

Aline Alves Veleda
Débora Fernandes Coelho
[orgs.]

Cuidados de Enfermagem à saúde durante o período gravídico-puerperal



um guia rápido de consulta

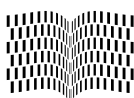


Editora da
UFCSPA

Aline Alves Veleda
Débora Fernandes Coelho
[orgs.]

Cuidados de Enfermagem à saúde durante o período gravídico-puerperal

um guia rápido de consulta



Editora da
UFCSPA

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Reitora

Jenifer Saffi

Vice-reitor

Rafael José Vargas Alves

Pró-reitor de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários

Luis Henrique Telles da Rosa

Editora da UFCSPA

Diretora

Ana Rachel Salgado

Vice-diretor

Alberto Antonio Rasia Filho

Conselho editorial

Alberto Antonio Rasia Filho, Ana Luíza Pires de Freitas, Ana Rachel Salgado, Bernardo Kolling Limberger, Caroline Tozzi Reppold, Fernanda Michie lin Busnello, Lucas Paulo de Souza, Lucila Ludmila Paula Gutierrez, Maria Claudia Moraes Leite, Regis Kreitchmann, Rodrigo Ligabue Braun, Ygor Arzeno Ferrão

Preparação

Gabriela de Quadros Buzzo, Tábata Gribler de Souza

Revisão

Olívia Barros de Freitas, Tábata Gribler de Souza.

Capa e projeto gráfico

Lorena Bittencourt

É permitida a reprodução sem fins lucrativos do texto escrito desta obra, parcial ou total, desde que citada a fonte ou sítio da Internet onde pode ser encontrada (www.ufcspa.edu.br/editora). É proibida a reprodução de imagens e figuras deste livro sem autorização, por escrito, dos autores.

Esta publicação foi avaliada por leitura duplo-cega (*double blind review*) por especialistas na área de conhecimento.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C966 Cuidados de Enfermagem à saúde durante o período gravídico-puerperal: um guia rápido de consulta [recurso eletrônico] / organizadores: Aline Alves Veleda, Débora Fernandes Coelho. — Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2026.
Recurso on-line (82 p.: il. color.)

Modo de acesso: https://pi.ufcspa.edu.br/front/document.send.php?docid=86397&tickets_id=2019158918

ISBN 978-65-89798-05-7

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Parto Humanizado. 4. Período Pós-Parto. 5. Aleitamento Materno 6. Complicações na Gravidez I. Veleda, Aline Alves. II. Coelho, Débora Fernandes. III. Título.

CDD 618.20231

CDU 616-083:618.2

Elaborada por Laura Valladares de Oliveira Soares - CRB 10/1985
Biblioteca Paulo Lacerda de Azevedo - UFCSPA

Organizadoras

Aline Alves Veleda

Débora Fernandes Coelho

Autoras

Juliana Silva Gomes

Giovana Loreto Nunes

Kimberly Bueno

Isabel van der Laan Franco da Silva

Vitoria da Silva Oliveira

Sumário

<i>Apresentação</i>	7
<i>Direitos das pessoas grávidas</i>	8
<i>Cuidado às principais queixas durante a gravidez</i>	12
<i>Cuidado durante situações de abortamento</i>	14
<i>Cuidados durante o pré-natal de risco habitual</i>	21
<i>Cuidados durante o pré-natal de alto risco</i>	24
<i>Síndromes hipertensivas da gravidez</i>	28
<i>Cálculo de idade gestacional e da data provável do parto</i>	39
<i>Cuidados durante a realização de exames físicos no pré-natal</i>	41
<i>Parto normal</i>	45
<i>Parto humanizado</i>	47
<i>Violência obstétrica</i>	50
<i>Cuidados para construção de um plano de parto</i>	52
<i>Assistência humanizada ao parto normal</i>	53
<i>Primeiro período de trabalho de parto</i>	56
<i>Métodos não farmacológicos de alívio da dor</i>	61
<i>Cuidados no segundo período do trabalho de parto</i>	65
<i>Cuidados com o períneo</i>	66
<i>Cuidados no terceiro período do trabalho de parto</i>	67
<i>Cuidados no pós-parto</i>	70
<i>Cuidados para a amamentação</i>	71

Lista de abreviações

AAS – Ácido acetil salicílico

BCF – Batimentos cardíacos fetais

CPM – Conforme prescrição médica

DM – Diabetes melito

GJ – Glicemia de jejum

IG – Idade gestacional

IM – Intramuscular

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IV – Intravenoso

PA – Pressão arterial

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura prematura de membranas

SUS – Sistema Único de Saúde

TP – Trabalho de parto

US – Ultrassonografia

VO – Via oral

Apresentação

O acolhimento constitui a primeira etapa de toda a atenção no ciclo gravídico-puerperal, devendo ser garantido em qualquer situação relatada pela pessoa gestante, e suas demandas devem ser escutadas e conduzidas, seja por meio de ações educativas ou do encaminhamento aos níveis de atenção adequados.

Nos casos em que não há contraindicações clínicas, deve-se incentivar e apoiar o parto normal, conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018). O uso indiscriminado de cesarianas, sem respaldo clínico, está associado a maiores riscos de morbimortalidade materna e neonatal. A equipe de saúde deve fornecer informações claras, apresentar métodos não farmacológicos de alívio da dor e orientar sobre os direitos da pessoa gestante durante o processo.

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses do bebê deve ser encorajado, respeitando a autonomia da pessoa que amamenta. Quando a amamentação não for possível, o cuidado deve permanecer integral, assegurando a atenção à saúde da criança e da pessoa no puerpério.

No presente guia, optamos por utilizar a expressão “pessoa gestante”, reconhecendo que diferentes identidades de gênero podem vivenciar a gestação, o parto e o puerpério. Tal escolha reflete um compromisso científico, ético e ativista com a equidade e os direitos humanos. Ademais, este texto privilegia a linguagem feminina para representar a enfermagem, profissão historicamente constituída majoritariamente por mulheres.

Direitos das pessoas grávidas

1. Planejamento familiar

Lei nº 9.263/96: o Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir acesso ao planejamento familiar, ofertando os métodos contraceptivos e dando atenção ao pré-natal, parto, puerpério e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Lei nº 14.443/22: assegura o direito à esterilização a maiores de 21 anos e/ou pessoas que possuam dois filhos vivos.

→ A cirurgia só poderá ser realizada após 60 dias da manifestação.

2. Na gestação

Portaria GM/ms nº 5.350 (Rede Alyne)

→ Apoia o atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério.

→ Certifica a efetuação da primeira consulta de pré-natal até as 12 semanas de gestação.

→ Realiza, no mínimo, sete consultas de pré-natal.

→ Fornece acesso ao rastreamento e tratamento da sífilis, do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites.

Lei nº 9.263/96: o SUS garante o atendimento pré-natal.

Lei nº 11.634/07: a pessoa gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual ocorrerá o parto.

Lei nº 11.804/2008: apoia o pagamento de pensão para cobrir a alimentação e as despesas adicionais, devendo ser fornecida pelo progenitor do feto.

Lei nº 6.202/1975: assegura que estudantes poderão realizar tarefas domiciliares, a partir do 8º mês, pelo período de três meses.

→ Válido também em casos de adoção.

→ Período prorrogável a critério médico.

Lei nº 14.925/2024: defende que estudantes e pesquisadores de ensino superior tenham direito à prorrogação dos prazos de conclusão de disciplinas, trabalhos finais, sessões de defesa e vigência de bolsas de estudos, por 180 dias, em virtude de afastamento.

→ O afastamento poderá ser em decorrência de gravidez de alto risco, parto e internação hospitalar do filho por 30 dias ou mais.

→ Válido também em casos de adoção e obtenção de guarda judicial para fins de adoção.

→ O benefício será concedido em dobro nos casos de adoção de criança(s) e/ou adolescente(s) com deficiência.

3. No parto e pós-parto imediato

Lei nº 11.108/05: assegura a presença de um acompanhante da escolha da pessoa gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

→ Esse direito prevalecerá, inclusive, em situações de emergência sanitária, como no caso da pandemia de COVID-19.

4. No trabalho

Lei nº 9.029/1995: veda exigir a declaração de gravidez ou esterilização como condição de trabalho.

Art. 391-A da CLT¹: atesta a estabilidade no emprego, a partir da confirmação da gravidez até 5 meses após o parto.

Art. 392 da CLT

Parágrafo 1º: concede a licença maternidade remunerada de 120 dias.

→ Válido também em casos de adoção.

→ Empresas privadas que aderiram ao programa “Empresa Cidadã” (Lei nº 11.770/2008) podem prorrogar por até 60 dias a licença maternidade em casos de complicações no parto, nascimento de bebê prematuro, etc.

→ Servidoras públicas têm direito a 180 dias.

Parágrafo 2º: o período de repouso pode ser ampliado em duas semanas, tanto antes quanto depois do nascimento do bebê.

→ É necessário o atestado médico.

Art. 392 da CLT

Parágrafo 4º: as pessoas gestantes ou lactantes, em situações insalubres, têm direito a transferência de função ou departamento.

→ É necessário o atestado médico.

Art. 395 da CLT: resguarda o repouso remunerado de 2 semanas, em caso de aborto.

→ É necessário o atestado médico.

Art. 396 da CLT: afiança 2 intervalos de meia hora cada para amamentar o filho durante a jornada de trabalho por seis meses.

→ Válido também em casos de adoção.

1 CLT = Consolidação das Leis do Trabalho.

→ Se necessário, período de 6 meses pode ser prolongado.

5. Direitos de autonomia

→ O uso de **métodos não farmacológicos de alívio da dor**, podendo ser feito/praticado por profissionais da equipe de assistência, como a doula, a enfermeira obstétrica e/ou o acompanhante.

→ A **analgesia**, quando esta for solicitada. Deve-se enfatizar o cumprimento desse procedimento, principalmente, a populações negras e pardas, pois, no Brasil, existem evidências de que essas recebem menos analgesia, quando comparadas às populações brancas.

→ A expressão dos sentimentos da pessoa parturiente durante todo o processo.

→ A consulta acerca dos procedimentos que serão realizados no paciente, inclusive administração de ocitocina, episiotomia, episiorrafia, etc.

→ A possibilidade da pessoa gestante de mover-se, andar e adotar a posição que desejar durante todo o processo.

→ A construção e apresentação do **plano de parto**, documento em que a parturiente descreve todos os seus desejos em relação ao nascimento do filho.

→ O recebimento de assistência baseada em **evidências**.

→ A viabilidade de segurar e amamentar o bebê assim que este nascer, salvo quando a vida do recém-nascido (RN) ou da pessoa parturiente estiver em risco iminente.

Cuidado às principais queixas durante a gravidez

Quando manifestadas, as queixas da pessoa gestante devem ser resolvidas ou diminuídas por medidas sugeridas pela enfermeira.

Atente-se às patologias que possuem sintomas em comum com a gestação. Relacione as manifestações clínicas e o histórico de saúde para fazer um diagnóstico diferencial.

Quadro 1 — Resolução das principais queixas durante a gravidez

RESOLUÇÃO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS DURANTE A GRAVIDEZ	
NÁUSEAS E VÔMITOS	
QUANDO É MAIS COMUM	1º trimestre.
COMO RESOLVER	Logo ao acordar, a pessoa gestante pode: comer algumas bolachas de “água e sal” e tomar um copo d’água; evitar consumir alimentos pesados de manhã e após se sentir satisfeita; diminuir a quantidade de gorduras; e, por fim, identificar e evitar alimentos e cheiros que frequentemente causam os sintomas.
COMO DIMINUIR	Recomenda-se usar óleo essencial de limão por inalação. Ademais, tomar um chá de gengibre ou chupar gelo ajuda bastante.
COMUM TAMBÉM EM	Hiperêmese gravídica (atenção para o diferencial).
CANSAÇO E SONOLÊNCIA	
QUANDO É MAIS COMUM	1º e 3º trimestres.
COMO DIMINUIR	É ideal manter uma dieta saudável; criar uma rotina para dormir; e fazer alguma atividade física.
COMUM TAMBÉM EM	Anemia; depressão pré-natal; e diabetes gestacional.

DOR NAS COSTAS	
QUANDO É MAIS COMUM	1º e 3º trimestres.
COMO RESOLVER	A pessoa grávida deve se manter numa boa postura e, ao sentar-se, encostar o tronco no encosto com as costas retas; além disso, é recomendado que durma na posição mais confortável possível.
COMO DIMINUIR	Receber massagem na área dolorida; aplicar uma bolsa de água quente na região; e fazer exercícios de alongamento.
COMUM TAMBÉM EM	Tensão e estresse.
RETENÇÃO DE LÍQUIDOS	
QUANDO É MAIS COMUM	Todos os trimestres.
COMO DIMINUIR	A pessoa gestante deve manter uma dieta saudável; exercitar-se; elevar os membros inferiores; manter-se hidratada; e receber massagens.
COMUM TAMBÉM EM	Insuficiência cardíaca, hepática ou renal.
SENSIBILIDADE NOS SEIOS	
QUANDO É MAIS COMUM	Todos os trimestres.
COMO DIMINUIR	Utilizar tops e/ou sutiãs com mais sustentação e conforto.

Fonte: Brasil (2013).

Cuidado durante as situações de abortamento

Abortamento é o termo dado para quando a gestação é interrompida antes da 22ª semana ou para quando o feto nasce com peso inferior a 500g. Pode ser precoce, se ocorrer até a 13ª semana da gravidez, ou tardio, quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semana de gestação. O abortamento faz parte das síndromes hemorrágicas que acontecem na primeira metade da gestação.

Classifica-se o abortamento em: ameaça de abortamento, abortamento completo, abortamento inevitável ou incompleto, abortamento retido, abortamento infectado e abortamento habitual.

Quadro 2 — Condutas no abortamento

CONDUTAS NO ABORTAMENTO		
ABORTAMENTO	O QUE É	CONDUTA
AMEAÇA DE ABORTAMENTO	Caracteriza-se por um sangramento de pequena ou moderada intensidade, podendo haver cólicas geralmente pouco intensas. O colo uterino encontra-se fechado e o volume uterino é compatível com a idade gestacional (IG). Não há sinais de infecção.	Confirmar o diagnóstico com a ultrassonografia. A internação hospitalar não é indicada. Orientar à pessoa gestante repousar, evitar ter relações sexuais enquanto houver sangramento e continuar com o acompanhamento pré-natal. Nos casos em que não houver uma melhora do quadro, com o aparecimento de febre, dor pélvica localizada e/ou sangramento com odor fétido, a pessoa gestante deve retornar ao serviço de saúde para uma nova avaliação.

ABORTAMENTO COMPLETO	Acontece quando a totalidade do material uterino é eliminada. Normalmente ocorre antes da 8ª semana de gestação. O sangramento e as dores diminuem após a expulsão do material ovular. O colo uterino pode estar aberto e o tamanho uterino provavelmente é menor do que o esperado em relação a idade gestacional. A ultrassonografia mostra a cavidade uterina vazia ou com possíveis coágulos.	Manter a observação e atentar para sangramento e infecções uterinas.
ABORTAMENTO INEVITÁVEL/ INCOMPLETO	O abortamento incompleto ocorre quando a totalidade do conteúdo uterino não é eliminada. Por sua vez, o abortamento inevitável dá-se quando há sinais de abortamento, mas o material uterino ainda não foi eliminado. As dores e os sangramentos são mais intensos do que na ameaça de abortamento, que diminuem conforme a saída de coágulos ou restos ovulares. O colo uterino encontra-se dilatado e o volume uterino é compatível com a idade gestacional, no caso de abortamento inevitável, e menor do que o esperado, em casos de abortamento incompleto.	Fazer o esvaziamento uterino por aspiração manual intrauterina (AMIU), a curetagem ou o uso de medicamento (misoprostol), conforme recomendado para a situação. Além disso, também se deve avaliar a perda sanguínea.
ABORTAMENTO RETIDO	Ocorre a morte do embrião ou do feto e esse permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. O colo uterino encontra-se fechado e o sangramento é inexistente. O exame de ultrassonografia apresenta a ausência de vitalidade.	Realizar o esvaziamento uterino utilizando o misoprostol. Em seguida, fazer a curetagem ou a AMIU.

ABORTAMENTO INFECTADO	Acontece quando o abortamento está acompanhado de infecção genital, como endometrite, parametrite e peritonite. Costuma estar associado a técnicas inadequadas e inseguras de abortamento provocado. É caracterizado por infecções polimicrobianas geralmente provocadas por bactérias da flora vaginal. Os abortamentos infectados são considerados casos graves e devem ser tratados independentemente da vitalidade do feto. As manifestações mais frequentes são: elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido, dores abdominais ou eliminação de pus pelo colo uterino. Além disso, no exame de toque a paciente pode referir muita dor.	Atentar para possível perfuração uterina. Alguns exames a serem solicitados: hemograma + contagem de plaquetas, urina tipo I, coagulograma, hemocultura, cultura da secreção vaginal e do material endometrial, raios-x do abdome, ultrassonografia pélvica transvaginal ou de abdome total e tomografia. Deve-se iniciar o tratamento à base de antibiótico, com esquema IV até que a pessoa em atendimento não apresente febre por 48h. Então, dá-se início ao tratamento com medicação via oral (VO) por 10 a 14 dias. A alta hospitalar pode ser dada quando iniciado o tratamento VO. O esvaziamento uterino deve ser feito, de preferência via AMIU, mas quando não for possível, recomenda-se realizar a curetagem uterina (ambos os procedimentos devem ser feitos com a infusão de ocitocina diluída em soro fisiológico ou ringer lactato). Em casos graves, pratica-se a laparotomia exploradora e, caso seja necessário, retira-se os órgãos pélvicos.
ABORTAMENTO HABITUAL	Ocorre quando há perdas espontâneas e sucessivas de 3 ou mais gestações.	Realizar uma anamnese detalhada para detectar as possíveis causas associadas e manter o acompanhamento quinzenal por meio das consultas pré-natais.

Fonte: Brasil (2022).

1. Aborto legal

Existem algumas situações em que a prática de aborto, realizada por equipe técnica qualificada para tal, é amparada por lei.

- ❶ A gestação apresenta risco à vida da pessoa gestante.
- ❷ A concepção foi resultante de estupro, o que também inclui:

- menor de 14 anos (estupro de vulnerável);
- estupro praticado por parceiro romântico.

❸ Feto anencéfalo.

- A interrupção de gravidez ectópica não é considerada ilegal.
- Outras malformações fetais incompatíveis com a vida podem ser encaminhadas por via judicial para solicitação da interrupção da gestação.

Quadro 3 — Métodos de abortamento

MÉTODOS DE ABORTAMENTO LEGAL	
MISOPROSTOL (CYTOTEC)	
OCORRÊNCIA	Aborto induzido, retido e incompleto; indução de parto; preparação do colo uterino; e hemorragia no pós-parto.
VIA	Vaginal, bucal e sublingual.
PRÓS	Preço mais acessível.
CONTRAS	Tem mais efeitos colaterais e é menos eficaz do que o associado à mifepristona.
ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA (AMIU) E ASPIRAÇÃO ELÉTRICA INTRAUTERINA (AEIU)	
OCORRÊNCIA	Aborto induzido (< 12 semanas), retido e incompleto; mola hidatiforme; e retenção de restos placentários.
PRÓS	Menos riscos de complicações do que na curetagem; tempo menor de internação; e o aparelho pode ser reutilizado cerca de 25 vezes (desde que esterilizado ou desinfetado).
CONTRAS	Risco de infecção, distúrbios de coagulação e sangramento.
CURETAGEM	
OCORRÊNCIA	Aborto induzido (< 12 semanas), retido e incompleto; mola hidatiforme; e retenção de restos placentários.
PRÓS	Amplamente disponível no território nacional.
CONTRAS	Maior risco de complicações do que na AMIU e AEIU e maior tempo de internação.

Fonte: Brasil (2022).

Considerações importantes

Não é necessário apresentar o boletim de ocorrência, o alvará ou a autorização judicial para realizar o aborto. Abaixo está uma lista de hospitais do Rio Grande do Sul que realizam o aborto legal:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
- Hospital Fêmina (Porto Alegre)
- Hospital Nossa Senhora da Conceição (Porto Alegre)
- Hospital Presidente Vargas (Porto Alegre)
- Hospital Geral (Caxias do Sul)
- Hospital Universitário (Canoas)
- Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr./FURG (Rio Grande)

Para consultar hospitais que realizam o aborto legal em todo o Brasil, visite a página “Mapa Aborto Legal” ou acesse o QR Code a seguir:



2. Aborto inseguro

Define-se por uma prática em que o término da gestação é realizado por pessoas sem as competências necessárias e/ou em ambiente que não cumpre padrões mínimos de segurança sanitária — associado à maior morbimortalidade. Esse tipo de procedimento requer uma abordagem livre de julgamentos, o manejo de complicações e a oferta de contracepção e apoio psicossocial.

Quadro 4 – Métodos abortivos mais utilizados por populações vulneráveis

MÉTODOS DE ABORTAMENTO INSEGURO	
CHÁS, LÍQUIDOS E ERVAS	
COMO É UTILIZADO	Via oral e/ou via vaginal (extremamente perigoso).
O QUE SE SABE	A arruda, o chá de quebra-pedra e a pílula do mato são abortivos e/ou embriotóxicos. A artemísia, a cabacinha e outras plantas são teratogênicas.
RISCOS	O procedimento pode provocar: dor estomacal, cólica intensa, dor de cabeça e sangramento. Por via vaginal, ainda é possível ocorrer infecção e febre.
INSTRUMENTOS PERFUROCORTANTES	
COMO É UTILIZADO	É feita a inserção de agulha, palito, rama de salsa ou sonda no colo do útero.
O QUE SE SABE	Trata-se de um método praticado por muitas pessoas sem nenhuma formação específica ou conhecimento científico.
RISCOS	É extremamente doloroso, e existe uma grande probabilidade de a inserção causar infecção, hemorragia e até septicemia.
MISOPROSTOL (CYTOTEC)	
COMO É UTILIZADO	Via oral e/ou via vaginal.
O QUE SE SABE	A venda ocorre apenas sob a prescrição médica. Para o abortamento inseguro, é comprado ilegalmente.
RISCOS	Provoca cólicas, náuseas e dor de cabeça. Em mulheres com anemia grave, disfunções hemorrágicas e outros, pode ocorrer hemorragia.
MISOPROSTOL + MIFEPRISTONA	
COMO É UTILIZADO	Via oral e/ou via vaginal.
O QUE SE SABE	A venda ocorre apenas sob a prescrição médica. Para o abortamento inseguro, é comprado ilegalmente, sendo a mifepristona mais difícil de encontrar.
RISCOS	Mesmos riscos do uso isolado do misoprostol.

Fonte: Brasil (2022).

Os direitos da pessoa em situação de abortamento asseguram:

- o não julgamento, o respeito e uma atenção humanizada;
- o sigilo profissional-paciente;
- a escolha de não olhar exames de imagem ou ouvir batimentos cardíacos fetais, caso seja da vontade da pessoa em situação de abortamento;
- na internação, permanecer em um local separado, com o intuito de preservar o emocional da pessoa atendida;
- realizar o aborto legal sem precisar apresentar boletim de ocorrência ou ordem judicial.

Cuidado durante o pré-natal de risco habitual

O pré-natal de risco habitual é realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com início até a 12ª semana de gestação, preferencialmente.

1. Esquema de consultas

Deve-se fazer, no mínimo, 6 consultas e 1 consulta odontológica.

- A OMS recomenda 8 consultas de pré-natal.
- Até a 28ª semana, as consultas são feitas mensalmente.
- Entre a 28ª e a 36ª semana, elas são realizadas quinzenalmente.
- Por fim, a realização semanal das consultas começa a partir da 36ª semana.

2. Procedimentos repetidos em todos os encontros

- Classificação de **risco gestacional**.
- Aferição da pressão arterial.
- Inspeção e palpação das mamas.
- Pesagem e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).
- Exame físico.
- Avaliação da presença de **edema** nos membros.

3. Roteiro da 1ª consulta de pré-natal

- ❶ Anamnese: história clínica + aspectos sociodemográficos + questões sobre gestação atual.
- ❷ Exames físicos.
 - Céfalo-podálico.
 - Sinal de Godet.
 - Peso, altura e IMC.
 - Altura Uterina.
 - PA.
- ❸ Preencher a caderneta e cadastrar como gravidez no sistema de informação utilizado.
- ❹ Verificar a situação vacinal.
 - 3 doses da vacina da hepatite B.
 - dTpa nos últimos 10 anos + 1 reforço a partir da 20ª semana de gestação.
 - 1 dose de Influenza por temporada.
 - 1 dose de COVID-19 por gestação.
- ❺ Prescrever 5 mg de ácido fólico (para os primeiros 3 meses) e 60 mg de sulfato ferroso (para toda gestação até 3 meses pós-parto).
- ❻ Requerer exames e agendar a próxima consulta.

4. Requisição de exames

Quadro 5 — Lista de exames clínicos de rotina no pré-natal

EXAMES CLÍNICOS DE ROTINA NO PRÉ-NATAL			
EXAME	1º TRI	2º TRI	3º TRI
Tipagem sanguínea (ABO e Rh)	X		
Coombs indireto	X		
Hemograma	X	X	X
Eletroforese de hemoglobina	X		
Glicemia de jejum	X		
Teste oral de tolerância à glicose		X	
Teste rápido para a sífilis*	X	X	X
Teste rápido para o HIV	X	X	X
Teste rápido para a hepatite B	X	X	X
Toxoplasmose IgG e IgM	X	X	X
Urina tipo 1 (urina rotina) e urocultura	X		X
Citopatológico do colo do útero	X		
Ultrassonografia obstétrica		X	

Fonte: Porto Alegre (2023).

* Em Porto Alegre, a testagem rápida para a sífilis é realizada em todos os trimestres devido à alta incidência na capital. No restante do país, realiza-se no 1º e no 3º trimestres.

Cuidado durante o pré-natal de alto risco

Definir uma gestação de alto risco não é uma tarefa fácil, já que listas e critérios de definição de risco apresentam muita divergência na bibliografia. No entanto, é possível elencar condições que classificam a gestação de alguém como de alto risco, sendo elas: características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas prévias à gestação que podem trazer risco aumentado de patologias incidentes ou agravadas pela gestação. Cabe salientar que essas características não compõem uma lista estática e imutável e devem ser avaliadas segundo o perfil epidemiológico das gestantes de determinado contexto, de forma contínua durante toda a gravidez (Brasil, 2022).

Pré-natal de alto risco: UBS + ambulatório especializado.

1. Esquema de consultas

As consultas de pré-natal de alto risco devem ser **intercaladas** com as consultas ambulatoriais. O acesso ao ambulatório de alto risco precisa ser ágil.

O encaminhamento deve ser realizado assim que for detectado o critério para tal, o que pode variar de acordo com a região do país em que a pessoa se encontra. Por isso, utilize o quadro a seguir como um norteador, mas informe-se na sua cidade.

Quadro 6 — Condições clínicas que aumentam o risco na gestação

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE AUMENTAM O RISCO NA GESTAÇÃO
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS
• Idade menor de 15 anos e maior de 40 anos • Obesidade com IMC > 40 • Baixo peso no início da gestação (IMC < 18) • Transtornos alimentares • Dependência ou uso abusivo de tabaco, álcool ou outras drogas
HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR
• Abortamento espontâneo de repetição (3 ou mais em sequência) • Parto pré-termo em qualquer gestação anterior • Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores • Óbito fetal de causa não identificada • História característica de insuficiência istmocervical • Isoimunização Rh • Acretismo placentário • Pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas), eclâmpsia ou síndrome HELLP
CONDIÇÕES CLÍNICAS ANTERIORES À GESTAÇÃO
• Hipertensão arterial crônica • Diabetes melito prévio à gestação • Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo) • Cirurgia bariátrica • Transtornos mentais • Antecedentes de tromboembolismo • Cardiopatias maternas • Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias • Nefropatias • Neuropatias • Hepatopatias • Doenças autoimunes • Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas grandes) • Câncer diagnosticado • Transplantes • Pessoas que vivem com o HIV

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL
• Síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia) • Diabetes melito gestacional, com necessidade de uso de insulina • Infecção urinária alta • Cálculo renal com obstrução • Restrição de crescimento fetal • Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia • Oligoâmnio/polidrâmnio • Suspeita atual de insuficiência istmo cervical • Suspeita de acretismo placentário • Placenta prévia • Hepatopatias (colestase gestacional ou elevação de transaminases). • Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento • Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal • Isoimunização Rh • Doenças infecciosas na gestação: sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina), toxoplasmose aguda, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal) • Suspeita ou diagnóstico de câncer • Transtorno mental

Fonte: Brasil (2022).

Intercorrências obstétricas

As gestações, em sua maioria, se dão sem intercorrências, justamente por serem um fenômeno fisiológico que implica em mudanças físicas, sociais e emocionais. Entretanto, há uma parcela de pessoas que são portadoras de alguma doença (a qual pode se agravar durante a gestação) e acabam desenvolvendo problemas. Essa parcela das pessoas são estratificadas como gestações de alto risco. Os fatores de risco gestacionais podem ser identificados durante a assistência pré-natal e de forma contínua em cada atendimento prestado. A seguir, serão identificadas as doenças com maior mortalidade relacionadas às internações obstétricas.

Diabetes melito

Na primeira consulta pré-natal deve-se pedir o exame de glicemia de jejum (GJ).

Paciente com GJ < 92 mg/dL no 1º trimestre → entre a 24ª e a 28ª semana de gestação = Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75 g.

→ Avaliação de GJ, G1h e G2h.

→ O diagnóstico é feito se ao menos um valor estiver alterado.

Diabetes melito (DM) prévia x diabetes melito (dm) gestacional

Quadro 7 — Exames de GJ e TOTG em dm prévia e dm gestacional

EXAMES DE GLICEMIA DE JEJUM E TOTG		
	DM PRÉVIA	DM GESTACIONAL
GLICEMIA DE JEJUM	≥ 126 mg/dL	92 - 125 mg/dL
TOTG	GJ: ≥ 126 mg/dL G1h: — G2h: ≥ 200 mg/dL	Se ≥ 1 parâmetro alterado GJ: > 92 mg/dL G1h: > 180 mg/dL G2h: > 153 mg/dL

Fonte: Brasil (2022).

O tratamento é realizado com alimentação saudável e prática de exercícios.

→ Insulina, se necessário.

— Dose inicial de 0,5 UI/kg/dia, fracionada em 2 a 3 aplicações.

→ Metformina apenas se:

— existir dificuldade de acesso à insulina;

— a pessoa em atendimento demonstrar incapacidade para a autoadministração da insulina;

— o uso de >100 UI/dia de insulina demonstrar-se sem resposta adequada.

Síndromes hipertensivas da gravidez

Hipertensão crônica

A hipertensão crônica é observada antes da gravidez, das 20 semanas gestacionais ou diagnosticada durante a gravidez e não se resolve até 12 semanas após o parto.

Pré-eclâmpsia

Esse tipo de hipertensão acontece após 20 semanas (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidropsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas após o parto.

→ Um aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou 15 mmHg na diastólica, quando os valores absolutos estiverem abaixo de 140/90 mmHg, não deve ser utilizado como critério diagnóstico.

— Condutas: tirar as medidas de pressão e realizar consultas mais frequentes, especialmente se houver a proteinúria e a hiperúricemia (ácido úrico ≥ 6 mg/dL).

— Sintomas sugestivos: aumento rápido de peso, edema facial, cefaleia frontal ou occipital, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, distúrbios visuais, etc.

Quadro 8 - Diagnóstico de pré-eclâmpsia grave

DIAGNÓSTICO DE PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE	
CONFIRMAM O DIAGNÓSTICO	• Pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg • Proteinúria ≥ 2 g em 24h ou 2+ em fita urinária • Oligúria (< 500ml/dia ou 25ml/hora) • Níveis séricos de creatinina $> 1,2$ mg/dL • Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais) • Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito • Coagulopatia • Plaquetopenia ($< 100.000/mm^3$) • Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas • Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico
SUGEREM O DIAGNÓSTICO	• Acidente vascular cerebral • Sinais de insuficiência cardíaca ou cianose • Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio

Fonte: Brasil (2022).

Eclâmpsia

Essa síndrome caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou por provocar o coma em pessoas gestantes com algum quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva.

→ Pode ocorrer na gestação, no parto e no puerpério imediato.

Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica

Nesse caso, ocorre o surgimento de pré-eclâmpsia com hipertensão crônica ou doença renal.

→ A proteinúria surge ou piora após a 20ª semana gestacional.

→ Também pode surgir a trombocitopenia (plaquetas < 100.000/mm³) e ocorrer um aumento nas enzimas hepáticas.

Hipertensão gestacional sem proteinúria

Deve-se seguir as mesmas condutas para a pré-eclâmpsia.

→ Hipertensão transitória da gravidez: a pressão retorna ao normal até 12 semanas após o parto.

→ Hipertensão crônica: a elevação da pressão arterial persiste além de 12 semanas após o parto.

O edema não deve ser utilizado como discriminador, pois ele é comum entre as gestantes.

Quadro 9 — Diferenças entre as síndromes hipertensivas e as condutas necessárias

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS E CONDUTAS	
HIPERTENSÃO AGUDA	
INTERNAÇÃO	Se existirem sinais de alerta
MEDICAMENTOS	Se PA diastólica $\geq$ 100 mmHg: nifedipina/hidralazina + nitroprussiato de sódio (se necessário)
EXAMES	• Hemograma completo • Contagem de plaquetas • Proteinúria de fita ou de 24h • Creatinina sérica • Transaminases séricas • Albumina sérica • LDH • Esfregaço sanguíneo • TAP/KPTT/coagulograma
SINAIS DE ALERTA	• PA $\geq$ 150/100 mmHg • Proteinúria na fita ++ ou mais • Cefaleia grave e persistente • Dor abdominal persistente • Sangramento vaginal • Contrações uterinas regulares • Distúrbios visuais • Náuseas e vômitos persistentes • Diminuição dos movimentos fetais

PRÉ-ECLÂMPSIA LEVE	
INTERNAÇÃO	Para uma avaliação inicial
MEDICAMENTOS	Não são necessários
EXAMES	• Proteinúria de fita ou de 24h • Hematócrito e plaquetas • Provas de função hepática e renal
OUTROS CUIDADOS	• Dieta normossódica • Repouso relativo • PA de 4-4h • Pesagem diária • Contagem dos movimentos fetais diariamente • Avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico • CTB, se possível (semanal, caso seja reativa) • Consultas semanais • Evitar grande esforço • Proteinúria na fita semanalmente pela manhã • PA $\geq$ 1x ao dia após a alta
SINAIS DE ALERTA	• PA $\geq$ 150/100 mmHg • Proteinúria na fita ++ ou mais • Cefaleia grave e persistente • Dor abdominal persistente • Sangramento vaginal • Contrações uterinas regulares • Distúrbios visuais • Náuseas e vômitos persistentes • Diminuição dos movimentos fetais
INDICAÇÃO DE ANTECIPAÇÃO DO PARTO	• PA grave e resistente à medicação • Edema pulmonar • Cefaleia grave e persistente • TGO ou TGP $>$ 2x do limite de normalidade com dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos • Plaquetas $<$ 100.000/mm³ • Deterioração hepática ou renal • Descolamento placentário • Sangramento vaginal • Restrição grave do crescimento fetal • Oligohidrânio

PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE		
	CONDUTA EXPECTANTE	CONDUTA ATIVA (≥ 34 SEMANAS DE GESTAÇÃO)
INTERNAÇÃO	Sim	Sim
MEDICAMENTOS	Metildopa + nifedipina/betabloqueador/hidralazina + corticoide	Sulfato de magnésio + hidralazina/nifedipina + betametasona + ringer lactato
EXAMES	• Hemograma completo • Contagem de plaquetas (diário) • Ácido úrico • Creatinina sérica (2-2 dias) • Bilirrubina (2-2 dias) • AST/TGO e ALT/TGP (2-2 dias) • Desidrogenase lática • Proteinúria de 24h (semanal)	• Hemograma completo • Contagem de plaquetas • Ácido úrico • Creatinina sérica • Bilirrubina • AST/TGO e ALT/TGP • Desidrogenase lática • Proteinúria de 24h
OUTROS CUIDADOS	• Consultas semanais • Evitar grande esforço • PA ≥ 1x ao dia	• Suspender dieta (permitir pequenas ingestões de líquidos claros) • PA a cada 4-6h (se CE)
SINAIS DE ALERTA	• PA ≥ 150/100 mmHg • Proteinúria na fita ++ ou mais • Cefaleia grave e persistente • Dor abdominal persistente • Sangramento vaginal • Contrações uterinas regulares • Distúrbios visuais • Náuseas e vômitos persistentes • Diminuição dos movimentos fetais	

INDICAÇÃO DE ANTECIPAÇÃO DO PARTO	• Eclâmpsia • Edema pulmonar • PA grave e resistente à medicação • Cefaleia grave e persistente • Insuficiência renal aguda • Coagulopatia • Estado fetal não-tranquilizador • Plaquetas < 100.000/mm³ • Deterioração hepática ou renal • Oligúria • Proteinúria maciça > 5 g/24 horas • Descolamento placentário	• ≥ 34 semanas de gestação
ECLÂMPSIA		
INTERNAÇÃO	Sim	
MEDICAMENTOS	Sulfato de magnésio	
OUTROS CUIDADOS	• Ambiente tranquilo e silencioso • Decúbito elevado a 30° e face lateralizada • Cateter nasal com oxigênio (5 l/min) • Punção de veia central ou periférica calibrosa • Sonda vesical de demora	
INDICAÇÃO DE ANTECIPAÇÃO DO PARTO	A própria eclâmpsia é uma indicação de antecipação do parto	

Fonte: Brasil (2022).

Profilaxia da pré-eclâmpsia no pré-natal

A enfermeira pode contribuir, nesse caso, não só na prescrição da profilaxia, se ela estiver dentro do programa de prescrições da atenção básica ou da UBS, mas também pelo acompanhamento mais seletivo das pessoas grávidas com estas condições de risco. Salienta-se que basta apenas um fator de risco para que se realize a profilaxia. Ademais, ter tido uma história de pré-eclâmpsia já é uma indicação.

O esquema não previne a pré-eclâmpsia ou os desfechos perinatais adversos associados a ela, mas diminui pela **metade** a incidência de desenvolvimento de hipertensão grave.

Prevenção da pré-eclâmpsia (12ª - 36ª semana): 100-150 mg/dia de AAS + 1000 mg/dia de carbonato de cálcio.

→ A aspirina deve ser administrada a partir da 12ª semana e preferencialmente antes de 20 semanas.

→ Já a suplementação do cálcio pode ser feita a partir de 20 semanas.

→ É indicado orientar a paciente a fazer uma dieta rica em cálcio.

❶ Ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg — VO — 1 cp à noite.

❷ Carbonato de cálcio 500 mg — VO — 1 cp no segundo café da manhã e 1 cp no jantar.

Quadro 10 — Principais causas de hemorragia durante a gestação

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO	
ABORTAMENTO	O abortamento ocorre quando a gestação é interrompida antes da 22ª semana de gestação ou para quando o feto nasce com peso inferior a 500g. O abortamento pode ser precoce, se ocorrer até a 13ª semana de gestação, ou tardio, quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semana de gestação. Ainda, existem diferentes tipos de abortamentos: espontâneo, ameaça de abortamento, completo, incompleto, inevitável, retido, infectado e habitual (para mais detalhes, ver a seção “Cuidado durante situações de abortamento” deste Guia).
GRAVIDEZ ECTÓPICA	Ocorre quando a nidação do ovo ocorre fora da cavidade uterina, sendo a mais frequente a tubária. Os fatores de risco para a gravidez ectópica são: histórico de gravidez ectópica prévia, cirurgia tubária prévia, infecções tubárias anteriores e concepção com progesterona ou DIU.
NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL BENIGNA (MOLA HIDATIFORME)	É uma condição relacionada à proliferação do tecido placentário no interior do útero. Resulta de uma fecundação anormal entre o espermatozoide e o óvulo, a qual dá origem à mola, e não a uma gestação habitual.
DESCOLAMENTO CORIOAMNIÓTICO	É um sangramento genital de pequena intensidade, o qual não representa um quadro grave de risco materno e/ou ovular.

HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	
PLACENTA PRÉVIA	Ocorre quando a placenta se implanta de forma total ou parcial no segmento inferior do útero. Pode ser classificada conforme sua posição em relação ao colo uterino: baixa, marginal, completa ou centro total. Fatores de risco para essa condição são: cesariana prévia, intervenções uterinas anteriores, multiparidade/intervalo interpartal curto, tabagismo, gemelaridade.
DESCOLAMENTO PRE-MATURO DE PLACENTA (DPP)	É a separação da placenta da parede uterina antes do parto, podendo ser parcial ou total, a qual é classificada em três graus. Alguns dos principais fatores de risco para essa condição são: hipertensão gestacional ou pré-existente, rotura prematura de membranas ovulares, cesariana prévia, tabagismo, idade materna avançada, uso de drogas, trauma, DPP em gestação anterior, amniocentese e cordocentese.
ROTURA UTERINA	É o rompimento total ou parcial do miométrio, gerando uma comunicação entre a cavidade abdominal e a cavidade uterina. Trata-se de uma complicação muito grave e é uma importante causa de morbimortalidade materna. Os principais fatores de risco são a cicatriz uterina e o antecedente de cesariana.
VASA PRÉVIA	É o sangramento dos vasos sanguíneos fetais que atravessam as membranas amnióticas passando pelo orifício interno do colo.

Fonte: Brasil (2022).

Rotura prematura de membranas (RPM)

A RPM caracteriza-se pela saída espontânea de líquido amniótico a partir das 20 semanas de gestação, sem sinais de trabalho de parto. Deve-se realizar a avaliação individual da pessoa gestante para diagnosticar a RPM.

Sintomas

- Perda de líquidos em quantidades variadas, de forma contínua ou intermitente.
- Perda do tampão mucoso (nem sempre percebida).
- < 24 semanas: chances muito pequenas de vida para o feto.
 - Informar e oferecer a interrupção da gravidez caso haja risco de vida.

→ 24 a 34 semanas com boa vitalidade fetal: conduta expectante.

— Não realizar toque vaginal por risco de infecção.

→ ≥ 34 semanas: indução do parto.

— Se houver quantidade satisfatória de líquido amniótico, boa vitalidade fetal e nenhum sinal de infecção é possível esperar até as 36 semanas.

Condutas gerais

❶ Internação

❷ Avaliação inicial

→ Pulso.

→ Temperatura.

→ PA.

→ Tônus uterino.

→ Avaliar a presença de fisometria (líquido amniótico purulento ou fétido).

❸ Exames

→ Urina tipo I.

→ Urocultura.

→ Hemograma.

→ Proteína C reativa.

Quadro 11 — Condutas para gestações de 24 a 34 semanas

CONDUTAS PARA GESTAÇÕES DE 24 A 34 SEMANAS	
MONITORAÇÃO	• Pulso, PA e temperatura • Tônus uterino • Batimentos cardíacos fetais • Aspecto, cor e odor do líquido vaginal
EXAMES	• Hemograma e proteína C reativa, a cada 2-3 dias • Cardiotocografia diária • Ultrassonografia (US) com doppler e perfil biofísico fetal 2x por semana
ORIENTAÇÕES	• Repouso relativo • Ingestão de $\geq 2,5$ L de água
MEDICAMENTOS	Corticoterapia antenatal • 12 mg de betametasona IM a cada 24h por 2 dias OU • 6 mg de dexametasona IM a cada 12h por 2 dias Antibióticos² • 2 g de ampicilina IV a cada 6h, durante 48h • Após: 500 mg de amoxicilina VO a cada 8h por 5 dias + dose única de azitromicina
INDICAÇÕES DE INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO	• Sinais de infecção materna e/ou fetal • Comprometimento da vitalidade fetal • Maturidade fetal • TP espontâneo • 34 semanas atingidas
⚠ SINAIS DE INFECÇÃO	• Taquicardia materna e/ou fetal • Febre materna • Leucócitos $> 20.000/\text{mm}^3$ ou com desvio significativo à esquerda • Leucócitos < 20.000, porém com aumento de 20% em relação a exames anteriores³ • Ausência de movimentos respiratórios fetais no perfil biofísico

Fonte: Brasil (2022).

2 Utilizados com a finalidade de prevenir a infecção neonatal por estreptococo do grupo B.

3 A corticoterapia pode causar mudanças nos exames laboratoriais por 48h.

Considerações

Se ocorrer sangramento na primeira metade da gestação, a pessoa deve ser submetida a um exame detalhado e cuidadoso.

Para mais detalhes, ver a seção “Cuidado durante situações de abortamento” deste Guia.

Cálculo de idade gestacional e da data provável do parto

Idade gestacional (IG): para realizar o cálculo, deve-se contar o número de semanas que se passaram a partir da data da última menstruação (DUM).

Por exemplo, se a DUM é no dia 9 de julho e a consulta de pré-natal é no dia 29 de agosto, contamos as 8 semanas entre as datas e somamos mais 2 dias, totalizando 8 semanas e 2 dias.



→ Caso não se saiba a DUM, deve-se usar uma datação aproximada e, depois, utilizar a IG apontada na ultrassonografia.

Data provável do parto (DPP): pode-se também utilizar a Regra de Naegele para calcular a DPP.

Regra de Naegle: soma-se sete dias ao primeiro dia da última menstruação e se subtrai três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março).

Exemplo: DUM em 9 de julho.

$9 + 7 = 16$
julho + 9 meses = maio
DPP: 16 de maio

→ Abaixo, veja um exemplo caso o mês da DUM corresponda aos meses de janeiro a março.

Ex: DUM em 20 de fevereiro.

$20 + 7 = 27$
fevereiro - 3 meses = novembro
DPP: 27 de novembro

Cuidados durante a realização de exames físicos no pré-natal

Higienize as mãos:

antes de tocar a pessoa gestante;
antes de realizar um procedimento asséptico;
após risco de exposição a fluidos corporais;
após tocar a pessoa gestante;
após tocar superfícies próximas à pessoa gestante.

Sinal de Godet ou cacifo

→ Utilizando o dedo indicador, faça pressão em um dos membros inferiores. Avalie a depressão formada.

→ O procedimento deve ser repetido em todos os membros periféricos.

Quadro 12 — Sinal de Godet ou cacifo

SINAL DE GODET OU CACIFO			
GRAU	CRUZES	MAGNITUDE	DURAÇÃO
I	+	Leve depressão, apenas ponta da unha	Desaparece quase que imediatamente
II	++	Depressão de < 4 mm, quase metade da unha	Desaparece +/- em 15 segundos
III	+++	Depressão de < 6 mm, um pouco mais da metade da unha	Desaparece em 1 minuto
IV	++++	Depressão de < 1 cm, mais de ¾ da unha	Leva entre 2-5 minutos para desaparecer

Fonte: Barros (2021).

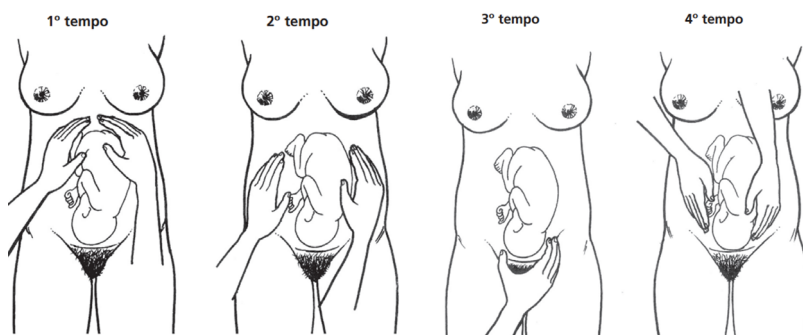
Palpação das mamas⁴

- A pessoa gestante deve estar posicionada em decúbito dorsal ou com o tronco ereto.
- Os braços da pessoa gestante devem estar atrás da cabeça.
- Com os dedos juntos, apalpe os quatro quadrantes mamários, fazendo leves movimentos circulares.
- As aréolas não devem ser palpadas, apenas inspecionadas.
- Também se deve realizar palpação da cadeia axilar.

Palpação obstétrica — Manobra de Leopold

A Manobra de Leopold é realizada para avaliar a posição e o encaixe do feto na pelve. É extremamente útil antes da ausculta dos BCFs, pois é possível pressupor a localização do coração do feto.

- Posicione a pessoa gestante em decúbito dorsal.
- Com ambas as mãos, busque o fundo uterino.
- Siga o contorno palpável do feto e desça até a lateral, buscando identificar as partes fetais e o dorso do feto.

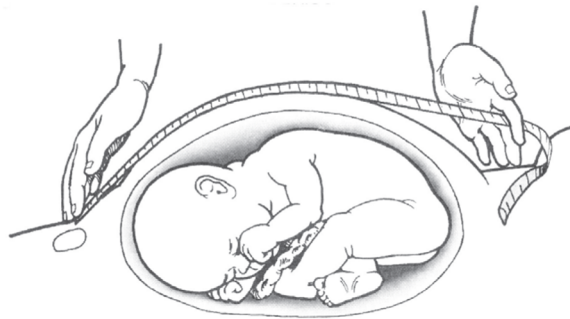


Fonte: Brasil (2005).

4 Em gestantes que não possuem mamas não há necessidade da palpação no tórax, apenas a palpação axilar.

Altura uterina

- A pessoa gestante deve estar com a bexiga vazia.
- A posição adequada é o decúbito dorsal.
- Delimite a borda superior da sínfise púbica e do fundo uterino.
- Meça a borda superior da sínfise púbica até o fundo do útero.



Fonte: Brasil (2005).

Ausculta fetal

- A pessoa gestante deve estar, de preferência, em decúbito dorsal.
- Se a gravidez tiver mais de 28 semanas, recomenda-se realizar a Manobra de Leopold antes para localizar o dorso fetal.
- Despeje o gel condutor sobre a extremidade plana do transdutor do sonar (a parte que entra em contato com a pele).
- Coloque o transdutor sobre o abdômen em ângulo reto.
- Ligue o aparelho e, se necessário, ajuste o volume.
 - Normal: 120-160 bpm.

- O som dos batimentos cardíacos fetais é semelhante à ausculta cardíaca de um adulto.
- O som dos batimentos do cordão umbilical é soproso.
- O ruído placentário (artéria uterina) é mais abafado, parece o som de vento em redemoinho.

Confira os sons da ausculta no vídeo:



→ O transdutor pode ser pressionado com mais força contra o abdômen, desde que isto não cause dor ou muito incômodo na pessoa gestante. Pessoas obesas devem ter os batimentos cardíacos fetais auscultados, sem discriminação ou impedimento devido ao seu peso.

Parto normal

Benefícios para o bebê

- Essa modalidade de parto oferece menor possibilidade de prematuridade.
 - A cesárea sem respaldo científico está relacionada a uma maior chance de prematuridade.
 - A IG calculada durante a gestação não é exata.
- Menor risco de internação do neonato na UTI.
 - Relacionado a IG.
- Menor risco de mortalidade infantil, déficit de crescimento no neonato e problemas respiratórios.
 - Ao passar no canal vaginal, o tórax é comprimido, favorecendo a expulsão do líquido amniótico dos pulmões.
- Diminui em 16% a possibilidade de ter asma no futuro e em 20% o desenvolvimento posterior de diabetes melito 1.
- Favorece a formação da microbiota gastrointestinal.
 - Ao passar pelo canal vaginal, o bebê entra em contato com a flora bacteriana, o que estimula a sua própria proteção.
- Auxilia na construção de um sistema imunológico mais desenvolvido.

Benefícios para a pessoa parturiente

- A recuperação é mais rápida e sem dores.
- Existe uma menor probabilidade de cicatrizes.
 - Exceção: laceração perineal grave (< 5% dos partos) e episiotomia.
- Maior facilidade para a descida do leite.
 - O parto normal produz a ocitocina. Essa, por sua vez, auxilia na ejeção do leite.
- Menor risco de infecção, hemorragia e depressão pós-parto.

Parto humanizado

O que é o parto humanizado?

O parto humanizado ocorre quando a pessoa parturiente é a **protagonista** do próprio parto, toma as suas próprias decisões (posições, uso de água, luz utilizada) e as tem respeitadas. Trata-se de um modelo de cuidado centrado na pessoa, no qual a autonomia e a dignidade são os pilares.

O parto humanizado precisa acontecer na banheira?

Não. A banheira é um recurso que pode estar presente em um parto humanizado, mas não é o que faz o parto ser humanizado.

O que é um parto não humanizado?

Um parto não humanizado acontece quando:

- a equipe toma decisões pela pessoa;
- há impedimento de levantar-se e movimentar-se durante o trabalho de parto;
- há impedimento à entrada e permanência de um acompanhante;
- os profissionais realizam os procedimentos sem a autorização;
- os profissionais destratam, fazem piadas, invalidam, ameaçam, coíbem a pessoa parturiente a fazer algo e entre outras violências obstétricas;

→ são realizados procedimentos sem evidências científicas, como a episiotomia de rotina, a manobra de Kristeller⁵ — que é proibida e caracterizada como violência obstétrica —, a amniotomia de rotina e entre outras violências obstétricas.

Porém, é preciso entender que o parto humanizado não necessariamente é um parto sem intervenções. As intervenções devem ser realizadas quando (e se) a pessoa pede e/ou quando há indicação baseada em evidências e o consentimento esclarecido. Os métodos **não farmacológicos** de alívio da dor são grandes aliados, tais como:

- aromaterapia;
- massagens;
- hidroterapia (com a banheira ou o chuveiro);
- rebozo⁶;
- musicoterapia;
- acupuntura;
- moxaterapia.

A **doula** é uma profissional que presta apoio físico, emocional e espiritual à pessoa parturiente.

→ A doula, geralmente, faz uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICs)⁷.

5 Manobra em que empurram o fundo do útero com as mãos, os pulsos ou os braços. Possui evidências científicas de não eficácia e já causou diversas complicações, incluindo a morte de neonatos.

6 Um tipo de xale de origem mexicana utilizado durante o parto para promover uma massagem nos locais de aplicação. Esse método é frequentemente utilizado pelas doulas.

7 As PICs são abordagens terapêuticas baseadas em conhecimentos tradicionais e evidências utilizadas como recursos não farmacológicos para o alívio da dor, relaxamento e humanização do nascimento. Tais práticas não substituem a assistência médica ou de enfermagem convencional, mas a complementam, integrando o cuidado ao corpo, à mente e às emoções da pessoa gestante.

→ Essa profissional não realiza nenhum tipo de procedimento técnico, como a ausculta de BCF e o toque vaginal.

As doulas não são suas inimigas

A doula é uma profissional que, de forma geral, não possui formação técnica na área da saúde, mas é capacitada para informar e assistir às demandas emocionais da parturiente.

Elas não se “intrometem” no trabalho da equipe técnica, apenas prestam apoio à pessoa parturiente.

→ Diversas pesquisas nacionais e internacionais apontam a presença da doula durante o trabalho de parto como benéfico para o processo de parto e nascimento.

→ Sua presença está relacionada a uma menor incidência de cesáreas e de procedimentos de rotina.

→ A OMS e o Ministério da Saúde recomendam a presença da doula quando a pessoa gestante desejar.

Violência obstétrica

O que é?

Violência obstétrica é aquela praticada contra a pessoa que vivencia qualquer etapa do ciclo gravídico-puerperal.

→ Pode ser praticada por qualquer profissional envolvido na assistência.

→ Em inglês, é chamada por diferentes termos, como: *“obstetric violence”*, *“mistreatment during/in childbirth”* ou *“mistreatment in maternal care”*.

Tipos

Verbal: humilhar, debochar, gritar, ameaçar, etc.

Psicológica: coibir a pessoa a fazer o que a equipe e/ou o profissional quer.

Física: bater, empurrar e realizar procedimentos desnecessários e/ou prejudiciais.

Sexual: qualquer ato sexual ou tentativa de obtê-lo, investidas ou comentários sexuais indesejáveis.

Estupro: qualquer ato sexual praticado mediante violência ou grave ameaça, ou contra pessoas consideradas incapazes, como menores de 14 anos, pessoas com alienação mental e/ou em estado que as tornem mais vulneráveis.

Negligência: negar atendimento, impor dificuldades para receber os serviços aos quais a parturiente tem direito ou impedir a entrada de acompanhante.

Legislação: apesar de haver vários projetos de lei em tramitação, a violência obstétrica não é considerada um crime na maioria das cidades e estados. No entanto, pode-se configurar como violência contra a mulher dentro do âmbito jurídico.

Existe a possibilidade de enquadramento da violência em outras leis existentes.

→ Violência física → lesão corporal.

→ Violência verbal e psicológica → violência psicológica prevista pela Lei 14.188/2021.

Como denunciar?

Por meio dos principais órgãos de atenção à saúde.

→ Ministério da Saúde: Disque 136.

→ Conselhos federais de profissões da saúde (CFM, COFEN, COFFITO, etc.).

→ Conselhos estaduais de profissões da saúde.

→ Secretaria estadual da saúde.

→ Secretaria municipal da saúde.

→ Ouvidoria das instituições de saúde.

Verifique abaixo espaços para a denúncia se o caso se enquadrar em algum artigo do Código Penal.

→ Delegacia da Polícia Civil.

→ Delegacia de Polícia Especializada de Proteção à Mulher.

→ Delegacia de Proteção à Infância e à Adolescência.

Cuidados para construção de um plano de parto

Incentive e, se possível, realize junto da pessoa gestante e da pessoa acompanhante, o plano de parto, ao longo do pré-natal.

→ Isso incentiva a autonomia, além de estimular a busca por evidências científicas.

Utilize nosso modelo, disponibilizado no link deste QR code:



Assistência humanizada ao parto normal

Durante o trabalho de parto e parto

1. Trate com respeito a pessoa parturiente e o(s) acompanhante(s).

- Tente criar um vínculo.
 - Bata na porta antes de entrar, sorria, informe seu papel como profissional da saúde, pergunte como ela está se sentindo, etc.
- Pergunte se um plano de parto foi preparado. Se sim, leia-o e discuta-o, caso seja possível.
 - Apresente a toda equipe o plano de parto como um documento a ser anexado no planejamento de cuidados.

2. Inclua a pessoa e seu(s) acompanhante(s) na tomada de decisões.

- Antes de realizar qualquer procedimento, peça o consentimento.
 - Se a pessoa estiver em dúvida, informe sobre as melhores evidências.
 - Caso a parturiente não queira que o procedimento seja realizado, e isso não colocar sua vida e a vida do feto em risco, não insista. Acolha e oriente.
 - Sempre evolua no prontuário.

3. É direito da pessoa parturiente sempre ter um acompanhante.

- O acompanhante é de escolha individual.
- Profissionais contratados, como doulas, enfermeiras obstetras, obstetrizes ou fisioterapeutas, não devem ser invalidados. Se a política institucional permitir, inclua-os na assistência.

4. Parturientes devem ingerir líquidos e dieta leve.

- Dê preferência a soluções isotônicas ao invés de água.
- Parturientes que não estiverem sob efeito de opioides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral também podem ingerir uma dieta leve.
- Não utilize antagonistas H2 e antiácidos para parturientes de risco habitual.
- Parturientes que receberem opioides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos.

5. Realize o exame de toque vaginal a cada 4 horas durante todo o trabalho de parto. Verifique a real necessidade da realização deste exame, baseando-se nas evidências disponíveis.

- Explique o procedimento e peça a permissão. Se não houver o consentimento, não realize o exame.
- Água potável pode ser utilizada para limpeza vulvar antes do exame, se necessário.
- Lembre-se de higienizar as mãos antes e depois, e utilizar luvas de procedimento.

6. Realize a ausculta fetal intermitente antes, durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto, registrando como uma taxa única.

- Registre acelerações e desacelerações, quando ouvidas.
- Palpe o pulso da pessoa parturiente se alguma anormalidade for suspeitada para diferenciá-la dos batimentos fetais.

Primeiro período de trabalho de parto

Fases do primeiro período de trabalho de parto

1. Fase latente: *contrações dolorosas inicialmente irregulares que tendem à regularidade, com modificações cervicais (apagamento e dilatação) até 5 cm.*

- Contrações com intervalo de 5 a 30 minutos e duração de 30 a 45 segundos.
- Em pessoa primípara, o apagamento (afinamento do colo) ocorre de forma completa antes de se iniciar a dilatação.
- Em pessoa múltipara, o apagamento e a dilatação ocorrem de forma simultânea.

2. Fase ativa: *contrações regulares, mais intensas e efetivas, com dilatação ≥ 5 cm.*

- A progressão é dinâmica e não linear. Não se deve esperar que ocorra dilatação de 1 cm/h.
- Não há previsão de duração máxima. Para acompanhamento da progressão, é importante acompanhar os limiares de tempo entre dilatações no partograma.
- Recomenda-se a admissão oportuna de parturientes na maternidade quando a dilatação cervical atinge 5 cm ou mais. Porém, outros fatores devem ser considerados, como o desejo da pessoa, a avaliação do profissional, etc.

Caso a pessoa gestante busque assistência, mas esteja com a dilatação cervical inferior a 5 cm, indica-se aconselhá-la a retornar para casa.

A busca por assistência não deve ser ignorada. Escute o que a pessoa tem a dizer, ofereça apoio e alternativas para a solução de problemas.

→ A ocorrência de contrações dolorosas é possível, embora a parturiente não esteja em trabalho de parto ativo. Ofereça alternativas não farmacológicas de alívio da dor, como massagens, uso de bolsa de água quente, aromaterapia, etc.

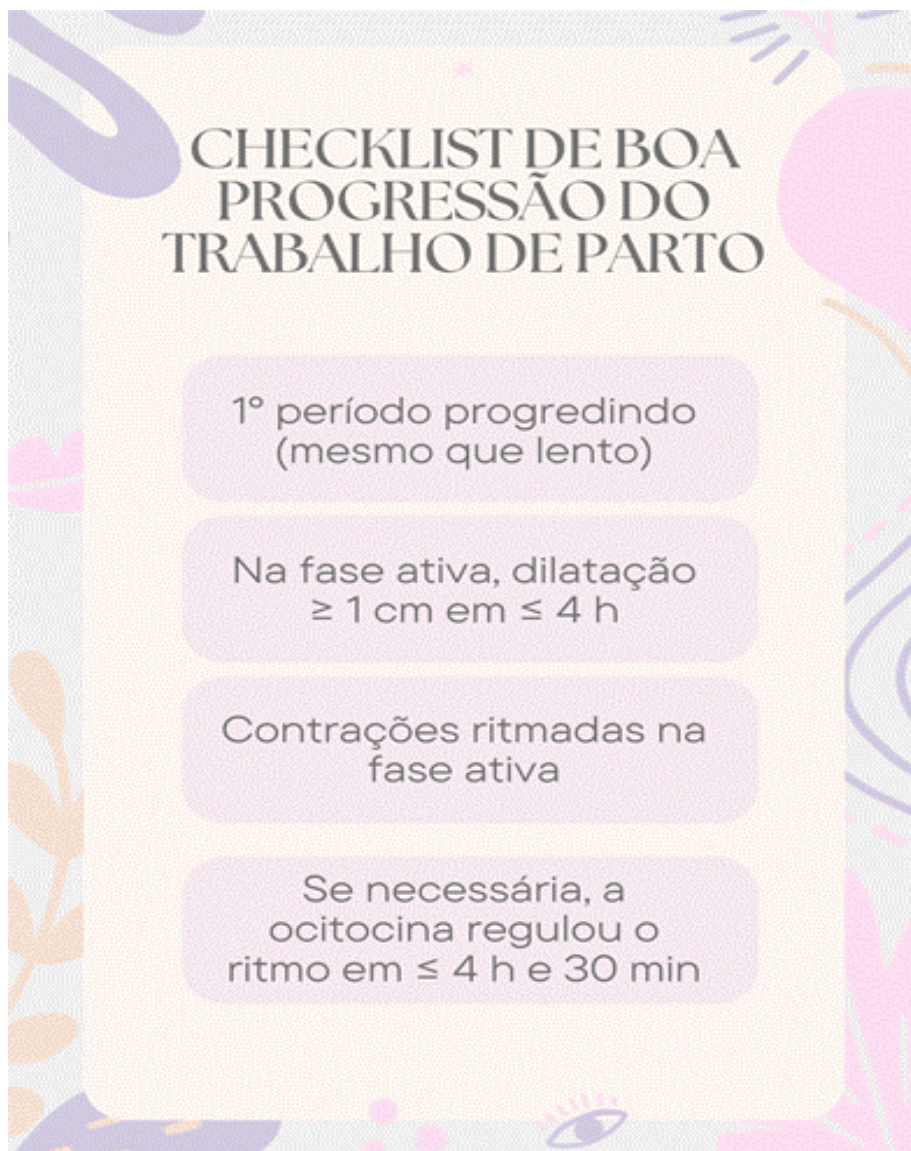
→ Explique quais evidências demonstram que a admissão precoce no serviço de assistência está relacionada a maior taxa de cesárea.

3. Fase de transição: dentro da fase ativa, dilatação entre 8 e 10 cm.

→ Há um pico maior de dor e contrações.

→ Sua duração é muito variável.

→ Nessa fase, incentive a pessoa parturiente a vocalizar e procurar posições mais confortáveis.



Fonte: elaborado pelas autoras (2024).

Monitoração no primeiro período de TPP

1. *Registrar a frequência das contrações uterinas e do pulso em um intervalo de 30 a 60 min.*

2. *Ausculta intermitente dos BCFs por ≥ 1 min após uma contração em cada 15 a 30 min no 1º período.*

3. *Registrar a **temperatura** e a **pressão arterial** de 4 em 4h.*

4. *Realizar o **exame vaginal** de 4 em 4h ou se houver alguma preocupação relacionada à progressão do parto.*

→ Explique o procedimento e peça permissão à mulher para realizar o exame. Se ela negar, não realize o procedimento.

→ Caso o trabalho de parto esteja progredindo bem, não há a necessidade de realizar o exame vaginal mais de uma vez em um período de 4h.

5. *Registrar a frequência da diurese.*

6. *Registrar a progressão do parto em **partograma**.*

→ Utilizar o modelo da OMS, de preferência (*WHO Labour Care Guide*).

→ Lembre-se que a progressão do parto não é linear, tampouco costuma haver dilatação de 1 cm/h.

Procedimentos de rotina

1. *O enema não deve ser realizado durante o trabalho de parto.*

→ O enema não previne infecções nem acelera o trabalho de parto.

2. *A **tricotomia** pubiana e perineal não deve ser realizada durante o trabalho de parto.*

→ A raspagem de pelos não previne qualquer tipo de infecção.

→ Deve ser realizada apenas em caso de cesárea.

3. A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada rotineiramente quando o trabalho de parto progride bem.

4. O uso de ocitocina não deve ser rotineiramente feito se o trabalho de parto estiver progredindo bem.

→ O uso da ocitocina não deve ser feito antes da fase ativa do trabalho de parto.

→ Ao considerar utilizar a ocitocina durante o trabalho de parto, considere também que isso pode causar: contrações intensas, náuseas e vômitos, aumento do risco de sofrimento fetal e rotura uterina (caso a parturiente tenha uma cesárea prévia).

→ Caso haja recomendações para o uso de ocitocina, explique o procedimento, os possíveis efeitos colaterais e peça a permissão para a realização do procedimento.

5. O acesso venoso não deve ser realizado rotineiramente.

→ Caso a pessoa gestante não manifeste vontade de utilizar algum método farmacológico de alívio da dor, não realize a punção.

6. Encoraje a pessoa a deambular e adotar as posições que desejar e achar mais confortáveis.

→ A **litotomia** deve ser adotada apenas se for o desejo indicado. É uma posição que pode dificultar o trabalho de parto. Pode-se questionar a mulher como ela se sente mais confortável e indicar outras posições, tais como: quatro apoios, sentada, de cócoras e em pé.

Métodos não farmacológicos de alívio da dor

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos antes da utilização de métodos farmacológicos.

Caso a parturiente demonstre ter escolhido uma técnica de alívio da dor e de relaxamento, apoie a sua decisão.

1. Imersão em água

Sempre que possível, ofereça a imersão em água o para alívio da dor.

→ Também pode ser oferecido um chuveiro, pois a pressão da água faz massagens leves na pele e auxiliam no alívio da dor.

2. Massagem, calor local, movimento e posições livres

→ A técnica de massagem pode ser ensinada para o acompanhante.

3. Aromaterapia

→ O óleo essencial escolhido pode ser utilizado através de difusor elétrico, difusor de tomada, difusor de varetas, velas aromáticas e spray para ambientes. Ele pode ser misturado com um óleo carreador (como o de semente de uva) ou com um creme corporal sem cheiro.

→ Os melhores óleos essenciais para o trabalho de parto são: lavanda, *Ylang Ylang*, bergamota e jasmim.

4. A injeção de água estéril não deve ser usada para alívio da dor no parto.

5. A estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em trabalho de parto estabelecido.

6. Caso haja um profissional habilitado, a *acupuntura* pode ser oferecida.

7. Apoie que sejam tocadas as *músicas* de escolha durante o trabalho de parto.

Analgesia farmacológica

Os medicamentos são prescritos pela equipe médica. Porém, alguns deles são administrados pela equipe de enfermagem, que deve possuir conhecimentos sobre os medicamentos.

1. O óxido nitroso a 50% em veículo específico pode ser oferecido para alívio da dor no trabalho de parto, quando for possível e disponível.

→ Informe que os possíveis efeitos colaterais incluem: tontura, náusea, vômitos e alteração da memória.

2. Os *opioides sistêmicos* não devem ser rotineiramente utilizados, pois oferecem um alívio da dor limitado e apresentam efeitos colaterais significativos para a pessoa parturiente (náusea, sonolência e tontura) e para a criança (depressão respiratória ao nascer e sonolência que pode durar vários dias) assim como interferência negativa no aleitamento materno.

→ Caso seja utilizado algum opioide, utilize concomitantemente um antiemético.

→ A pessoa parturiente não deve entrar em piscina ou banheira até duas horas após a utilização de um opioide ou se sentir sono.

→ Ao ser administrado um opioide, há um aumento da complexi-

dade da assistência ao parto, sendo necessária, por exemplo, uma maior monitorização e o acesso venoso.

3. A analgesia regional oferece maior alívio da dor do que os opioides, mas está disponível apenas em ambiente hospitalar. Seus riscos e benefícios devem ser discutidos durante o pré-natal.

→ A analgesia regional não está associada com o aumento na incidência de dor lombar.

→ Não está associada ao primeiro período do parto mais longo.

→ Não contribui para o aumento na chance de cesariana.

→ Está ligada ao aumento na duração do segundo período do parto.

→ Contribui para o aumento da chance de **parto vaginal instrumental**.

→ Necessita de nível mais elevado de monitoração.

→ A mobilidade pode ser reduzida.

→ São igualmente eficazes a analgesia peridural e a analgesia combinada raquiperidural (RPC), sendo da escolha do anestesiologista a aplicação de uma delas.

→ Antes da realização da analgesia regional de parto deve haver acesso venoso pré-estabelecido.

— Caso a pessoa não manifeste vontade de utilizar um método farmacológico, não deverá se realizar acesso venoso rotineiramente.

— A pré-hidratação não deve ser utilizada de forma rotineira, mas apenas em casos selecionados.

→ Após aplicação de analgesia regional, a pessoa parturiente deverá ser monitorada quanto à hipotensão arterial, sendo a necessidade de hidratação ou suporte com substâncias vasoativas avaliada individualmente.

→ Após 15 minutos da administração do(s) agente(s), a parturiente deverá ser avaliada quanto à resposta (nível do bloqueio, sensibilidade perineal, testes de função motora, equilíbrio e hipotensão postural).

— Se a avaliação for desfavorável à mobilização ou se consta em “estado de anestesia” (hipossensibilidade e bloqueio motor) a parturiente deverá permanecer no leito sob vigilância constante até uma nova reavaliação.

— Por sua vez, se a avaliação for favorável, somente em “estado de analgesia”, a parturiente estará sem impedimentos para deambular e assumir a posição que desejar.

— A administração da solução peridural só deverá ser interrompida de acordo com o desejo da pessoa.

→ Após confirmados os 10 cm de dilatação, não se deve incentivar a realização de puxos, exceto tardiamente (sugere-se no mínimo após 1 hora de dilatação total) ou quando a cabeça fetal se tornar visível, devendo ser realizados apenas durante as contrações.

→ Não se recomenda a administração de ocitocina de rotina após a administração de analgesia regional.

→ A cada momento de resgate via cateter peridural, a rotina de monitoração para o início da analgesia de parto deve ser repetida.

→ Considerando a possibilidade de complicações, todo cateter peridural deve ser retirado pelo médico anesthesiologista. A pessoa gestante não poderá receber alta do bloco obstétrico, da unidade pré-parto, parto e pós-parto ou da sala de recuperação pós-anestésica com cateter instalado, exceto com a autorização do anesthesiologista.

Cuidados no segundo período do trabalho de parto

1. A duração deste período é variável. Em média, ocorre em até **2 a 3 h** em primíparas (podendo estender-se para 4 h em uso de analgesia) e até **2 h** em múltiparas (ou 3 h com uso de analgesia). No entanto, a evolução deve ser avaliada **caso a caso**, considerando o bem-estar materno e fetal e a progressão clínica, sem uso de tempos rígidos como indicativo único de conduta.

2. A **litotomia**, a posição supina e a semi-supina devem ser desencorajadas.

- Essas posições devem ser adotadas apenas se for de desejo individual.
- Posições verticais (cócoras, de joelhos, quatro apoios ou lateral) favorecem a descida fetal e estão associadas a menor uso de instrumentos.
- A posição adotada deve ser de livre escolha da parturiente.

3. **Puxos dirigidos** não devem ser realizados, pois podem causar ansiedade e fadiga e não permite o tempo necessário para o relaxamento do assoalho pélvico.

- Incentive puxos espontâneos.

4. A **manobra de Kristeller** (fazer pressão no fundo do útero) nunca deve ser realizada e é configurada como violência obstétrica, com risco de complicações maternas e fetais.

5. Ausculta dos BCFs a cada 5 min ou após cada contração expulsiva.

Cuidados com o períneo

1. Realização de **massagem perineal** e uso de compressas mornas no períneo podem ser cuidados adotados.

2. Não deve-se utilizar lidocaína em spray para diminuir a dor perineal durante o período expulsivo.

3. As técnicas “mãos sobre” (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) e “mãos prontas” (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas durante o parto espontâneo.

→ Se a técnica de “mãos sobre” for utilizada, controle a deflexão da cabeça e oriente para a parturiente não empurrar nesse momento.

4. A **episiotomia** não deve ser realizada.

→ Ressalta-se que, de acordo com a OMS, **não** existem evidências científicas que comprovem a eficácia da episiotomia em qualquer situação.

Cuidados no terceiro período do trabalho de parto

1. Nascimento: expulsão do feto, da placenta e das membranas.

2. Nesse período, o uso de *ocitocina* (10 IU, IM/IV) é recomendado para evitar *hemorragia* pós-parto.

→ Administrar logo após a saída do ombro anterior ou imediatamente após a expulsão do bebê, antes do clampeamento do cordão umbilical.

→ O procedimento deve ser explicado e deve-se pedir permissão para a pessoa parturiente.

3. A *massagem uterina* não deve ser realizada rotineiramente.

→ Indicada apenas se houver suspeita de atonia (ausência de tônus muscular uterino).

4. O *clampeamento do cordão umbilical* é recomendado após cessar a *pulsação* ou, pelo menos, após 1 min do nascimento.

→ O clampeamento < 1 min pode ser realizado em situações de necessidade de reanimação neonatal imediata.

→ Caso a ocitocina seja utilizada, clampear o cordão umbilical apenas após a sua administração.

→ A conduta deve ser seguida mesmo em pessoas HIV-positivas, pois os benefícios superam os riscos de transmissão vertical — desde que em uso de terapia antirretroviral.

5. A tração controlada do cordão umbilical não é obrigatória, mas pode reduzir discretamente a perda sanguínea e o tempo do terceiro período do trabalho de parto.

- As evidências mostram que a redução da perda sanguínea é de cerca de 11 ml com redução temporal no terceiro período de 6 minutos.
- Só deve ser realizada por profissionais treinados, após a administração de **ocitocina** e sinais de **separação da placenta**.

6. Logo após o nascimento do bebê, este deve ser entregue diretamente à pessoa que pariu, a não ser em caso de necessidade de manobras de ressuscitação.

- Essa recomendação deve ser desconsiderada se este for o desejo da pessoa puérpera.
- O primeiro contato é o mais importante para o binômio.
- Procedimentos não urgentes (tais como a pesagem e a administração rotineira de medicamentos) devem ser postergados.
- O contato **pele a pele** na primeira hora de vida do bebê previne hipotermia e promove o aleitamento humano. Devido à importância do momento, denomina-se essa hora como **hora dourada** (*golden hour*).

7. Todos os recém-nascidos, inclusive os de baixo peso, aptos a mamar devem ser colocados no peito assim que possível depois do nascimento, quando a situação estiver estável e a puérpera e o bebê estiverem prontos.

Pessoas HIV+ não devem amamentar, mas o contato pele a pele deve ser mantido sempre que possível.

Nesse caso, prepare a fórmula láctea (gratuita no SUS) e ofereça para que a pessoa parturiente dê ao bebê, pois o momento da amamentação promove vínculo entre o binômio.

8. 1 mg de vitamina K intramuscular após o nascimento é recomendada para todos os recém-nascidos.

→ Recomenda-se administrá-la até as 6h de vida. Pode ser administrada inclusive no colo da pessoa puérpera, ainda na hora de ouro.

9. Método de Credé: pingar 1 gota de nitrato de prata 1% no saco lacrimal de cada olho do recém-nascido, na primeira hora de vida.

→ Previne a oftalmia neonatal gonocócica que pode causar a cegueira.

10. Primeiro banho do bebê: indicado após 24h de vida.

→ Se isso não for possível por razões culturais, o banho deve ser postergado por, no mínimo, 6 horas. Lembrar de orientar a todos os envolvidos sobre este cuidado.

Cuidados no pós-parto

1. A profilaxia com antibióticos não deve ser utilizada em pessoas com parto vaginal sem complicações ou com episiotomia.

2. Administração da vacina contra a *hepatite B*.

→ De preferência, nas primeiras 12h de vida do recém-nascido.

3. Roupas recomendadas para recém-nascidos: uma ou duas camadas de roupas a mais do que para adultos. Considerar a temperatura dos ambientes de cuidado e do clima em si.

→ É recomendado usar toucas ou gorros.

4. O alojamento conjunto deve ser priorizado.

→ Esse direito é defendido pela Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016.

5. Realizar vigilância materna nas primeiras 2h pós-parto.

→ Observar sangramento, FC, PA e contração uterina.

Cuidados para a amamentação

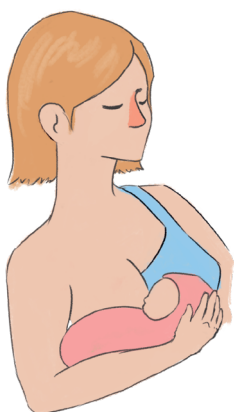
Desenho 1 - Posições e pega



Posição transversal



Posição tradicional



Posição invertida (muito usada, também, para gêmeos)



Deitada de lado

Passo a passo

- Escolha uma posição confortável e utilize uma almofada ou algum tecido que crie volume para apoiar o braço que segura o bebê.
- A cabeça do bebê deve estar alinhada ao corpo.
- Se a pessoa lactante estiver sentada e o bebê de frente para ela, deixe-o barriga com barriga.
- Segure o seio em C e aproxime o bebê.
- Aproxime o mamilo do lábio superior.
- Se o bebê não abocanhar, ejete algumas gotas de leite e deixe-as sobre a aréola para aproximar o bebê do seio novamente.
- Se não funcionar, ejete um pouco de leite em direção aos lábios do bebê, pois, assim, ele abrirá a boca para abocanhar o seio.
- Ao final da mamada, insira o dedo mínimo no canto da boca do lactente para desfazer o vácuo.

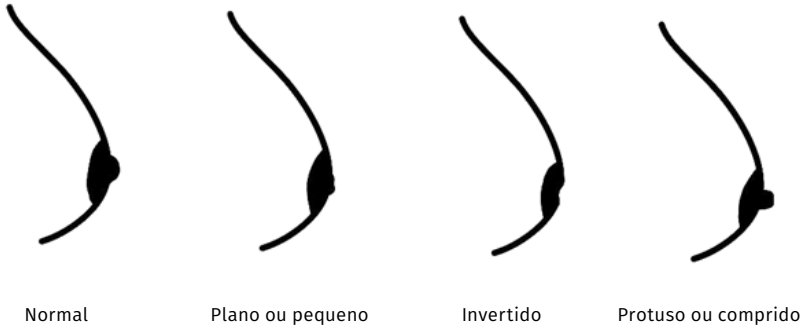
Cuidados com especificidades das mamas

Pessoas com mamilo plano ou invertido

- Essas especificidades da mama não impedem o aleitamento.
- O profissional deve promover a confiança à pessoa lactante.
- Não é recomendado utilizar o bico intermediário, pois ele pode causar uma hiperestimulação e a produção excessiva de leite e fissuras.
- Não sugue o mamilo com o extrator de leite antes da mamada para “criar bico”, pois isso pode provocar lesões.

→ Se o bebê não começar a sugar após o passo a passo, ejele algumas gotas de leite e mantenha-as no seio para aproximar o bebê novamente.

Desenho 2 — Tipos de mamilo



Fonte: elaborado pelas autoras (2024).

Pessoas com seios muito grandes

- Essa especificidade da mama não impede o aleitamento.
- O profissional deve promover a confiança à pessoa lactante.
- Experimente novas posições.
- Não se debruce sobre o bebê durante a amamentação. O bebê deve vir até o seio, não o seio até ele.
- Incentive o uso de almofadas de amamentação e substitutos caseiros, como: almofadas de sofás, toalha enrolada, etc.
- Se houver excesso de leite, ordene.

Pessoas que retiraram parte do tecido mamário

- Pode haver menor produção de leite.
- Estimule a produção de leite com o uso de extrator de leite.
- Se necessário, indique a translactação.

Condições que impedem a amamentação

- Lactante HIV+ ou Aids.
 - Lactante HTLV+⁸.
 - Criança com galactosemia.
- Iniciar inibição farmacológica da lactação (conforme prescrição médica)
- Lactante que faz uso de medicamentos incompatíveis com amamentação.
 - Consulte o manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias” (Brasil, 2010).
 - Lactante HCV+⁹ e com fissuras ou machucados no mamilo (contraindicação temporária para amamentação).
 - Amamentar na mama que não tem feridas.
 - Corrigir a pega.
 - Realizar o tratamento dos ferimentos.
 - Iniciar o tratamento para a hepatite C, caso esse ainda não tenha sido iniciado.

8 Vírus linfotrópico da célula T humana, pode causar leucemia e linfoma das células T.

9 Vírus da hepatite C.

- Quando a mama estiver sem fissuras ou machucados, a pessoa lactante pode voltar a amamentar.
- Lactante faz uso de álcool e/ou drogas.
 - Informar sobre tratamentos para dependência.
 - Encaminhar para o CAPS-AD.
 - Inibição farmacológica da lactação (conforme prescrição médica - CPM) quando comprovado risco para o bebê.
- Bebês com alguns tipos de fissura palatina.
 - Se a pessoa quiser amamentar após a correção cirúrgica, orientar ordenha e congelamento do leite.
 - Informar sobre a possibilidade de doação para bancos de leite.
 - Inibição farmacológica da lactação (CPM) se for o desejo da lactante.

Condições que dificultam a amamentação

Confusão de mamilos/bicos¹⁰

- Se possível, interrompa a oferta de bicos artificiais.
- Se há uso de mamadeira, incentive a troca por copinho.
- Efetue a correção da pega.

¹⁰ O bebê tem dificuldade de fazer a pega correta durante a amamentação porque acostumou-se a bicos artificiais (chupeta, mamadeira ou bico intermediário).

Bebê com lábio leporino

- Efetue a correção da pega.
- Mantenha o bebê sempre em posições mais eretas para evitar o refluxo nasal do leite.
- Oriente a ordenha e o congelamento do leite.
- Indique a pausa para o bebê arrotar.

Atenção: os bebês que possuem alguma malformação ou ainda síndromes podem necessitar de orientação e acompanhamento específico de uma equipe multidisciplinar, com médicos, enfermeiras e fonoaudiólogas. Além das dificuldades físicas, alguns bebês com essas condições podem ter um **ritmo de amamentação** mais lento, o que pode exigir mais paciência e tempo por parte da família.

Ausência de colostro

- Espere algumas horas após o parto ou a cesárea.
- Informe que, em caso de cesárea, é mais comum o colostro demorar a descer.
- Caso a pessoa tenha diabetes, monitore a glicemia do neonato.
- Se a pessoa lactante tiver diabetes e glicemia ≤ 40 mg/dL, deve-se iniciar o método de relactação¹¹.

11 Estimulação da produção de leite através da sucção do seio junto de fórmula láctea, leite animal ou leite humano pasteurizado. Por sua vez, também é realizado o método de translactação, no qual se estimula a produção de mais leite humano através da sucção do seio junto de leite humano armazenado.

RELACTAÇÃO E TRANSLACTAÇÃO

Ambos os procedimentos possuem a mesma técnica:

Coloque a fórmula láctea em um recipiente no qual seja possível ligar uma sonda.

A ponta da sonda deve ser fixada junto ao mamilo, para que o bebê possa sugar a fórmula láctea e estimular a produção do leite humano, simultaneamente.

Dica: insira a sonda no bico da mamadeira.

O leite “não desce”

- A apojadura¹² geralmente ocorre entre o 3º e o 5º dia;
- Incentive a sucção não-nutritiva¹³;
- Se necessário, realize a translactação.

Pouca produção de leite (hipogalactia)

- Pode ser causada por fatores psicológicos, anatômicos, alimentares ou pelo uso de certos medicamentos.
- Efetue a correção da pega.
- Indique a amamentação por livre demanda.
- Investigue sobre uma possível confusão de bico.
- Averigue acerca da alimentação da pessoa lactante e, se necessário, aconselhe e encaminhe ao nutricionista, caso haja essa possibilidade.
- Se necessário, relactação ou translactação.

12 A produção e descida do leite, depois do colostro.

13 O bebê suga a mama sem tirar leite. É uma medida de conforto.

HIPOGALACTIA

O RN:

- Perde > 10% do peso em relação ao nascimento.
- Não recupera o peso em até 2 semanas.
- Não urina nenhuma vez em 24h.
- Ausência de fezes amareladas até o início da 2ª semana.

O BEBÊ:

- Chora a todo instante.
- Quer mamar muito frequentemente.
- Mamadas muito longas.
- Ganho de peso inadequado para a idade.
- Faz xixi menos de 8 vezes por dia.
- Evacuações pouco frequentes, com fezes secas e duras.

Fonte: elaborado pelas autoras (2024).

Fissuras mamilares

- Efetue a correção da pega.
- Faça a colocação de compressas frias nas fissuras.
- Se necessário, ofereça alívio farmacológico da dor.
- Indique a aplicação de algumas gotas de leite nos mamilos após as mamadas.

Mamas doloridas e ingurgitamento

- Efetue a correção da pega.
- Faça a colocação de compressas frias nas fissuras.
- Se necessário, indique o uso de analgésicos.
- Oriente a realização de massagem na mama, extração e armazenamento do leite.
- Indique a retirada da criança do peito utilizando o dedo mínimo para tirar o vácuo.
- Recomende a retirada de um pouco de leite da mama antes da mamada.

Mastite

- Demonstre a pega correta da mama.
- Faça a colocação de compressas frias na mastite.
- Indique o uso de analgésico e anti-inflamatório.
- Oriente a realização de massagem na mama, extração e armazenamento do leite.

- Indique a retirada da criança do peito utilizando o dedo mínimo para tirar o vácuo.
- Informe que a criança não corre risco, pois o leite fornece anticorpos contra bactérias.

Não conseguir ou não querer amamentar

- Amamentar é uma escolha e o ato deve ser incentivado, mas nunca posto como uma obrigação.
- Acolha e auxilie no manejo necessário (uso de fórmulas lácteas, como diminuir a produção do leite, etc.).
- Ofereça a extração do leite como uma alternativa, se possível.

REFERÊNCIAS

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite. **Anamnese e exame físico**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de gestação de alto risco**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, jul. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MtWSdSdxVkdXdnVgRBXhgcr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2025.

FEBRASGO. **Aleitamento materno: manual de orientação**. 3ª ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.

LEAL, M. DO C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 105, 27 nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29166440/>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MCNIVEN, P. S. *et al.* An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. **Birth**, v. 25, n. 1, p. 5-10, mar. 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9534499/#full-view-affiliation-1>. Acesso em: 23 jun. 2025.

REZENDE, L. V. *et al.* Percepções e significados de doulas na atenção obstétrica e neonatal no processo de parturição. **Nursing Edição Brasileira**, [S. l.], v. 28, n. 314, p. 9374–9379, 2024. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3230>. Acesso em: 23 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 12 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO labour care guide**. Geneva: World Health Organization, 2020.

NINNO, C. Q. DE M. S. D. *et al.* Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, p. 417–421, 1 dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/b5dp89xy6ymn-5gfsXrFjnf/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2026.

Oliveira, M. I. C. DE. *et al.* Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, 2008, v. 42, n. 5, pp. 895-902, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/T6TMQsj-qScfGbh9X8683WnJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2026.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de assistência ao pré-natal de risco habitual**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2023. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/bvaps-biblioteca-virtual-de-atencao-primaria-saude/Protocolo%20-%20Assist%C3%Aancia%20-%20Pr%C3%A9-Natal%20de%20Risco%20Habitual%20-%202023.pdf. Acesso em: 23 jun. 2025.