta sob anestesia. Em situações particulares pode ser necessário completar este procedimento com aspiração/ curetagem uterina.

Após a dequitação será administrada ocitocina com o objectivo de contrair de forma mais eficaz o útero diminuindo o risco de hemorragia após o parto.

2. Quando deverá ocorrer o parto?

A gravidez tem uma duração de 40 semanas. Diz-se que uma gravidez é de “termo” se o parto ocorre entre 37ª e a 42ª semana de gestação. Antes da 37ª semana o parto diz-se que pré-termo e estes bebés têm maior risco de complicações de saúde nos primeiros tempos de vida (dificuldade respiratória, infeções, hemorragia cerebral, alterações da visão/ audição, dificuldades de alimentação, etc.). Estas complicações são tanto mais frequentes e potencialmente mais graves quanto mais precocemente ocorrer o parto. Em algumas situações, o parto pré-termo pode estar indicado se os riscos para a saúde da grávida e/ou bebé são superiores aos riscos da prematuridade.

Quando a gravidez ultrapassa as 42 semanas, aumenta progressivamente o risco de complicações de saúde para o bebé, pelo que se propõe a indução do trabalho de parto (provocar o parto) geralmente alguns dias previamente a essa data.

3. Posso ter um parto espontâneo ou provocado?

O início do trabalho de parto espontâneo é considerado o ideal por ser o mais fisiológico. Se a sua gravidez estiver a chegar às 42 semanas e não entrar espontaneamente em trabalho de parto, o seu médico propor-lhe-á a indução do trabalho de parto (parto provocado). Em situações particulares relacionadas com fatores maternos ou fetais pode ser necessário induzir o parto mesmo antes das 39 semanas.

A indução do trabalho de parto não motivada por fatores de saúde não é considerada boa prática, pois está associado a maior duração do trabalho de parto, maior probabilidade de dor mais intensa, maior risco de baixa oxigenação do bebé e maior probabilidade de terminar em cesariana.

4. Como irá decorrer o meu parto?

Após a admissão no Bloco de Partos ser-lhe-á canalizada uma veia nas costas da mão ou no antebraço. A administração de soro será efetuada se necessário.

Será realizada a monitorização contínua do coração do bebé e das contrações uterinas (por cardiotocografia ou CTG); isto permite avaliar como o bebé reage ao decurso do trabalho de parto e detetar eventuais situações de diminuição da oxigenação fetal.

A deambulação durante o trabalho de parto é vantajosa para a sua evolução e para o controle da dor, pelo que deve ser permitida sempre que possível. A utilização de bola de pilates também pode ser considerada neste contexto. Os aparelhos com transmissão *wireless* do sinal do coração e das contrações possibilitam a deambulação simultaneamente à monitorização contínua da grávida e do bebé.

A ingestão de líquidos puros/ gelatina/ gelados de água deve ser possibilitada durante o trabalho de parto.

Para a maioria das mulheres, as contrações uterinas do trabalho de parto são dolorosas, embora com grande variação individual. Para alívio da dor é possível recorrer a métodos não farmacológicos (respiração, musicoterapia, deambulação, duche de água quente, massagem) ou farmacológicos (analgésicos ou anestesia locorregional).

A presença constante de um acompanhante pode também contribuir para uma experiência mais tranquila e globalmente mais satisfatória.

5. Quais os riscos associados ao parto vaginal?

O parto vaginal comporta alguns riscos embora com incidência inferior ao parto por cesariana. A distócia de ombros (0,6% dos casos) é uma situação imprevisível e emergente, em que após a exteriorização da cabeça, ocorre uma dificuldade em extrair os ombros fetais. Existem diversas manobras obstétricas que permitem a sua resolução mas, em alguns casos, pode resultar em paralisia do braço (alterações da mobilidade do braço) ou diminuição de oxigenação fetal.

Após o nascimento do bebé a placenta pode ficar retida no interior do útero e ser necessária a realização de uma dequitação manual (remoção manual da placenta) em 2,7% dos casos; neste contexto pode ainda ser necessário realizar aspiração uterina/ curetagem uterina (remoção de restos placentários) e histerectomia (em casos muito raros de acretismo placentário em que existe hemorragia grave e não é possível separar a placenta do útero). A realização de histerectomia impossibilita uma gravidez no futuro.

As lacerações do esfíncter anal (< 4%) podem ocorrer no parto vaginal e podem culminar em incontinência para gases e fezes (11,5%).

A ocorrência de uma rotura uterina durante o trabalho de parto vaginal é um evento muito raro (5,9 casos por cada 100.000 partos), mas pode ser uma causa de hemorragia da grávida e de diminuição de oxigenação do feto.

O risco de contrair uma infeção é de 0,7% dos casos e de ocorrer uma trombose é de 0,01% (aparecimento de coágulos nas veias que podem migrar para os pulmões e originar uma embolia pulmonar). A embolia do líquido amniótico deve-se à entrada em circulação de

derivados do líquido amniótico que podem também originar uma embolia pulmonar; é uma complicação muito rara (1.9-6.1 por cada 100000 partos) mas potencialmente fatal.

O parto vaginal pode, em situações complicadas e raras, motivar a necessidade de internamento em cuidados intensivos (0,1%), sendo globalmente o risco de morte muito baixo (0,004%).

O parto vaginal tem risco de complicações hemorrágicas (5%); dentro destas a mais frequente é a hemorragia uterina grave, que ocorre em 1,4%% dos casos e que pode culminar na realização de histerectomia (remoção do útero) em 0.08% destas situações.

Nas situações de parto vaginal instrumentado (ventosa e/ou fórceps) existem riscos maternos (risco de laceração do esfíncter anal 6x superior no fórceps e 2x na ventosa comparativamente ao parto “normal”) e riscos fetais (em casos raros pode ocorrer hemorragia intracraniana, hemorragia do couro cabeludo, hemorragia ocular, fratura craniana, lacerações do couro cabeludo/ face, paralisia nervo facial); excepcionalmente estas complicações no recém-nascido podem resultar em morte fetal.

O parto vaginal pode associar-se à ocorrência de incontinência urinária (no primeiro parto - 6,5%; no segundo parto 9,7%; no terceiro parto 16,3%; após o terceiro parto 23,9%) e de uma descida da bexiga/ recto/ útero (no primeiro parto -0,6%; no segundo parto 2,5%; no terceiro parto 3.7%; após o terceiro parto 3,8%) mas a cesariana não impede que estas alterações possam ocorrer no futuro.

Em algumas situações o recém-nascido pode apresentar dificuldade respiratória (4-5 casos/1000), sendo esta condição mais frequente em partos em idades gestacionais inferiores às 39 semanas. A síndrome de aspiração meconial (aspiração de conteúdo intestinal do bebé para as vias respiratórias) é um evento raro que ocorre em 0,25% dos casos e que pode justificar internamento em unidade de cuidados intensivos e necessidade de ventilação invasiva.

Nas situações em que ocorrem alterações marcadas da oxigenação fetal, pode surgir uma encefalopatia hipoxico-isquémica (<1% casos) da qual pode resultar sequelas permanentes para o bebé ou mesmo morte do bebé.

Os riscos decorrentes da anestesia realizada dependem da técnica utilizada (geral versus loco-regional) e estão fora do âmbito do presente folheto informativo.

6. O que devo levar comigo na altura do parto?

Retire todos os seus adornos (brincos, anéis, pulseiras, fios, “piercings”, relógios). Deve ter consigo o cartão de cidadão, “Boletim de Saúde da Grávida”, e as análises, ecografias e exames que realizou durante a gravidez.