

lés+saúde

MATERNIDADE



REPÚBLICA
PORTUGUESA



COMISSÃO PARA A CIDADANIA
E A IGUALDADE DE GÉNERO
Presidência do Conselho de Ministros



PORTUGAL
MAIS IGUAL
OPORTUNIDADES E NÃO DISCRIMINAÇÃO
2015-2020



CLUBE SAFO

INDEX —

NOTA EDITORIAL

Os conceitos de sexualidade e reprodução têm vindo a mudar ao longo do tempo, criando significados e ampliando novas maneiras de ver relações e constituir família. Algumas mulheres não querem ter filhos ou então optam por adotar. Desde 2016 é possível para um casal de mulheres ter filhos através de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e/ou adotarem em conjunto.

Esperamos que esta brochura seja uma mais-valia para partilhar conhecimentos, espalhar informação, perspetivas e novas formas de ver e de construir família, passando pelos processos biológicos, psicológicos, médicos e legais.

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer a todas as pessoas que fizeram com que este projeto fosse possível, assim como o apoio financeiro providenciado pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG).

Um agradecimento especial às mulheres, sem elas não era possível mostrar o lado mais humano da maternidade lésbica.

FINANCIAMENTO

CIG – Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

CONTEÚDOS

Sara Cristina Zeferino Cintra

DESIGN E PAGINAÇÃO

Sofia Silva

REVISÃO

Alexandra Santos
Jessica Martinez
Nádia Sacoar

COLABORAÇÕES

Lisa Vicente Médica de Ginecologia e de Obstetrícia
Filipa Fidalgo Simões (advogada)
Carolina Coimbra (Doula)

- 04 MATERNIDADE
- 06 MÉTODOS DE GESTAÇÃO
- 08 MÉTODOS PARA ALÉM DA PMA
- 09 MÉTODOS PARA ALÉM DA GRAVIDEZ
- 10 O QUE TER EM CONTA
- 13 GRAVIDEZ NO CICLO DE VIDA
- 14 CUIDADOS A TER
- 17 PREPARAÇÃO PARA O PARTO E MATERNIDADE
- 20 TESTEMUNHOS
- 23 ENTREVISTA

MATERNIDADE

O ser-se mulher, assim como o papel da maternidade, tem sofrido algumas alterações no pensamento social e psicológico na sociedade. Atualmente deparamo-nos com um cenário em que as mulheres se dedicam cada vez mais à sua carreira profissional ou a outras áreas que são igualmente importantes nas suas vidas, deixando a maternidade cada vez para mais tarde. Sabe-se que a maternidade é um objetivo de vida para várias mulheres. Ter filhos representa uma vontade e dedicação quase integral, sendo que algumas mulheres deixam as suas carreiras e outras áreas da sua vida, para segundo plano.

A relação heteronormativa tem sido vista, erradamente e tradicionalmente, como o único modelo legítimo de formação de casal e família. No entanto, existem cada vez mais pessoas que desafiam este paradigma “normativo” da construção de uma relação de afeto, amorosa e/ou familiar. O que acontece, frequentemente, é uma tendência de se perceber as relações afetivo-sexuais, como um mecanismo que possibilita o estabelecimento de uma maternidade/paternidade. Quando falamos de relações homossexuais, o próprio modelo heteronormativo de família nuclear cai por terra, trazendo a possibilidade de se discutir e construir um novo significado relativamente às maternidades lésbicas, e não só.

“A relação heteronormativa tem sido vista, erradamente, como o único modelo legítimo de formação de casal e família.”

De facto, a maternidade nada mais é do que um fenómeno social complexo que se constitui algo muito maior e significativo para além do ponto de vista biológico, gestação e parir, que vai muito além dos próprios laços sanguíneos que nos unem. Ao longo da história o próprio conceito

de maternidade foi sofrendo alterações significativas possibilitando assim, uma construção de identidades e um certo reconhecimento social.

As mulheres lésbicas procuram, através da gestação ou de métodos de não gravidez, uma possibilidade de alargarem a

“Os tempos têm vindo a mudar, mas ainda é recorrente ouvir comentários depreciativos para pessoas que optam por não ter biologicamente/adotar filhos, assim como os casos de infertilidade,..”

sua família, através dos vários métodos de gestação e/ou legais existentes.

Também é importante referir que é exercida uma certa pressão social à mulher para ter filhos. Os tempos têm vindo a criar mudanças, mas ainda é recorrente ouvir comentários depreciativos para pessoas que optam por não ter biologicamente/adotar filhos, assim como os casos de infertilidade, onde ainda está presente um enorme estigma do pensamento social. Por outro lado, ainda existe o pensamento, ao nível dos papéis de género, que a mulher precisa de desejar ser mãe (como regra) e ser fértil para tal.

Algumas das variáveis, mais frequentes, que leva a mulher a optar por querer ter filhos ou não querer ter filhos:

- Escolha de Vida;
- Desejo de constituir e alargar a família;
- Expectativa de encontrar a “pessoa certa”;
- Investir na carreira profissional;
- Conquistar liberdade financeira;
- Visão que o mundo é demasiado mau para se colocar crianças no mundo;
- Sensação de Liberdade;
- Entre outras.

QUAIS OS MÉTODOS DE GESTAÇÃO? —

Procriação medicamente assistida (PMA)

INSEMINAÇÃO INTRAUTERINA

A Inseminação Intrauterina, mais conhecida como Inseminação Artificial, significa que se deposita, esperma do dador, na cavidade uterina. Consiste num tipo de tratamento de fertilidade, utilizando ciclos estimulados ou naturais (não estimulados). Realiza-se entre o 12º e o 15 dia do ciclo menstrual.

São normalmente necessárias análises e ecografias para monitorizar a altura da ovulação. Quando os ciclos são estimulados, é realizada uma sequência de medicamentos que induzem a ovulação.

Quando está definido o momento da ovulação esta é realizada, por uma pessoa especializada em ginecologia que introduz os espermatozoides que tenham sido selecionados para o ato de fecundação, na cavidade uterina—inseminação intrauterina.

FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV)

No método de Fecundação In Vitro, existe uma recolha de ovócitos e espermatozoides

que são fecundados em meio laboratorial. Os embriões assim obtidos são transferidos para o útero, de modo a dar origem a uma gravidez.

Este procedimento pressupõe normalmente uma estimulação ovárica através de uma medicação que é injetável, durante sensivelmente 10 dias de modo a ser possível recolher um determinado número de ovócitos. Ao longo do ciclo são realizadas, ecografias e análises de sangue para se determinar qual o período ideal para a recolha dos ovócitos. De acordo com o Conselho Nacional da Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), este método tem uma taxa de sucesso que ronda os 25% a 30%.

MICROINJEÇÃO INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDE (ICSI)

Este procedimento, em termos técnicos, é muito semelhante à Fertilização In Vitro. A única técnica que o diferencia é a forma de fecundação dos ovócitos. É escolhido um

espermatozoide para se realizar diretamente uma microinjeção no ovócito. De acordo com o Conselho Nacional de PMA, a taxa de sucesso é ligeiramente inferior à Fertilização In Vitro (FIV). Este procedimento pode ser recomendado em casos em que não houve sucesso na fecundação, aquando da realização de Fertilização In Vitro.

RECEBER ÓVULOS DA PESSOA PARCEIRA - MATERNIDADE PARTILHADA –(ROPA)

A Maternidade Partilhada, também conhecida como Fertilização Recíproca, é uma técnica relativamente simples onde pode existir uma doação dupla de óvulos e de esperma através de um banco de óvulos e esperma, ou a doação por parte da pessoa parceira dos seus óvulos.



As técnicas que poderão ser utilizadas dependem de múltiplos fatores relacionados com a saúde, sendo necessário um acompanhamento especializado para o efeito. É imprescindível uma avaliação inicial para se estabelecer as linhas de tratamento, avaliações ginecológicas completas de ambas as partes e perceber as probabilidades de sucesso da técnica que será, posteriormente, utilizada.

Neste método é preciso que exista uma decisão conjunta sobre qual será o papel de cada pessoa parceira, ou seja, quem será a dadora dos ovócitos e quem receberá o embrião.

TRANSFERÊNCIA DE EMBRIÕES CRIOPRESERVADOS (TEC)

Os embriões que foram conseguidos

pelas técnicas anteriores, podem ser criopreservados para transferência/gravidez futura. Esta técnica consiste na transferência intra-uterina de embriões já previamente criopreservados.

A preparação do ambiente uterino, para que exista uma gravidez de sucesso, pode passar por diferentes esquemas terapêuticos, que dependem da situação clínica em causa.

CRIOPRESERVAÇÃO DE GÂMETAS (OVÓCITOS E ESPERMATOZOIDES) E/OU TECIDOS REPRODUTIVOS (OVOCITÁRIO OU TESTICULAR)

Esta técnica consiste na criopreservação de gâmetas (ovócitos ou espermatozoides), caso a pessoa queira realizar a sua gravidez, num momento posterior da sua vida. Consiste num processo de congelação dos ovócitos ou espermatozoides (que preservou anteriormente), sem recorrer a óvulos ou esperma de uma pessoa dadora e/ou a preservação de tecidos reprodutivos (ovocitário ou testicular).

A sua utilização futura pode ter outras razões que não apenas a infertilidade. Esta preservação pode ser realizada por várias razões (lei da preservação do potencial reprodutivo). Este tipo de procedimento pode ser utilizado por pessoas trans antes da terapêutica hormonal e cirúrgica. A utilização desta técnica não é uma garantia de uma gravidez, mas sim de uma reserva de células reprodutoras através de técnicas de PMA, segundo o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida.



MÉTODOS PARA ALÉM DA PMA —

INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL CASEIRA

Este método consiste na introdução de sémen de dador, no útero da mulher usando uma seringa e um frasco de análises, devidamente esterilizados, para posterior recolha de sémen. Neste procedimento é recomendado que se façam exames médicos por ambas as partes e um cálculo aproximado do período fértil, de modo a encontrar o pico ovulatório.

Existem algumas aplicações de smartphone que podem ajudar a encontrar o melhor período para realizar a inseminação. A pessoa que irá engravidar deverá introduzir a seringa com o sémen dentro da sua vagina e repousar durante algum tempo. Poderá, caso deseje, realizar o processo mais vezes para aumentar a sua eficácia.

Os resultados devem ser obtidos com um teste de gravidez entre 3 a 4 semanas após o sucedido. O dador deve ser confiável, visto que pode reclamar a paternidade da criança. Deve-se, antes de tudo, poder discutir todas estas questões com o dador para evitar este tipo de eventualidades.

QUAIS OS MÉTODOS EXISTENTES PARA ALÉM DA GRAVIDEZ —

ADOÇÃO SINGULAR

É permitido, de acordo com a lei portuguesa em vigor, que uma pessoa possa adotar uma criança ou jovem, sem que seja necessário estar casada ou em união de facto.

Deste modo, quando existir esta vontade e desejo de adotar, terá de assumir sozinha todas as responsabilidades educacionais e legais sobre o mesmo. Este procedimento apenas é possível caso a pessoa tenha mais de 30 anos e realizar o seu pedido junto da Segurança Social.

ADOÇÃO CONJUNTA

A adoção por casais do mesmo género está desde 2016, documentada no Diário da República, sendo possível, em Portugal, a adoção de uma criança por duas pessoas do mesmo género. O procedimento difere da adoção por pessoa singular, apesar do pedido

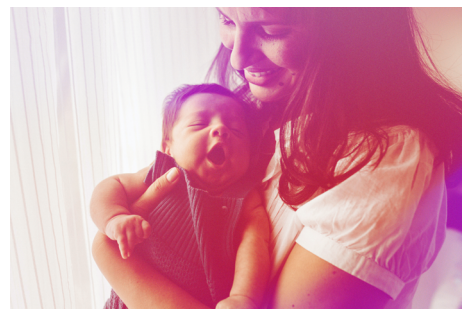
ser também feito na Segurança Social. Na adoção conjunta é necessário que as duas pessoas tenham mais de 25 anos e, estejam casadas ou em união de facto, há pelo menos 4 anos.

CO-ADOÇÃO

A Co-Adoção acontece quando apenas um membro do casal tem a responsabilidade legal pela criança e/ou jovem. Pela adoção ou filiação, existe a possibilidade do cônjuge ou unido de facto há mais de 4 anos co-adotar o menor. Para que isso aconteça é necessário que tenha mais de 25 anos, ter o consentimento do menor, caso o mesmo tenha uma idade igual ou superior a 12 anos e fazer o pedido junto da Segurança Social. É possível co-adotar o filho do cônjuge ou unido de facto, desde que este casamento ou união perdure há mais de 4 anos (1979.º, n.º Código Civil), mesmo antes da criança perfazer 12 anos.

GESTAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO

A gestação de substituição consiste num acordo de duas partes, ou seja, existe uma pessoa que irá gerar a criança, que se predispõe, de forma voluntária, e outra que terá as responsabilidades legais, após o parto. Este procedimento por norma é realizado através da Fertilização In Vitro.



O QUE TER EM CONTA —



CUSTOS FINANCEIROS

Os custos médicos dos procedimentos da maternidade lésbica variam dependendo do método médico de gravidez a que se recorra. Caso opte pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), os tratamentos são realizados de forma gratuita, exceto a medicação que não é comparticipada.

Caso exista maior preferência pelo sistema privado, os tratamentos são pagos pela própria pessoa e os valores variam de caso para caso e da clínica/centro que optar.

QUESTÕES LEGAIS

As leis diferem de acordo com a tipologia utilizada, procedimentos médicos ou de outro tipo de vivências de maternidade.

A lei portuguesa já permite que casais do mesmo género ou pessoas solteiras possam recorrer à Procriação Medicamente Assistida. As técnicas de Procriação Medicamente Assistida estão protegidas de acordo com o n.º 3 do art.º 4 da Lei n.º 17/2016.

MÉTODOS DE GRAVIDEZ

Para as pessoas que decidam recorrer

à Procriação Medicamente Assistida, os métodos podem ser realizados a partir dos 18 anos até aos 50. Poderão ter financiamento público caso estes métodos sejam feitos antes dos 40 anos.

PROCRIÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA

Neste método ambas terão os mesmos direitos legais para com a criança que nascer. É necessário que todos os documentos sejam devidamente preenchidos e que haja consentimento de ambas as partes. Caso não seja declarada a identificação e o consentimento da pessoa que não faz a gestação, é possível iniciar um pedido de justificação administrativa na conservatória do registo civil, para uma correção do registo inicial.

No entanto, para que isso aconteça, é necessário um comprovativo prestado pela pessoa gestante. Portanto, para qualquer processo de procriação medicamente assistida, é necessário o Consentimento Informado. Caso contrário, só através de um processo de co-adoção.

No que diz respeito às células e/ou tecidos são criopreservados durante um período máximo de 5 anos, de acordo com a lei n.º 58/2017. Caso se justifique, através das pessoas beneficiárias, o alargamento do tempo deverá ser justificado e o diretor da clínica terá de assumir a responsabilidade de alargar a data, segundo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida.

INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL CASEIRA

Apenas a Procriação Medicamente Assistida (PMA) está legalmente protegida. O que faz com que se caia no regime geral quanto à filiação, ou seja, será sempre registada como mãe a mulher que tem o filho e o doador, ou como pai ou como pai incógnito/desconhecido (para que não tenha responsabilidades). Isto porque, como não é feito através de uma técnica de PMA, onde são cumpridos todos os trâmites legais e onde o consentimento da companheira/esposa, consta no processo,

a nossa lei não permite o registo desta mãe enquanto tal.

Deste modo, não é suficiente uma mera declaração da companheira/esposa, porque não é prestado perante uma entidade credenciada para a PMA. A única possibilidade desta mãe estar registada como tal, será através de um processo de co-adoção que tem início com um pedido a formular junto da Segurança Social, que posteriormente encaminha o processo para Tribunal.

É possível co-adotar o filho do cônjuge ou unido de facto, desde que este casamento ou união perdure há mais de 4 anos (1979.º, n.º Código Civil), mesmo antes da criança perfazer 12 anos. Caso tenha 12 anos ou mais é preciso o seu consentimento para se iniciar o processo de co-adoção.

MÉTODOS EXISTENTES PARA ALÉM DA GRAVIDEZ

Os direitos e deveres referentes à maternidade que não vão pela via da gestação são os mesmos quer se trate de casamento, união de facto ou pessoas solteiras.

ADOÇÃO SINGULAR

A lei portuguesa permite que uma pessoa solteira possa adotar uma criança. Para que tal aconteça é necessário fazer o pedido junto da Segurança Social e ter mais de 30 anos. Esta lei encontra-se protegida e regulada pelo artigo 36 da Constituição da República Portuguesa; pelos artigos 1973 a 1991 do Código Civil e pela Lei n.º 143/2015, de 8 de setembro.

ADOÇÃO CONJUNTA

A lei portuguesa permite que duas pessoas do mesmo género possam adotar uma criança desde que estejam em união de facto ou casadas, há pelo menos 4 anos. Terão as mesmas responsabilidades legais e educacionais. O pedido deve também ser feito junto da Segurança Social.

Esta lei encontra-se protegida e regulada pelo artigo 36 da Constituição da

República Portuguesa; pelos artigos 1973 a 1991 do Código Civil e pela Lei n.º 143/2015, de 8 de setembro.

CO-ADOÇÃO

A Co-adoção acontece quando um membro do casal exerce responsabilidades parentais em relação a um menor. Por via da filiação ou adoção, é permitido ao cônjuge ou unido de facto, há mais de 4 anos, independentemente do género, que co-adopte o referido menor. Para isso, precisa de ter mais de 25 anos, o consentimento do menor, caso este tenha mais de 12 anos, e iniciar o pedido junto da Segurança Social. É possível co-adopter o filho do cônjuge ou unido de facto, desde que este casamento ou união perdure há mais de 4 anos (1979.º, n.º Código Civil), mesmo antes da criança perfazer 12 anos.

GESTÃO DE SUBSTITUIÇÃO

De acordo com a Lei da Procriação Medicamente Assistida (Lei 32/2006, de 26 de julho), e apesar de regulada pela Lei n.º 25/2016, de 22 de agosto e pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2017, de 31 de julho, a gestão de substituição não é legalmente permitida em Portugal.

QUESTÕES MÉDICAS

É possível que, ao recorrer a técnicas de PMA, existam algumas complicações quando falamos de procedimentos médicos, sobretudo a elevada taxa de gravidez múltipla. No entanto, através do avanço da medicina, os riscos têm diminuído.

A Síndrome de Hiperestimulação dos Ovários, apesar de uma complicação pouco frequente, está associada a alterações hormonais e uma resposta excessiva dos ovários à medicação, podendo levar, em casos extremos, a um possível internamento.

Como em todas as gestações, podem surgir complicações ao longo da gravidez, em particular se existe uma história anterior de hipertensão, diabetes ou outras doenças crónicas.

QUESTÕES PSICOLÓGICAS E EMOCIONAIS

A maternidade acarreta várias mudanças não só físicas, mas também emocionais, cognitivas e comportamentais. É natural que durante todo este período haja dúvidas, receios, ansiedades, preocupações antes, durante e no pós-gestação.

As emoções que as mulheres vivenciam podem ser saudáveis e/ou pouco saudáveis tanto para si próprias, para a companheira e/ou para a criança que está ou estará a seu cuidado. Apesar de se achar que existe, por parte da mulher, uma predisposição para o



cuidado e para o ato de cuidar, não existe um manual que nos ensine a ser “mães ideais”.

É muito importante existir um especial cuidado na saúde mental durante e após a gestação. Caso seja difícil passar por algumas situações é recomendada a procura de um profissional especializado.

VÊ AQUI OS VÁRIOS CENTROS DE PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA



— 13 —

GRAVIDEZ NO CICLO DE VIDA



*Gráfico baseado no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco

CUIDADOS A TER ANTES, DURANTE E APÓS A GESTAÇÃO —

PRÉ-CONCEÇÃO

A consulta Pré-Concepcional é um tipo de consulta recomendada, de modo a analisar e perceber as vontades do casal ou pessoa solteira de querer engravidar. Neste tipo de consulta são pedidos vários exames e avaliações (exemplo: rastreio do cancro do colo do útero, avaliação de consumo de tabaco ou outras substâncias, exame ao sangue, etc). Pode ser realizado no âmbito de medicina geral e familiar e/ou consulta de saúde reprodutiva.

GRAVIDEZ

De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) é importante vigiar a gravidez, de acordo com três parâmetros.

-CUIDADOS PRÉ-NATAIS

Durante todo o período de gestação é importante que a pessoa gestante tenha a



sua primeira consulta durante as 12 semanas de gestação. Após a primeira consulta, de acordo com o recomendado pela DGS (Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco), devem realizar-se consultas de vigilância pré-natal:

- A cada 4-6 semanas até as 30 semanas;
- A cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas;
- A cada 1-2 semanas após as 36 semanas;
- Entre as 36 e as 40 semanas, a pessoa gestante deve ter acesso a uma consulta no hospital onde se prevê que será o parto.

É igualmente importante realizar análises, ecografias e outros exames e avaliações relevantes, durante todo o período de gestação.

SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS

Durante as primeiras semanas de gravidez pode ser recomendado o uso de suplementos vitamínicos como: ácido fólico e/ou outras vitaminas à base de iodo e ferro.

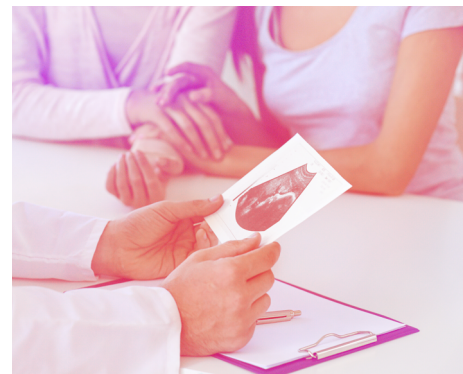
RUBÉOLA

Pode causar aborto ou malformações no feto. Maior parte das pessoas está imune da infeção por conta da vacina ou de já ter tido a doença anteriormente.

ISOIMUNIZAÇÃO RHD

Caso o seu sangue seja Rhesus negativo (Rh-) pode ser recomendado uma injeção de imunoglobulina, às 28 semanas. Só será administrada mediante consentimento informado. Esta injeção é importante porque pode prevenir diversas complicações, caso exista o contacto do sangue da pessoa gestante com o do feto.

Rastreio combinado – Através de diversos exames e análises de sangue é possível averiguar se existe algum risco de alteração nos genes (trissomia 21, trissomia 13, trissomia 18). Caso exista este risco, é



recomendado o encaminhamento para diagnósticos pré-natais e a realização de outros exames relevantes.

ISENÇÃO DE TAXAS MODERADORAS

Durante a gravidez e puerpério é possível recorrer à isenção das taxas moderadoras, através da apresentação de um comprovativo médico. Não pagará as consultas nem exames solicitados.

Estas informações foram baseadas no Guia para a Gravidez – E o pós-parto em Portugal, que pode consultar através do seguinte [link](#).

-EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

ALIMENTAÇÃO

Durante todo o período de gestação e pós gestação, é aconselhado que a pessoa gestante adote uma alimentação saudável,

conheça os dados alimentares seguros e adequados durante todo este período. Pessoas gestantes estão mais propensas a intoxicações alimentares (o sistema imunitário encontra-se alterado) pelo que é fundamental o cuidado, escolha e higiene dos alimentos.

ATIVIDADE FÍSICA

É recomendada atividade física ao longo da gravidez. A regularidade pode ser mantida desde que não seja um desporto de contacto físico. É imprescindível o equilíbrio entre a atividade física e o repouso.



SAÚDE ORAL

Durante o período gestacional, podem acontecer alterações hormonais que levem ao aparecimento ou agravamento de problemas orais. Os hábitos de higiene oral devem ser reforçados durante este período.

Cheque Dentista – O médico de família poderá passar este documento válido, durante todo o período de gravidez, que lhe permite ter uma consulta gratuita em cada trimestre da gravidez.

TABAGISMO

É importante reduzir o consumo e exposição a tabaco. O ato de fumar durante o período de gestação poderá trazer riscos tanto na vida da gestante como do feto, como parto prematuro, morte fetal, aborto espontâneo, entre outros. Existe sempre a possibilidade de procurar um especialista em cessação tabágica para melhoria de qualidade de vida e desenvolvimento da gravidez.

ESCOLHA DO HOSPITAL

Não existe obrigatoriedade em ter o bebê no hospital de referência ou mais perto do local de residência. Atualmente, as pessoas gestantes podem escolher o hospital público que quiserem, independentemente da zona que resida.

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E ÁLCOOL

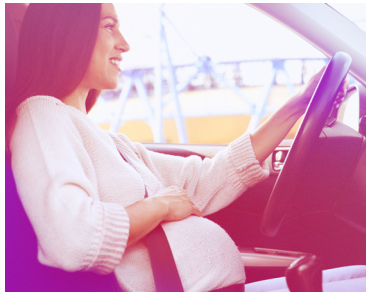
Durante todo o período de gravidez é desaconselhado o uso de substâncias psicoativas e álcool, devido ao elevado risco tanto na vida e desenvolvimento do feto, como da pessoa gestante. Existe sempre a possibilidade de procurar um especialista para melhoria de qualidade de vida e desenvolvimento da gravidez.

SEGURANÇA RODOVIÁRIA

É recomendado no ato de condução que as pessoas gestantes ajustarem o cinto de segurança para que o mesmo não exerça pressão sobre o abdômen.

VIAJAR

É recomendado informa-se junto da companhia aérea na qual irá viajar. Em algumas companhias é pedido um atestado médico depois das 28 semanas de gestação.



TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS E SINTOMAS COMUNS DA GRAVIDEZ-CANSAÇO;

- Sangramento das gengivas;
- Sensibilidade Mamária e/ou aumento da sensibilidade mamária;
- Tonturas e sensação de desmaio;
- Varizes;
- Inchaço;

- Alterações na pele;
- Obstipação;
- Urinar com mais frequência que o habitual;
- Alterações de Humor;
- Impacto da Gravidez no ato sexual.
- Aumento do Fluido vaginal;

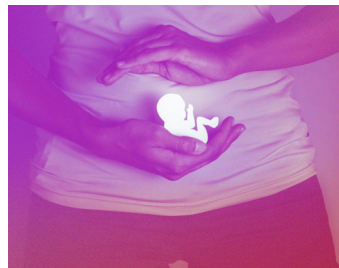
Caso esteja presente estes ou mais sintomas é recomendado falar com os profissionais de saúde que acompanham a sua gravidez, de modo a ser possível arranjar estratégias para lidar com estes sintomas físicos, psicológicos e emocionais.

SINAIS DE ALERTA DURANTE A GRAVIDEZ

Mudanças fisiológicas acontecem, devido à adaptação do corpo à gestação. É importante estar com atenção a alguns sintomas físicos e psicológicos. De acordo com a DGS, é imprescindível que a pessoa gestante recorra a serviços de saúde quando apresentar:

- Hemorragia vaginal;
- Perda de Líquido pela vagina;
- Corrimento vaginal com prurido/ardor;
- Dores abdominais/pélvicas;
- Arrepios ou febre;
- Dor/ardor quando urina;
- Vômitos persistentes;
- Dores de cabeça fortes ou contínuas;
- Perturbações da visão;
- Diminuição dos movimentos fetais.

Ter também uma particular atenção a mudanças de comportamento, pensamento e sentimentos, pois pode prevenir o aparecimento de sintomatologia depressiva. Sempre que houver alterações significativas, nestes casos, é recomendado procurar um profissional especializado.



PREPARAÇÃO PARA O PARTO E MATERNIDADE —

Todas as questões relacionadas com a gravidez, parto, maternidade e como todos esses processos podem influenciar a vida da pessoa gestante e dos familiares, devem ser faladas no âmbito de todas as consultas, durante a gravidez. Os cursos de preparação para o parto e para o nascimento podem ser bons recursos para o esclarecimento de dúvidas, partilha de medos e angústias onde se pode partilhar em grupo.

Por outro lado, ter uma boa comunicação com os profissionais de saúde que estejam a acompanhar todo o desenvolvimento da gravidez, pode ser uma estratégia relevante para a partilha e pedido de esclarecimento de dúvidas.

PLANO DE PARTO

Embora não exista legislação específica que proteja o plano de parto, há determinadas leis, nacionais e internacionais, que podem ser aplicadas diretamente ou indiretamente no sistema jurídico português. Os artigos 38º, 39º, 149º e 150º do Código Penal Português; artigo 3º e 8º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos; e os artigos 5º, 8º e 9º da Convenção dos Direitos de Homem e Biomedicina.

O Plano de Parto serve como um registo de vontades e desejos de trabalho de parto, parto e pós-parto, da pessoa gestante e/ou do casal. É importante comunicar com os profissionais de saúde este conjunto de desejos, sensibilizar para as prioridades, gestão de expectativas, preocupações, pensamentos e emoções. O plano não serve como um conjunto regras rígidas e obrigatórias que precisam de ser seguidas ao pormenor, mas sim ser encarado como um plano.



No parto hospitalar, este plano precisa de ser entregue a partir das 30 semanas de gestação, na instituição onde se irá realizar o parto, de modo que seja possível dar uma resposta atempadamente por parte da Direção Clínica, de modo que se consiga perceber quais os pontos que se aceitam e que não se aceitam. Devem ser enviados os seguintes documentos, em caso de parto hospitalar:

- Plano de Parto;

- Boletim da pessoa gestante;
- Processo no Hospital.

No parto domiciliário, este plano é elaborado ao longo da gravidez e revisto pelos profissionais que estejam a acompanhar o processo.

Estas informações foram elaboradas e inspiradas nos documentos da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto. Para mais informações existe um documento elaborado pela associação intitulado: Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto. [Reflexão-para-a-construção-do-plano-de-parto-introducao.pdf \(associacaogravidezeparto.pt\)](#)

DOULA

A doula, é uma profissional que dá suporte emocional à pessoa gestante, ajuda na procura de informação sobre a gravidez, parto e puerpério, pode estar presente no dia do parto e no puerpério. Existem doulas também na fase da preconceção, sempre como base o suporte emocional da pessoa gestante e da sua família, ajudando na gestão das expectativas, apoio na mudança de hábitos que queiram fazer antes da gravidez, entre outros.

A doula, no puerpério, dá apoio emocional à pessoa que passou pela gestação, ajudando a integrar a experiência que teve e as mudanças que chegam com o nascimento da criança. Esta profissional pode ainda, prestar apoio nas pequenas tarefas domésticas, ajudar na alimentação, prestar cuidados aos filhos mais velhos, dar apoio na amamentação (se houver vontade em amamentar), cuidados a ter com o bebé recém-nascido, por exemplo. A doula, é uma profissional cujo seu trabalho é servir e apoiar, em primeiro lugar, a pessoa gestante (ou que quer passar pelo momento da gestação) e, naturalmente, a sua família. Existe uma maior flexibilidade em

adaptar-se às suas necessidades, desejos e vontades, sendo o seu acompanhamento personalizado e individual. O importante para a doula é que as pessoas façam as suas escolhas de modo informado e consciente.

Para começar a procurar uma doula existe o site da Rede Portuguesa de Doulas pode consultar em: www.doula.pt

PARTO DOMICILIAR

Em Portugal existe a possibilidade de ter um parto domiciliário, é legal, no entanto, não é participado pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), nem pelas seguradoras. Como temos poucas equipas disponíveis para acompanhar este tipo de parto, é necessário procurar um profissional o mais cedo possível. Este tipo de acompanhamento é individual e personalizado, os profissionais farão um acompanhamento ao longo de toda gravidez, o que fará com que tenham uma relação de confiança e poderão conhecer de perto o quadro clínico da pessoa gestante e do seu bebé. A Associação Portuguesa pelos direitos da mulher na gravidez e parto (www.associacaogravidezeparto.pt) tem uma pequena lista com os contactos dos profissionais que atuam nesta área. Alguns critérios a ter em conta para um parto em casa são:

- A casa estar no máximo a 30 minutos de distância do Hospital;
- Gravidez de baixo risco;
- Escolher um profissional devidamente certificado e autorizado a exercer no país;
- Poderão existir outros critérios que serão avaliados pelos próprios profissionais.

CONSULTA PUERPÉRIO

Define-se Puerpério o período de recuperação psicológica e física da pessoa gestante após o parto e nascimento do seu filho. As consultas de puerpério têm

como objetivo: avaliar o estado do casal ou mulher solteira e a sua adaptação a este novo momento das suas vidas.

Outros locais que podem dar mais informações:

- Recomendações para uma experiência de parto positiva da Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Birth Advisor (plataforma de avaliação das instituições da saúde na especialidade obstetrícia) www.birthadvisor.pt

Em caso de violência obstétrica contactar:

- APDMGP (www.associacaogravidezeparto.pt)
- OVO PORTUGAL (www.ovoportugal.pt)

O que deves fazer?

- Escreve tudo o que aconteceu para não esqueceres nenhum detalhe e usa esse testemunho sempre como base para as reclamações que fores fazer;
- Pede o teu processo clínico (local com informação sobre todos os procedimentos que te fizeram, nomes dos profissionais que te assistiram e medicamentos que tenhas recebido) ao hospital, alguns hospitais têm a minuta disponível no site deles. Fica sempre com um comprovativo em como fizeste esse pedido;
- Fazer uma reclamação no livro da instituição físico e online.
- Se for uma reclamação de um profissional específico, envia uma carta registada com aviso de receção à respetiva ordem, (Ordem dos Enfermeiros ou dos Médicos).
- Tens 6 meses para fazer uma queixa-crime;
- A APDMGP dá apoio jurídico a advogados;
- Se precisares de apoio na tua saúde mental recorre a profissionais especializados de psicologia e/ou psiquiatria

TESTEMUNHOS

“(…)**SENTI O PESO DA RESPONSABILIDADE DE CUIDAR DE UM SER E ISSO TEM TANTO DE BOM COMO DE ATERRADOR(..)**”

CONTA-NOS COMO FOI, COMO ESTÁ OU COMO ESPERAS DE QUE SEJA A TUA EXPERIÊNCIA DE MATERNIDADE?

“Eu imagino que no início, dependendo da escolha que a gente fizer, de como esta criança vir, pode ser que exista alguns desafios. Sinto que vai ser muito leve, fluido e com muito amor.”

“O casal precisa de estar muito unido para conseguir ultrapassar o desgaste que o tratamento implicado. Quero acreditar que para casais lésbicos que os profissionais já não são intrusivos ou que saibam lidar com qualquer casal que surge na consulta independentemente da orientação sexual.”

“Tenho algumas amigas que já fizeram inseminação in vitro. Tenho uma amiga que está neste processo das hormonas e que será mãe solteira. É lésbica. Não tem companheira. Mas está a passar por este processo e quer ser muito mãe. Tenho pessoas ao meu lado que passaram por estas experiências, mas não conheço ninguém que esteja a passar por o método que queremos passar (Inseminação Artificial Caseira).”

“Mesmo que me tivesse assumido antes, esta experiência (maternidade) fez-me ter coragem para me assumir. Desde os meus 25 anos sempre houve um desejo em mim de ser mãe, mesmo que me tivesse assumido antes penso que teria tentado ser mãe da forma que me fosse possível. Sei que em Portugal já é possível lésbicas poderem ter filhos, através do SNS.”

QUAIS SÃO AS TUAS DÚVIDAS RELATIVAMENTE À MATERNIDADE?

“Eu tenho muitas dúvidas. Será que o médico de família podia ajudar? É possível? Ao ouvir a intervenção, criou uma certa resistência porque não quero médicos neste meu caminho. Têm uma cabeça muito fechada (...) a mentalidade precisa de mudar.”

- “Lei portuguesa”;
- “O que fazer para realizar uma inseminação artificial caseira”;
- Como posso registar a criança com duas mães; “Porque é que o nome da minha companheira que não irá gerar a criança não pode fazer parte do registo, se isto é um projeto conjunto? Um sonho das duas. Se é ela que irá cuidar da criança junto comigo. Queremos fazer este ano.

QUAIS AS MAIORES DIFICULDADES SENTIDAS?

“Senti o peso da responsabilidade de cuidar de um ser e isso tem tanto de bom como de aterrador (...) eu não estava a aguentar mais (...) antes do meu Coming Out senti que vivia debaixo de água. E vinha

“Senti o peso da responsabilidade de cuidar de um ser e isso tem tanto de bom como de aterrador “

à superfície respirar de vez em quando para me manter viva. Apesar de todas as minhas forcas nela (filha) de a manter vivo um ser que facilmente pode precisar de alguma

e depender de mim. A minha filha tinha 5 anos quando saí de casa. O que eu mais tinha medo, (...) era a minha filha chegar a adolescência e chamar-me uma mentira. Era o mais aterrador.”

“Penso que os médicos de família deviam estar na linha da frente a apoiar a mulher para isso. Porque mesmo sendo inseminação artificial caseira, penso que existe certos suplementos como ácido fólico, certos medicamentos que se dá na preparação (...)”

“Penso que médicos de família deviam fazer parte do projeto, sobretudo no que toca a quem lhes chega, não assumir à partida que a pessoa é assumidamente

“Os tempos têm vindo a mudar, mas ainda é recorrente ouvir comentários depreciativos para pessoas que optam por não ter biologicamente/adotar filhos, assim como os casos de infertilidade,..”

hétero. Acompanhar a pessoa e orientar de acordo com o que fizer sentido para si. Os médicos também deveriam apoiar no processo da Inseminação Artificial Caseira.”

“A partir do momento que nasce a criança é como se a mulher ganhasse um superpoder, mas que neste caso não é positivo, a invisibilidade. A criança nasce, durante a gravidez parecemos que somos levadas nas palminhas, porque leva ali o mundo. A partir do momento que a criança nasce, é como se ficássemos invisíveis porque o foco de toda a gente é na criança. E esquecem-se que no primeiro ano estamos a recuperar fisicamente e psicologicamente. A nível hormonal é uma tempestade que se dá. E estamos a falar apenas no primeiro ano. A nível de memória, cansaço, toda a recuperação e, ao mesmo tempo, estamos a cuidar de um ser

ENTREVISTA

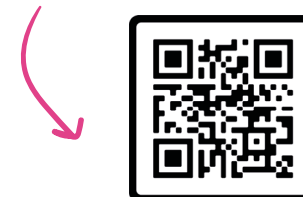
“(...)A MATERNIDADE TEM SIDO UMA AVENTURA MARAVILHOSA(..)”

CONTA-NOS COMO FOI OU COMO ESTÁ A SER A TUA EXPERIÊNCIA DE MATERNIDADE?

Não há maior aventura na vida do que a maternidade. É a maior experiência de vida que qualquer pessoa pode ter. É um processo completamente revolucionário tanto a nível psicológico, emocional, social, cultural... é um desafio constante, é um revisitar das nossas próprias estruturas pessoais e da organização cultural, social e política daquilo que nos rodeia. Infelizmente é uma tarefa, uma função e uma experiência de vida e uma aventura que as pessoas estão terrivelmente pouco preparadas.

E senti isso. Senti essa falta de preparação, de conhecimento e de experiência que me levou a ler imenso. Se isso já é verdade... se tudo o que eu disse até agora é verdade, em qualquer situação, numa situação de maternidade lésbica, o desafio é redobrado.

Lê o resto da entrevista aqui



que está totalmente dependente de nós. A sociedade e os nossos familiares tendem a esquecer que estamos a recuperar e que precisamos também de apoio. O pós-parto também é um momento difícil.”

O QUE GOSTARIAS DE ENCONTRAR NUMA BROCHURA PARA A MATERNIDADE?

“Senti o peso da responsabilidade de cuidar de um ser e isso tem tanto de bom como de aterrador (...) eu não estava a aguentar mais. (...) antes do meu Coming Out senti que vivia debaixo de água. E vinha à superfície respirar de vez em quando para me manter viva. Apesar de todas as minhas forcas nela (filha) de a manter vivo um ser que facilmente pode precisar de alguma e depender de mim. A minha filha tinha 5 anos quando saí de casa. O que eu mais tinha medo, (...) era a minha filha chegar a adolescência e chamar-me uma mentira. Era o mais aterrador.”

“Penso que os médicos de família deviam estar na linha da frente a apoiar a mulher para isso. Porque mesmo sendo inseminação artificial caseira, penso que existe certos suplementos como ácido fólico, certos medicamentos que se dá na preparação (...)”

“Penso que médicos de família deviam fazer parte do projeto, sobretudo no que toca a que quem lhes chega, não assumir à partida que a pessoa é assumidamente hétero. Acompanhar a pessoa e orientar de acordo com o que fizer sentido para si. Os médicos também deveriam apoiar no processo da Inseminação Artificial

“Penso que os médicos de família deviam estar na linha da frente a apoiar a mulher para isso.”

Caseira.”

“A partir do momento que nasce a criança é como se a mulher ganhasse um superpoder, mas que neste caso não é positivo, a

invisibilidade. A criança nasce, durante a gravidez parecemos que somos levadas nas palminhas, porque leva ali o mundo. A partir do momento que a criança nasce, é como se ficássemos invisíveis porque o foco de toda a gente é na criança. E esquecem-se que no primeiro ano estamos a recuperar fisicamente e psicologicamente. A nível hormonal é uma tempestade que se dá. E estamos a falar apenas no primeiro ano. A nível de memória, cansaço, toda a

“A pessoa não desistir dos seus sonhos. Ter foco e certeza e que esses sonhos se vão tornar realidade, porque é uma responsabilidade muito grande.”

recuperação e, ao mesmo tempo, estamos a cuidar de um ser que está totalmente dependente de nós. A sociedade e os nossos familiares tendem a esquecer que estamos a recuperar e que precisamos também de apoio. O pós-parto também é um momento difícil.”

QUE CONSELHOS/DICAS PODES DAR PARA QUEM TENHA ESTA VONTADE DE MATERNIDADE?

“A pessoa tem de ter a certeza que é isso que quer. Porque é um compromisso para a vida. É o maior desafio que temos, porque a nossa vida nunca mais será igual. É um desafio a muitos níveis. (...) Temos de estar preparadas para isso.”

“É importante ter um grande apoio familiar ou amigos. Ter essa estabilidade na retaguarda.”

“A pessoa não desistir dos seus sonhos. Ter foco e certeza e que esses sonhos se vão tornar realidade, porque é uma responsabilidade muito grande.”

lés+saúde

MATERNIDADE

MATERNIDADE

MÉTODOS DE GESTAÇÃO

MÉTODOS PARA ALÉM DA PMA

MÉTODOS PARA ALÉM DA GRAVIDEZ

O QUE TER EM CONTA

GRAVIDEZ NO CICLO DE VIDA

CUIDADOS A TER

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E MATERNIDADE

TESTEMUNHOS

ENTREVISTA