

1. Todas as grávidas e acompanhantes têm o direito de ser tratadas com respeito e dignidade, independentemente das suas convicções e opções.
2. Promover um ambiente carinhoso, em que é permitido à grávida expressar a sua forma de ser e de vivenciar esse momento único e tão importante da sua vida, bem como ver respeitada a sua privacidade e conforto, são aspectos essenciais dos cuidados intraparto.
3. O trabalho de parto de início espontâneo que culmina num parto eutócico (parto vaginal sem intervenções) e decorre entre as 37 e as 42 semanas, é actualmente a forma mais segura de nascimento.
4. O recurso ao parto induzido (provocado artificialmente) e à cesariana sem qualquer motivo de saúde, mas apenas por conveniência dos envolvidos, está associado a maiores riscos^{1,2} e é considerado pela comunidade científica internacional como uma prática injustificada².
5. O parto é um processo natural que, na maioria dos casos, apenas necessita da vigilância e apoio por profissionais de saúde. Nos casos de baixo risco estes deverão, preferencialmente, ser prestados por um enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica/parteira³.
6. Existem casos, mesmo considerados de baixo risco, em que são necessárias intervenções de saúde para evitar complicações graves decorrentes do parto⁴. É fundamental assegurar em todos os casos o acesso a tratamentos de urgência qualificados e baseados na evidência científica.
7. A evidência científica actual não apoia como intervenções de rotina nas parturientes de baixo risco: a tricotomia perineal⁵ (corte dos pêlos púbicos); a utilização sistemática de clisteres⁶; a utilização sistemática de soros², ocitocina² e a amniotomia (rotura artificial da bolsa de águas) no trabalho de parto²; a restrição da alimentação líquida⁷; a restrição dos movimentos²; a restrição da posição do parto⁸; a episiotomia sistemática (corte dos tecidos da vagina na altura do nascimento em todas as parturientes)⁹; a aspiração sistemática das vias respiratórias no recém-nascido que nasce com boa vitalidade¹⁰.
8. A evidência científica actual aconselha como opções benéficas durante o parto nas parturientes de baixo risco a arquitectura não-hospitalar das salas de parto¹¹ e o apoio contínuo durante o trabalho de parto¹². Todas as grávidas devem poder contar com o recurso a métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, assegurando-se a disponibilidade dos mesmos assim que a mãe os solicite e o profissional de saúde entenda adequado. O leque de opções neste âmbito deve compreender os métodos farmacológicos (incluindo a analgesia epidural ou raquidiana) e os não farmacológicos (incluindo o banho de imersão/chuveiro durante a fase de dilatação¹³, ou a simples deambulação), privilegiando-se estes últimos como intervenções de primeira linha nas grávidas de baixo risco.
9. As grávidas têm direito a receber informações completas, correctas e não tendenciosas, baseadas na melhor evidência científica disponível sobre riscos, benefícios e alternativas disponíveis para os cuidados de saúde, de forma a tomarem uma decisão informada e, se entenderem, mudarem de opinião relativamente às suas escolhas. É necessário fomentar a avaliação e divulgação dos principais indicadores estatísticos associados ao parto por cada instituição de saúde.
10. O parto é um evento familiar, onde a possibilidade da grávida poder escolher a presença permanente de elementos próximos e de poder contactar precocemente com a restante família são aspectos essenciais para a vivência do momento.

O grupo decidiu divulgar estes princípios a toda a sociedade, de forma a avaliar os apoios que lhe seriam concedidos tendo em vista uma posterior divulgação junto das entidades com responsabilidades directas nos estabelecimentos de saúde portugueses. Se estiver de acordo com estes princípios, por favor subscreva este documento, juntando os seus dados à lista de apoiantes.

REFERÊNCIAS:

1. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007 Feb 13;176(4):455-60.
2. Goer H, Leslie MS, Romano A Does Not Routinely Employ Practices, Procedures Unsupported by Scientific Evidence. *J Perinat Educ* 2007; 16(Suppl 1): 32S-64S.
3. [Hatem M](#), [Sandall J](#), [Devane D](#), [Soltani H](#), [Gates S](#). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD004667
4. Saving Mother's lives. 7th Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 2003-2005. CEMAH Publications, London;2008.
5. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(1):CD001236.
6. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. [Enemas during labor](#). [Cochrane Database Syst Rev](#). 2007;(4):CD000330.
7. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology* 2007; 106:843-63 C.
8. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD002006.
9. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000081
10. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care of Pediatric and Neonatal Patients: Pediatric Basic Life Support. *Pediatrics* 2006;117(5):e989-e1004 (doi:10.1542/peds.2006-0219).
11. [Hodnett ED](#), [Downe S](#), [Edwards N](#), [Walsh D](#). Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Jan 25;(1):CD000012
12. [Hodnett ED](#), [Gates S](#), [Hofmeyr GJ](#), [Sakala C](#).. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD003766.
13. [Cluett ER](#), [Nikodem VC](#), [McCandlish RE](#), [Burns EE](#). Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD000111.