

Práticas de Nascimento Saudáveis

de Lamaze® International

#1: Deixe o trabalho de parto iniciar-se por si

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

Uma grávida durante a aula Lamaze diz ao seu instrutor e restantes colegas do grupo “O meu médico diz que o bebé está muito grande. A minha vizinha teve um parto induzido porque também se pensava que o seu bebé era “muito grande”. Acha que devo pedir para o meu parto ser induzido?”

Nos Estados Unidos da América, e em muitos outros países, as grávidas ouvem questões semelhantes nas sessões de preparação para o nascimento. A indução do trabalho de parto ou seja, iniciar o trabalho de parto de forma artificial – é um dos assuntos mais controversos, actualmente, nos cuidados de saúde materna e obstétrica. Em muitos hospitais, o trabalho de parto é induzido apenas por razões médicas, e os prestadores de cuidados seguem orientações rigorosas. No entanto, em outros hospitais, as grávidas são submetidas a induções de parto electivas, que são realizadas por conveniência em vez de razões médicas. Muitas mulheres ficam confusas sobre quando a indução é realmente necessária. Existem problemas quando induz o parto? Quais são os benefícios de deixar o trabalho de parto iniciar-se por si? Quando faz sentido induzir o parto, e quando é melhor esperar? O que é mais seguro para si e para o seu bebé?

Apesar da imagem do parto poder parecer esmagadora, a abordagem natural do parto, que Lamaze defende, retira o mistério deste processo. O seu corpo está perfeitamente concebido para parir o seu bebé. Durante as últimas semanas de gravidez, o seu corpo e o seu bebé preparam-se para o nascimento. Numa primeira gravidez, o bebé frequentemente “desce” para a pélvis nas semanas antes do nascimento. O colo uterino desloca-se para a frente e gradualmente começa a amolecer. Durante um período que varia de alguns dias a algumas semanas, pode (ou não) sentir contracções irregulares que ajudam o seu colo uterino gradualmente a encurtar (apagar), e talvez, até a dilatar alguns centímetros.

Durante a última parte da gravidez, os pulmões do bebé amadurecem, e ele adquire uma camada de gordura, que o vai proteger e ajudar a adquirir a forma “rechonchuda” característica de um recém-nascido de termo. O desenvolvimento das células cerebrais continua ao longo das 41 semanas de gestação. Os cientistas estimam que o volume de matéria branca no cérebro fetal aumenta cinco vezes das 35 às 41 semanas de gestação. E, continuam a investigar, sobre como ocorre o crescimento do cérebro depois de o bebé nascer, comparando com o crescimento do cérebro quando o bebé ainda está dentro da sua mãe. (Kinney, 2006).

Quando os órgãos do bebé estão plenamente amadurecidos e ele está preparado para a vida fora do útero materno, os cientistas acreditam que o corpo do bebé liberta uma pequena quantidade de uma hormona que sinaliza às hormonas maternas para iniciar o trabalho de parto (Condon, Pancharatnam, Faust, & Mendelson, 2004). O aumento súbito das hormonas maternas que acompanha a gravidez de termo e o parto vaginal espontâneo, parece ajudar o bebé a preparar a transição da vida intrauterina para a vida extra-uterina e, especialmente, para a sua primeira respiração pulmonar (Jain & Eaton, 2006). Mesmo se souber antecipadamente que o seu bebé

necessita de nascer por cesariana, a melhor forma de dizer que o seu bebé está suficientemente saudável é deixar que o trabalho de parto se inicie por si próprio.

Razões Médicas para a Indução

Existem várias razões médicas para induzir o parto. O parto pode ser induzido, se o risco para o bebé, for maior se continuar dentro do útero materno, do que se nascer. De acordo com o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG;2005), o parto pode ser induzido se ocorrer algumas das seguintes situações:

- Ter uma rotura de membranas sem início de trabalho de parto;
- Ter uma gravidez póstermo (mais do que 42 semanas);
- Ter hipertensão arterial induzida pela gravidez;
- Ter problemas de saúde, como a diabetes, que podem afectar o seu bebé;
- Ter uma infecção no útero;
- O bebé estar a crescer muito lentamente;

È importante saber que “póstermo” significa que passaram duas semanas da data prevista para o parto. A ACOG e outras associações internacionais de obstetrícia definem gravidez normal como a que dura das 38 às 42 semanas. Se ultrapassar a data prevista para o parto (DPP) existe alguma controvérsia sobre se é seguro para o bebé nascer às 41 ou às 42 semanas completas de gestação. No entanto, numa pesquisa médica recente, os investigadores concluíram que não existe uma diferença significativa na mortalidade perinatal (número de bebés que morrem) entre a indução do parto às 41 semanas e uma espera controlada (permitindo que a gravidez continue) (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, & Bergh, 2009).

Os peritos que escreveram o reconhecido manual de obstetrícia, Williams Obstetrics (Cunningham et al., 2005), também chegaram a esta conclusão. Têm uma política de vigiar de forma apertada as mulheres cuja gravidez atingiu as 41 semanas, mas não induzem o parto até que a gravidez atinja as 42 semanas completas, a não ser que exista qualquer outra razão médica para induzir. Referem que induzir às 41 semanas (em vez das 42) significaria que cerca de 500.000 mulheres em cada ano, seriam submetidas a intervenções que não foram comprovadamente consideradas necessárias ou sem consequências prejudiciais. (Cunningham et al., 2005).

Também é importante saber que a suspeita sobre um bebé grande ou muito grande não é uma razão médica para indução. Os estudos mostram que induzir o parto por macrosomia (bebé muito grande) quase duplica o risco de ter de fazer uma cesariana e não melhora os resultados para o bebé (Horrigan, 2001; Leaphart, Meyer, & Capeless, 1997; Sadeh-Mestechkin et al., 2008; Sanchez-Ramos, Bernstein, & Kaunitz, 2002). Para além disso, é muito difícil saber o tamanho real do bebé até ele nascer. O exame ecográfico não é um bom predictor de bebés macrosomicos (muito grandes). De acordo com a ACOG (2009), a estimativa ecografica do peso do bebé é imprecisa, e têm uma variabilidade de 16% a 20%.

Indução por Conveniência

Por vezes a indução é considerada conveniente para as pessoas envolvidas. Os hospitais podem escalar enfermeiras extra para os turnos em que as induções são programadas, os médicos podem programar os partos para os dias e horas que lhes são mais convenientes, e as grávidas/famílias podem programar aspectos laborais e de gestão familiar de acordo com a data programada de indução.

Contudo, a indução electiva deixa de ser conveniente quando os atrasos rotineiros no hospital adiam a hora de início da indução. Não é conveniente quando uma indução não é eficaz e a grávida é enviada para casa para repetir noutra dia. E certamente também não é conveniente quando a indução conduz a uma cesariana. Depois de uma cesariana, a mãe necessita de recuperar de uma grande cirurgia abdominal e está sujeita a riscos aumentados de complicações como a infecção e tromboembolismo (Liu et al, 2007; Villar et al., 2007). Comparado com o parto vaginal, um bebé nascido por cesariana tem um risco superior de problemas respiratórios (Hansen, Wisborg, Uldbjerq, & Henriksen, 2008) e de vir a ser admitido numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) (Villar et al., 2007). A separação da mãe e bebé pode vir a afectar negativamente a amamentação e os laços de vinculação entre mãe e bebé. Antes de decidir induzir o parto por razões não médicas considere os riscos da indução para si e para o seu bebé.

Como é induzido o parto

Habitualmente, o trabalho de parto é induzido em ambiente hospitalar administrando á mãe ocitocina artificial (Pitocin), através de uma perfusão endovenosa (IV). Em 2007, o Instituto de Práticas Seguras do Medicamento adicionou a ocitocina intravenosa à lista de medicamentos “alto-alerta” que carecem de grande vigilância. Os medicamentos “alto-alerta” têm um risco aumentado de causar danos significativos ao doente quando são usados de forma inadvertida. Se necessita de ocitocina por razões médicas durante o trabalho de parto, tanto você como o seu bebé vão necessitar monitorização adicional ao longo do trabalho de parto e parto. Por vezes, medicamentos chamados “agentes de amadurecimento” são usados antes da indução para amadurecer o colo uterino e prepará-lo para o trabalho de parto. Ocitocina e outros medicamentos chamadas “prostaglandinas sintéticas E2” usadas como agentes de amadurecimento, foram testados e aprovados pela U.S. Food and Drug Administration (FDA).

Ocasionalmente, uma droga chamada “misoprostol”(Cytotec) é usada para induzir o parto. Este medicamento foi aprovado pelo FDA para tratar úlceras gástricas, mas ainda não foi aprovado para induzir o parto. O FDA (2005) avisa que quando os médicos usam o misoprostol para induzir o parto, podem existir efeitos secundários raros mas graves, incluindo a rotura uterina. Uma rotura uterina pode resultar em hemorragia grave e, conseqüentemente remoção do útero (histerectomia), ou pode conduzir à morte da mãe ou bebé. Os efeitos secundários do misoprostol são mais frequentes em mulheres que previamente tiveram uma cirurgia uterina, uma cesariana prévia ou múltiplos partos (FDA, 2005).

O que nos diz a Investigação

Cresce a evidência que indica que as induções do parto não são livres de riscos. Em 2007, Goer, Leslie, e Romano fizeram uma revisão da literatura existente sobre os riscos da indução em mulheres saudáveis e com gravidezes normais. Encontraram que quando o parto era induzido, era mais provável ocorrer:

- Parto vaginal por ventosa ou fórceps;
- Cesariana;
- Problemas durante o trabalho de parto, tais como febre, alterações do ritmo cardíaco fetal, distócia de ombros (o ombro do bebé fica “preso” no canal de parto);
- Recurso a analgesia epidural e outras drogas para alívio da dor;
- Baixo peso ao nascer;
- Admissão do bebé em unidades de cuidados intensivos neonatais;
- Icterícia neonatal (pele com coloração amarelada causada pela destruição dos glóbulos vermelhos) que requer tratamento para o recém nascido; e,
- Aumento da estadia no hospital para a mãe e/ou bebé.

Prematuridade

Os bebês nascidos após indução electiva podem ter algumas complicações – tais como baixo peso ao nascer, problemas respiratórios e icterícia neonatal – porque são, acidentalmente, induzidos antes de atingir o termo do seu desenvolvimento e maturação (pelo menos 37 semanas completas). Isto deve-se ao facto das datas previstas de parto (DPP) não serem exactas. Engle (2006) evidenciou que os métodos para estimar a idade gestacional durante a gravidez têm uma margem de erro de mais ou menos duas semanas. De acordo com a ACOG (2004), uma ecografia efectuada para determinar a data provável do parto durante as primeiras 20 semanas de gravidez é precisa para um intervalo de 7 dias. Ecografias feitas das 20 às 30 semanas de gravidez apenas são precisas num espaço temporal de 14 dias, e ecografias efectuadas nas últimas 10 semanas de gravidez apenas são precisas para um intervalo de 21 dias (ACOG, 2004), pelo que se recomenda a realização de ecografia de datagem entre as 11 e 13 semanas por existir um risco de erro menor. Se existir um erro de duas semanas ao calcular a data provável do parto, uma grávida induzida às 38 semanas pode estar grávida de apenas 36 semanas.

Bebês que nascem da 34 às 36 semanas completas são considerados bebês pretermos tardios. Num estudo que examinou registos de nascimento e morte infantil nos Estados Unidos entre 1995 a 2002, os investigadores concluíram que é quase três vezes mais provável que bebês pretermos tardios morram no primeiro ano de vida, do que bebês que nasceram com 37 ou mais semanas de vida (Tomashak, Shapiro-Mendoza, Davidoff, & Petrini, 2007). Neste estudo, as causas de morte incluíam malformações fetais, síndrome de morte súbita (também conhecido como “SIDS”), acidentes, doenças do sistema circulatório, falta de oxigénio in útero e falta de oxigénio durante o parto. Os investigadores ao examinar o desenvolvimento do cérebro dos bebês pretermos tardios verificaram que estes bebês tinham o triplo da possibilidade de ter um diagnóstico de paralisia cerebral em relação aos bebês de termo (Petrini et al., 2009). Outros estudos identificaram que os bebês pretermos tardios nascidos entre as 35 e 36 semanas de gestação têm um risco aumentado de complicações tais como problemas respiratórios, icterícia neonatal, problemas na alimentação e problemas em manter a temperatura (Shapiro-Mendoza et al., 2008; Wang, Dorer, Fleming, & Catlin, 2004). Num editorial publicado no “The Journal of Pediatrics”, o Dr. Michael S. Kramer (2009) afirma que os avanços nos cuidados neonatais “...podem ter levado muitos obstetras e neonatologistas a considerar o nascimento de bebês pretermos tardios isento de riscos...” (p.159). O Dr. Kramer afirma ainda, “...necessitamos de questionar se o aumento das induções de parto estão a provocar mais danos do que benefícios...”(p.160).

A March of Dimes (2006) lançou uma campanha para aumentar a consciência pública sobre os riscos que os bebês nascidos entre as 34 e 36 semanas de gravidez correm. Através do seu Centro de Educação para a Saúde da Gravidez e Recém-nascido (Pregnancy & Newborn Health Education Center), a organização encoraja as mulheres grávidas a não solicitar ou concordar com indução do parto a não ser que existam razões médicas para o induzir (March of Dimes, 2008a, 2008b, 2008c). Em conjunto com o Instituto Pediátrico Johnson & Johnson e o Departamento de Saúde Pública do Kentucky, a March of Dimes também desenvolveu um Web site, “Bebês saudáveis merecem esperar” (Healthy Babies Are Worth the Wait) (www.prematurityprevention.org). O Website possui informação e folhetos sobre os problemas do nascimento pré termo tardio, indução de parto e parto (Healthy Babies Are Worth the Wait, 2008a, 2008b).

Complicações e Cesarianas

Os estudos mostram, de uma forma consistente, que induzir o trabalho de parto duplica a hipótese de a grávida ter um parto cirúrgico (cesariana) (Glantz, 2005; Goer et al., 2007). Nos

hospitais onde muitas grávidas são induzidas, uma grávida, de baixo risco, tendo o seu primeiro bebê, têm também uma probabilidade maior de ter um parto por cesariana (Main et al., 2006). O risco não diminui utilizando agentes de amadurecimento do colo uterino. De facto, quando são usados medicamentos para amadurecer o colo uterino, antes de administrar ocitocina o risco de realizar uma cesariana é ainda maior (Ben-Haroush et al., 2004; Hoffman, 2003; Vahratian, Zhang, Troendle, Sciscione, & Hoffman, 2005; Vrouenraets et al., 2005). Adicionalmente, o risco de ocorrência de uma complicação rara mas que coloca em risco a vida, chamada “Embolia amniótica” duplica nas mulheres cujo parto foi induzido (Kramer, Rouleau, Baskett, & Joseph, 2006).

Outras Considerações

Aumento da necessidade de mais intervenções

Adicionado ao risco aumentado de ligeira prematuridade e cesarianas, o trabalho de parto induzido cria com frequência a necessidade de mais intervenções médicas. Na maioria das situações se o parto é induzido necessitará de uma perfusão endovenosa (soro) e monitorização electrónica continua da frequência cardíaca fetal. Em muitos locais, terá que se manter na cama ou muito próximo da cama. Como resultado, pode não ter possibilidade de andar livremente ou mudar de posição em resposta às suas contrações de trabalho de parto, possivelmente atrasando o progresso do trabalho de parto. Pode não ser possível, recorrer a imersão na água ou um duche quente para aliviar o desconforto das contrações. As contrações induzidas artificialmente atingem o pico de intensidade mais cedo e permanecem intensas durante mais tempo, do que as contrações naturais aumentando a necessidade de medicamentos para as dores. A indução do parto conduz a uma cascata de intervenções que frequentemente terminam em cesariana.

Desvantagens psicológicas

O trabalho de parto induzido, em particular quando não está indicado medicamente, pode enviar uma mensagem muito poderosa de que o seu corpo não está a funcionar de forma adequada – e de que necessita de ajuda para começar o seu trabalho de parto. Deixar o trabalho de parto iniciar-se por si só pode aumentar a confiança na sua habilidade para dar à luz e tomar conta do seu bebé quando ele chegar.

Recomendações do Lamaze International

Lamaze International recomenda que nunca escolha a indução ou concorde em ter o parto induzido a não ser que exista uma razão médica real.

Um bebé “grande” ou mesmo “muito grande” por si só não é uma razão médica para indução. Deixar que o seu corpo entre em trabalho de parto espontaneamente é quase sempre a melhor forma de você saber que o seu bebé está pronto para nascer. O trabalho de parto espontâneo também aumenta a probabilidade de que possa experienciar as outras práticas saudáveis de nascimento identificadas pelo Lamaze International e que conduzem a um nascimento saudável e seguro - especialmente a liberdade de movimentos e ausência de intervenções de rotina.

Sentir a experiência das contrações naturais produzidas pela ocitocina do seu próprio corpo, aumenta a sua liberdade para lidar com as contrações movendo-se, mudando de posições, e mesmo utilizando as vantagens de um banho de imersão ou duche. Interferir ou substituir as hormonas naturais que orquestram o trabalho de parto, parto, amamentação e ligação materna pode ter consequências que ainda não compreendemos na totalidade. Evitar intervenções médicas desnecessárias diminui a possibilidade de complicações, tanto para si como para o

bebê, e aumenta a probabilidade de ter uma experiência de parto segura, saudável e positiva. Memória que a acompanhará ao longo da sua vida.

Para aprender mais sobre partos seguros e saudáveis, leia *The Official Lamaze Guide: Giving Birth with Confidence* (Lothian & DeVries, 2005), visite o website do Lamaze Internacional (www.lamaze.org) e inscreva-se para receber os e-mails “*Lamaze...Building Confidence Week by Week*”

Última revisão Julho 2009

Referências

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2004). ACOG Practice Bulletin No. 55: Management of postterm pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 639–646.

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2009). ACOG Practice Bulletin No. 101: Ultrasonography in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 113(2, Part 1), 451–461.

Ben-Haroush, A., Yogev, Y., Bar, J., Glickman, H., Kaplan, B., & Hod, M. (2004). Indicated labor induction with vaginal prostaglandin E2 increases the risk of cesarean section even in multiparous women with no previous cesarean section. *Journal of Perinatal Medicine*, 32(1), 31–36.

Condon, J. C., Pancharatnam, J., Faust, J. M., & Mendelson, C. R. (2004). Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(14), 4978–4983.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L. C., & Wenstrom, K. D. (2005). *Williams obstetrics* (22nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Engle, W. A. (2006). A recommendation for the definition of “late-preterm” (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 2–7.

Glantz, J. C. (2005). Elective induction vs. spontaneous labor associations and outcomes. *The Journal of Reproductive Medicine*, 50(4), 235–240.

Goer, H., Leslie, M. S., & Romano, A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education*, 16(Suppl. 1), 32S–64S.

Hansen, A. K., Wisborg, K., Uldbjerg, N., & Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study. *BMJ*, 336(7635), 1–7.

Hoffman, M. K. (2003, April 29). *Abstract 7S: Preinduction cervical ripening significantly increases risk of cesarean*. Abstract presented at the 51st annual clinical meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists, New Orleans, LA. Also, reviewed April

30, 2003, in *Medscape Medical News*, retrieved January 31, 2009, from www.medscape.com/viewarticle/453298_print

Horrigan, T. J. (2001). Physicians who induce for fetal macrosomia do not reduce cesarean delivery rates. *Journal of Perinatology*, 21(2), 93–96.

Institute for Safe Medication Practices [ISMP]. (2007). *ISMP's list of high-alert medications*. Retrieved January 31, 2009, from www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20070809.pdf

Jain, L., & Eaton, D. C. (2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 34–43.

Kinney, H. C. (2006). The near-term (late-preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: A review. *Seminars in Perinatology*, 30(2), 81–88.

Kramer, M. S. (2009). Late preterm birth: Appreciable risk, rising incidence [Editorial]. *The Journal of Pediatrics*, 154(2), 159–160.

Kramer, M. S., Rouleau, J., Baskett, T. F., & Joseph, K. S. (2006). Amniotic-fluid embolism and medical induction of labor: A retrospective, population-based cohort study. *The Lancet*, 368(9545), 1444–1448.

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

Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., & Kramer, M. S. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 176(4), 455–460.

Main, E. K., Moore, D., Farrell, B., Schimmel, L. D., Altman, R. J., Abrahams, C., et al. (2006). Is there a useful cesarean birth measure? Assessment of the nulliparous term singleton vertex cesarean birth rate as a tool for obstetric quality improvement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(6), 1644–1651; discussion 1651–1652.

March of Dimes. (2006). *Late preterm birth: Every week matters. Medical perspectives on prematurity*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/files/MP_Late_Preterm_Birth-Every_Week_Matters_3-24-06.pdf

Petrini, J. R., Dias, T., McCormick, M. C., Massolo, M. L., Green, N. S., & Escobar, G. J. (2009). Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 154(2), 169–176.

Sadeh-Mestechkin, D., Walfisch, A., Shachar, R., Shoham-Vardi, I., Vardi, H., & Hallak, M. (2008). Suspected macrosomia? Better not tell. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 278(3), 225–230.

Sanchez-Ramos, L., Bernstein, S., & Kaunitz, A. M. (2002). Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 100(5), 997–1002.

Shapiro-Mendoza, C. K., Tomashek, K. M., Kotelchuck, M., Barfield, W., Nannini, A., Weiss, J., et al. (2008). Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics*, *121*(2), e223–e232.

Tomashek, K. M., Shapiro-Mendoza, C. K., Davidoff, M. J., & Petrini, J. R. (2007). Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995–2002. *The Journal of Pediatrics*, *151*(5), 450–456.

U.S. Food and Drug Administration [FDA]. (2005). *Misoprostol (marketed as Cytotec) information*. Retrieved January 31, 2009, from www.fda.gov/Cder/drug/infopage/misoprostol/default.htm

Vahratian, A., Zhang, J., Troendle, J. F., Sciscione, A. C., & Hoffman, M. K. (2005). Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstetrics and Gynecology*, *105*(4), 698–704.

Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., & Faundes, A., et al., (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ*, *335*(7628), 1–11.

Vrouenraets, F. P., Roumen, F. J., Dehing, C. J., van den Akker, E. S., Aarts, M. J., & Scheve, E. J. (2005). Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. *Obstetrics and Gynecology*, *105*(4), 690–697.

Wang, M. L., Dorer, D. J., Fleming, M. P., & Catlin, E. A. (2004). Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*, *114*(2), 372–376.

Wennerholm, U-B., Hagberg, H., Brorsson, B., & Bergh, C. (2009). Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: Is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *88*(1), 6–17.

Recursos de Ajuda para Mulheres Grávidas

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2005). *Your pregnancy and birth* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2006). *What to expect after your due date*. Retrieved January 31, 2009, from www.acog.org/publications/patient_education/bp069.cfm?printerFriendly=yes

American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2009). *Labor induction*. Retrieved May 11, 2009, from www.acog.org/publications/patient_education/bp154.cfm

Healthy Babies Are Worth the Wait. (2008a). *Handout #4: The problem with late preterm birth*. Retrieved January 31, 2009, from www.prematurityprevention.org/download/Problem.pdf

Healthy Babies Are Worth the Wait. (2008b). *Handout #7: Labor induction and preterm birth*. Retrieved January 31, 2009, from www.prematurityprevention.org/download/Labor_Induction.pdf

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008a). *Inducing labor*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_20202.asp

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008b). *Induction by request*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_20203.asp

March of Dimes, Pregnancy & Newborn Health Education Center. (2008c). *Labor & delivery: Why the last weeks of pregnancy count*. Retrieved January 31, 2009, from www.marchofdimes.com/pnhec/240_48590.asp

Agradecimentos

Esta prática de nascimento saudável foi escrita por : Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE. Amis foi também a autora principal das versões deste documento de 2003 e 2007.

As seis práticas saudáveis de nascimento foram originalmente escritas em 2003 por Lamaze International como as “6 Care Practice Papers.”