

## Humanização da assistência materna: Uma nova perspectiva sobre protocolos de pré-natal e parto com resolução de caso clínico

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.025-027>

**Luciene Rodrigues Barbosa**  
Doutora em Ciências da Saúde  
Universidade Federal de São Paulo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8065-8210>

### RESUMO

A assistência pré-natal é uma etapa fundamental no ciclo gravídico-puerperal, destinada a monitorar a saúde da mãe e do feto, identificar precocemente condições de risco e promover intervenções que garantam uma gestação saudável e segura. O objetivo da revisão narrativa é apresentar o estado da arte sobre os principais componentes da assistência pré-natal, incluindo protocolos de atendimento, cuidados específicos para gestantes de baixo risco, e estratégias de manejo de complicações no momento do parto. Utilizou-se a diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para a busca, seleção e extração de dados nas bases de dados nas LILACS, BDENF, PubMed, Cochrane Library, CINAHL, Embase, SciVerse Scopus TopCited e Web of Science. Foram identificados 261 artigos, após seleção 15 foram analisados. O conhecimento detalhado sobre pré-natal, cada etapa do trabalho de parto e os fatores hormonais que influenciam esse processo é essencial para a assistência segura e eficaz, garantindo o bem-estar materno e fetal. A atuação da equipe de enfermagem deve ser sempre pautada no respeito aos direitos da mulher desde do período do pré-natal, evitando práticas consideradas como violência obstétrica, e garantindo uma abordagem humanizada que priorize a segurança e o conforto da parturiente. Compreender essas práticas é fundamental para melhorar os desfechos maternos e neonatais, proporcionando uma experiência do período anteparto e parto positiva e segura.

**Palavras-chave:** Pré-natal, Parto, Humanização, Gestação.

## 1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal adequado é essencial para a promoção da saúde materna e fetal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a assistência pré-natal visa identificar e tratar precocemente fatores de risco que possam comprometer a gestação, bem como promover a saúde e o bem-estar da mulher grávida (WHO, 2016). Estudos demonstram que o pré-natal regular está associado a melhores resultados maternos e neonatais, incluindo menores taxas de mortalidade perinatal e complicações obstétricas (Dowswell et al., 2015).

O pré-natal também desempenha um papel crucial na educação em saúde, fornecendo informações sobre nutrição, atividade física, sinais de alerta e cuidados com o recém-nascido. Além disso, é uma oportunidade para a construção de um vínculo entre a gestante e o profissional de saúde, baseado em confiança e respeito, o que é fundamental para uma experiência de parto positiva e segura. Nesse contexto, esta revisão tem por objetivo apresentar o estado da arte sobre os principais componentes da assistência pré-natal, incluindo protocolos de atendimento, cuidados específicos para gestantes de baixo risco, e estratégias de manejo de complicações no momento do parto.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, promovida com abordagem qualitativa, compreendida como um estudo apropriado para descrever e discutir o “estado da arte” de uma dada temática, estabelecendo entendimentos teóricos e contextuais. A busca dos artigos ocorreu no mês de junho de 2024 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BDENF); Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL); National Library of Medicine (PubMed); Cochrane Library (Cochrane); Excerpta Medica dataBASE (Embase); SciVerse Scopus TopCited (Scopus); e Web of Science descritas. O cruzamento ocorreu por meio dos descritores controlados “**Pré-natal**”, “Parto”, “Humanização”, “Gestação”, pertencentes ao Medical Subject Headings (MeSH) e aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram incluídos artigos, protocolos, diretrizes e guidelines, publicados em português, inglês ou espanhol, sem delimitação do tempo de publicação relacionados à temática. Foram excluídos artigos duplicados, editoriais, dissertações, teses, trabalhos em outros idiomas e que não abrangiam o tema abordado.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO E ORIENTAÇÕES DURANTE O PRÉ-NATAL

Gestantes de baixo risco são aquelas que, durante a avaliação inicial e o acompanhamento pré-natal, não apresentam condições médicas preexistentes ou fatores de risco que possam complicar a gestação. De acordo com o Ministério da Saúde, uma gestação de baixo risco caracteriza-se pela

ausência de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, e pela falta de complicações obstétricas em gestações anteriores, como abortos recorrentes ou partos prematuros (Ministério da Saúde, 2020). Essas gestantes têm um risco reduzido de desenvolver complicações durante a gravidez e geralmente requerem um número menor de consultas e intervenções.

A assistência integral à gestante de baixo risco deve incluir, além da suplementação e vacinação, orientações sobre alimentação saudável, atividade física segura, e cuidados com a saúde mental. O apoio contínuo e o empoderamento das gestantes para tomar decisões informadas sobre seus cuidados são fundamentais para uma experiência de gravidez positiva e para a promoção de desfechos perinatais favoráveis (Renfrew et al., 2014).

### 3.1.1 Exames Laboratoriais por Trimestre

O protocolo de atendimento pré-natal do Ministério da Saúde recomenda uma série de exames laboratoriais distribuídos ao longo dos três trimestres da gestação. Esses exames são fundamentais infecciosas que possam afetar a saúde da gestante ou bebê para o monitoramento da saúde materna e fetal, permitindo a detecção precoce de condições como anemia, infecções, diabetes gestacional, e doenças

Trimestre	Exames Recomendados	Frequência
<b>Primeiro Trimestre</b>	Hemograma completo, tipagem sanguínea e fator Rh, glicemia de jejum, sorologia para HIV, sífilis (VDRL), hepatite B (HBsAg), toxoplasmose (IgM e IgG), rubéola (IgM e IgG), urina tipo I, urocultura	Primeira consulta e repetir conforme necessário
<b>Segundo Trimestre</b>	Hemograma completo, glicemia de jejum, teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre 24-28 semanas, sorologia para HIV e sífilis (VDRL), urocultura	Entre 24-28 semanas
<b>Terceiro Trimestre</b>	Hemograma completo, glicemia de jejum, sorologia para HIV e sífilis (VDRL), urocultura, estreptococo do grupo B	Entre 35-37 semanas

Fonte: adaptado de Brasil, 2012.

Os exames laboratoriais no primeiro trimestre são fundamentais para estabelecer uma linha de base da saúde da gestante e identificar condições que possam exigir um manejo específico.

- **Hemograma Completo:** Avaliar o estado geral de saúde da gestante, incluindo a detecção de anemia, que é comum no início da gravidez devido ao aumento do volume sanguíneo. Também ajuda a identificar infecções e outras alterações hematológicas que podem afetar a gravidez.
- **Tipagem Sanguínea e Fator Rh:** Determinar o grupo sanguíneo e o fator Rh da gestante. Identificar se há incompatibilidade Rh entre mãe e feto, o que pode causar doença hemolítica no recém-nascido se não for gerenciado adequadamente com a administração de imunoglobulina anti-D.



- **Glicemia de Jejum:** Avaliar os níveis de glicose no sangue para detectar diabetes mellitus preexistente ou risco aumentado de desenvolver diabetes gestacional. Diabetes não controlada aumenta o risco de malformações congênitas, aborto espontâneo e complicações no parto.
- **Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG):** Realizado entre 24 e 28 semanas para diagnosticar diabetes gestacional. A diabetes gestacional não tratada pode levar a complicações como macrossomia fetal (bebê grande para a idade gestacional), necessidade de cesariana e risco aumentado de desenvolver diabetes tipo 2 após a gravidez.
- **Sorologia para HIV:** Identificar a infecção por HIV para iniciar o tratamento antirretroviral o quanto antes, reduzir a carga viral e prevenir a transmissão vertical do HIV da mãe para o feto.
- **Sorologia para Sífilis (VDRL):** Detectar sífilis, uma infecção que pode ser transmitida para o feto durante a gravidez, resultando em sífilis congênita, que pode causar aborto espontâneo, morte fetal ou problemas graves de saúde no recém-nascido.
- **Hepatite B (HBsAg):** Detectar infecção por hepatite B na mãe para prevenir a transmissão vertical para o recém-nascido, que tem um alto risco de desenvolver hepatite B crônica e suas complicações.
- **Toxoplasmose (IgM e IgG):** Avaliar a imunidade materna contra toxoplasmose e detectar infecção aguda. A toxoplasmose na gravidez pode levar a sérias complicações fetais, incluindo malformações congênitas e aborto.
- **Rubéola (IgM e IgG):** Determinar se a gestante é imune à rubéola. A infecção por rubéola durante a gravidez pode causar síndrome da rubéola congênita, levando a defeitos cardíacos, surdez e cegueira.
- **Urina Tipo I e Urocultura:** Diagnosticar infecções do trato urinário (ITU), que são comuns na gravidez devido às mudanças anatômicas e hormonais. Infecções não tratadas podem evoluir para pielonefrite e estão associadas a risco de complicações como trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer.
- **Exame para Estreptococo do Grupo B:** Realizado entre 35-37 semanas para detectar a presença de estreptococo do grupo B. Se positivo, recomenda-se a administração de antibióticos durante o trabalho de parto para prevenir infecções neonatais graves, como sepsse, pneumonia e meningite (Schrag et al., 2016).

### 3.1.2 Ultrassonografia na Assistência Pré-Natal

A ultrassonografia é uma ferramenta fundamental na assistência pré-natal, utilizada para monitorar o desenvolvimento fetal e identificar anomalias estruturais e condições que possam afetar a

gestação. O Ministério da Saúde recomenda diferentes tipos de ultrassonografia em momentos específicos da gestação para otimizar o monitoramento e o manejo da gravidez.

Tabela 1 – Tipos de Ultrassonografia

Tipo de Ultrassonografia	Momento Indicado	Objetivo
Ultrassonografia transvaginal ou Obstétrica	6-10 semanas	Confirmar a gestação, determinar a idade gestacional, verificar a presença de batimentos cardíacos fetais
Ultrassonografia Morfológica do 2 <sup>a</sup> trimestre	18-22 semanas	Avaliar a anatomia fetal, detectar malformações congênitas, avaliar o líquido amniótico e a placenta
Ultrassonografia Morfológica do 3 <sup>a</sup> trimestre ou Doppler	28-32 semanas	Monitorar o crescimento fetal, avaliar o líquido amniótico, verificar a posição do feto e a placenta

### 3.1.3 Quando Realizar Cada Tipo de Ultrassonografia

A ultrassonografia obstétrica inicial, realizada entre 6 e 10 semanas, é crucial para confirmar a gestação intrauterina, determinar a idade gestacional com precisão e verificar a viabilidade do embrião, identificando batimentos cardíacos fetais. Essa avaliação inicial ajuda a prever a data provável do parto e a identificar gestações múltiplas precocemente (Salomon et al., 2019).

A ultrassonografia morfológica, realizada entre 18 e 22 semanas, é recomendada para uma avaliação detalhada da anatomia fetal. Este exame é fundamental para a detecção de malformações congênitas, como defeitos cardíacos e espinha bífida, e permite a avaliação da placenta e do líquido amniótico, fatores essenciais para a saúde fetal (Reddy et al., 2015).

A ultrassonografia de crescimento, realizada entre 28 e 32 semanas, é indicada para monitorar o desenvolvimento fetal no terceiro trimestre, avaliar o crescimento e o bem-estar do feto, verificar a quantidade de líquido amniótico e a posição fetal, informações importantes para o planejamento do parto (Papageorghiou et al., 2014).

A monitorização regular da saúde materna e fetal é essencial para a detecção precoce de complicações e para a implementação de intervenções preventivas. Além dos exames laboratoriais e ultrassonografias, a medição da pressão arterial e o monitoramento de sinais de pré-eclâmpsia são críticos para a prevenção de complicações graves, como a eclâmpsia e a síndrome HELLP (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020).

## 3.2 SUPLEMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO: DOSES E ADMINISTRAÇÃO

A suplementação durante a gestação é essencial para prevenir deficiências nutricionais que podem afetar a saúde da mãe e o desenvolvimento fetal. O Ministério da Saúde recomenda a suplementação de ácido fólico e ferro para todas as gestantes, considerando os seguintes detalhes:

- **Ácido Fólico:** A suplementação de ácido fólico é recomendada para prevenir defeitos do tubo neural no feto. A dose indicada é de **400 mcg por dia**, começando pelo menos um

mês antes da concepção e continuando até o final do primeiro trimestre (12 semanas) (Ministério da Saúde, 2012). A administração deve ser feita via oral, preferencialmente em jejum, para otimizar a absorção.

- **Ferro:** A suplementação de ferro é importante para prevenir anemia ferropriva, uma condição comum durante a gestação devido ao aumento da demanda de ferro. A dose recomendada é de **40-60 mg de ferro elementar por dia** a partir da 20ª semana de gestação até o término da gravidez (Ministério da Saúde, 2012). A administração deve ser feita após uma refeição para minimizar os efeitos colaterais gastrointestinais, como náuseas e constipação.

### 3.2.1 Benefícios da Suplementação de Ferro e Ácido Fólico

A suplementação de ferro é vital para prevenir a anemia ferropriva, que é uma das condições mais comuns durante a gravidez devido ao aumento da demanda de ferro. A anemia durante a gestação está associada a um risco maior de parto prematuro, baixo peso ao nascer, e hemorragia pós-parto. Suplementar com ferro a partir do segundo trimestre pode prevenir essas complicações e melhorar a saúde materna e fetal (Petry et al., 2019).

A suplementação de ácido fólico é recomendada antes da concepção e durante o primeiro trimestre da gestação para prevenir defeitos do tubo neural no feto, como espinha bífida e anencefalia. O ácido fólico é um nutriente essencial para o desenvolvimento fetal, e sua deficiência durante as primeiras semanas de gestação está diretamente associada a defeitos congênitos graves (Ministério da Saúde, 2020).

### 3.3 IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO NA GESTAÇÃO

A vacinação durante a gestação é crucial para proteger tanto a mãe quanto o bebê contra doenças infecciosas que podem causar complicações graves. O PNI do Brasil inclui recomendações específicas para a vacinação de gestantes, visando imunizar contra doenças que possam ser transmitidas verticalmente (da mãe para o feto) ou que possam ter um impacto significativo na saúde materna e neonatal. A vacinação ajuda a criar anticorpos que são transferidos para o feto, proporcionando imunidade passiva ao

As vacinas recomendadas para gestantes de baixo risco pelo PNI do Brasil incluem informações detalhadas sobre a via de administração, tipo de agulha e dose para garantir uma vacinação segura e eficaz.

Tabela 2 - Vacinação na Gestação

Vacina	Dose	Período Indicado	Observações
<b>Difteria, tétano e coqueluche (dTpa)</b>	1 dose a cada gestação	A partir da 20 <sup>a</sup> semana de gestação e de até 45 dias após o parto	Protege contra a difteria, tétano e coqueluche, essencial para evitar a transmissão ao recém-nascido. Aplicar no músculo deltoide.
<b>Difteria e Tétano (dT)</b>	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	Protege contra a difteria e tétano, essencial para evitar a transmissão ao recém-nascido. Aplicar no músculo deltoide.
<b>Influenza (gripe)</b>	1 dose anual	Durante qualquer período da gestação	Vacinação sazonal, importante para proteger contra complicações respiratórias graves. Aplicar no músculo deltoide.
<b>Hepatite B</b>	3 doses (0, 1 e 6 meses)	Iniciar o esquema o quanto antes	Completar esquema vacinal se gestante não tiver sido vacinada previamente ou tiver esquema incompleto. Aplicar no músculo deltoide.
<b>COVID-19</b>	2 doses (esquema inicial) + dose de reforço	Durante qualquer período da gestação	Vacina recomendada para todas as gestantes, especialmente devido ao risco aumentado de complicações associadas à infecção por COVID-19. Aplicar no músculo deltoide.

Fonte: Brasil - PNI, 2023.

### 3.3.1 Informações Detalhadas para Cada Vacina:

1. **dTpa (difteria, tétano e coqueluche):**
  - **Via de Administração:** Intramuscular (IM), preferencialmente no músculo deltoide.
  - **Agulha Recomendada:** 25 x 6 mm (1 polegada) para injeções intramusculares.
  - **Dose:** 1 dose única a cada gestação, administrada a partir da 20<sup>a</sup> semana para maximizar a transferência de anticorpos para o feto.
2. **dT (difteria):**
  - **Via de Administração:** Intramuscular (IM), preferencialmente no músculo deltoide.
  - **Agulha Recomendada:** 25 x 6 mm (1 polegada) para injeções intramusculares.
  - **Dose:** administrar conforme o historio vacinal, deve-se administrar um reforço a cada 10 anos, para se maximizar a transferência de anticorpos para o feto.
3. **Influenza (gripe):**
  - **Via de Administração:** Intramuscular (IM), preferencialmente no músculo deltoide.
  - **Agulha Recomendada:** 25 x 6 mm (1 polegada).
  - **Dose:** 1 dose anual, recomendada para qualquer trimestre da gestação para proteger contra a gripe e complicações respiratórias graves.



#### 4. **Hepatite B:**

- **Via de Administração:** Intramuscular (IM), preferencialmente no músculo deltoide.
- **Agulha Recomendada:** 25 x 6 mm (1 polegada).
- **Dose:** Esquema de 3 doses (0, 1 e 6 meses). Iniciar o esquema o quanto antes se a gestante não tiver sido vacinada previamente ou tiver esquema incompleto.

#### 5. **COVID-19:**

- **Via de Administração:** Intramuscular (IM), preferencialmente no músculo deltoide.
- **Agulha Recomendada:** 25 x 6 mm (1 polegada).
- **Dose:** 2 doses para o esquema inicial mais dose de reforço. Recomendado para todas as gestantes, em qualquer trimestre da gestação, para proteção contra complicações graves associadas à COVID-19.

A administração adequada das vacinas recomendadas durante a gestação é essencial para proteger tanto a saúde da gestante quanto do feto. Seguir as diretrizes de vacinação, incluindo a escolha correta da via de administração, agulha e dose, é fundamental para garantir a segurança e a eficácia da imunização.

### 3.4 MONITORAMENTO E MANEJO DE CONDIÇÕES DE RISCO NA GRAVIDEZ.

#### 3.4.1 Importância da Vacinação durante a Gestação e Estratégias para Melhorar a Cobertura Vacinal

A vacinação é uma estratégia fundamental para prevenir doenças infecciosas graves que podem ter um impacto negativo na saúde materna e fetal. A vacinação protege diretamente a gestante e, indiretamente, o feto, por meio da transferência de anticorpos maternos, proporcionando imunidade passiva ao recém-nascido até que ele possa ser vacinado diretamente (ACOG, 2017).

Vacinas como a dTpa (difteria, tétano e coqueluche) e a influenza são particularmente importantes durante a gestação. A vacinação contra a coqueluche é recomendada a partir da 20ª semana de gestação para proteger o recém-nascido contra a doença nos primeiros meses de vida, período em que é mais vulnerável e ainda não pode ser vacinado diretamente. A vacinação contra a influenza é recomendada para proteger a gestante contra complicações respiratórias graves, como pneumonia, que são mais comuns e severas durante a gravidez (CDC, 2020).

A vacinação também tem um papel indireto na prevenção de partos prematuros. Por exemplo, a prevenção de infecções respiratórias graves, como a gripe, reduz o risco de complicações que podem levar a um parto prematuro. Estudos mostraram que a infecção grave por influenza durante a gestação está associada a um aumento do risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer, justificando a vacinação anual contra a gripe (Gale et al., 2021).

Para maximizar os benefícios da vacinação e suplementação, é fundamental que os profissionais de saúde promovam a adesão a essas recomendações entre as gestantes. Isso pode ser alcançado por meio de educação em saúde, lembretes para consultas pré-natais, e integração de serviços de vacinação e suplementação durante as consultas pré-natais de rotina. (WHO, 2020).

### **3.4.2 Impacto da Vacinação e Suplementação no Desfecho Gestacional**

A vacinação e a suplementação nutricional durante a gestação desempenham um papel crucial na promoção da saúde materna e na prevenção de complicações que possam afetar o feto e o recém-nascido. Estudos têm demonstrado que seguir as recomendações de vacinação e suplementação resulta em melhores desfechos para a mãe e o bebê, como a redução de partos prematuros, menor risco de baixo peso ao nascer, e prevenção de infecções neonatais (Petry et al., 2019).

O cumprimento das recomendações de vacinação e suplementação tem um impacto positivo direto nos desfechos maternos e neonatais. Estudos demonstram que mulheres que recebem suplementação adequada de micronutrientes e seguem os esquemas de vacinação recomendados têm menores taxas de complicações obstétricas, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, e partos cesáreos, melhorando a qualidade da assistência obstétrica (McIntyre et al., 2019).

A vacinação da gestante contra doenças como a hepatite B e o estreptococo do grupo B é crucial para a prevenção de infecções neonatais. A vacinação contra hepatite B durante a gestação ou a administração de imunoglobulina no nascimento previne a transmissão vertical do vírus, protegendo o recém-nascido de desenvolver hepatite crônica. Da mesma forma, o rastreamento e tratamento de estreptococo do grupo B antes do parto previnem infecções neonatais graves, como sepse, pneumonia e meningite (Schrag et al., 2016).

Gestantes que seguem as orientações de vacinação e suplementação nutricional têm menores chances de ter bebês com baixo peso ao nascer (Figura 1)

Figura 1 – Impacto da vacinação e suplementação na gestação



Fonte: elaborado pelo autor.

O baixo peso ao nascer está associado a várias complicações neonatais, como dificuldades respiratórias, icterícia e maior risco de infecções. A suplementação adequada de micronutrientes, como ferro e ácido fólico, contribui para um crescimento fetal saudável e reduz o risco de restrição de crescimento intrauterino (WHO, 2016).

### 3.5 FISIOLÓGIA DO PARTO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O trabalho de parto é um processo fisiológico complexo que envolve mudanças coordenadas e adaptativas no corpo da mulher para permitir o nascimento do bebê. O trabalho de parto é dividido em três fases principais: o período de dilatação, o período expulsivo, e o período de dequitação. Cada fase é caracterizada por eventos específicos e pela ação de diferentes hormônios que facilitam o processo de parto.

A duração normal do trabalho de parto varia amplamente e depende de vários fatores, incluindo se é o primeiro parto (primípara) ou se a mulher já teve partos anteriores (múltipara). O trabalho de parto é diagnosticado com base em contrações uterinas regulares e progressivas, acompanhadas por mudanças no colo do útero (dilatação e apagamento) e pela descida fetal.

Para primíparas, o trabalho de parto pode durar de 12 a 18 horas. Para múltiparas, o trabalho de parto tende a ser mais curto, durando cerca de 8 a 12 horas. A primeira fase do trabalho de parto

(dilatação) é a mais longa, especialmente a fase latente. A fase ativa do trabalho de parto, que é mais rápida, geralmente dura cerca de 4 a 8 horas para primíparas e 2 a 5 horas para múltiparas.

O diagnóstico é feito quando há contrações uterinas regulares e dolorosas que levam a mudanças no colo do útero, como dilatação (abertura) e apagamento (afinamento). Outros sinais incluem a presença de show sangrento (muco com sangue), ruptura das membranas (bolsa rota), e aumento na frequência e intensidade das contrações.

### 3.5.1 Período de Dilatação

O período de dilatação é a fase inicial e mais longa do trabalho de parto. Durante esta fase, o colo do útero sofre alterações significativas que o preparam para o nascimento do bebê. O período de dilatação é dividido em duas subfases: a fase latente e a fase ativa.

- **Fase Latente:** Caracterizada por contrações uterinas leves e irregulares que resultam no início da dilatação cervical (até cerca de 3-4 cm). Esta fase pode ser relativamente longa, especialmente em primíparas, durando várias horas ou até dias. Durante a fase latente, o colo do útero começa a amolecer, encurtar (apagamento) e se dilatar gradualmente.
- **Fase Ativa:** Inicia-se quando o colo do útero está dilatado entre 4 e 6 cm. Durante esta fase, as contrações uterinas se tornam mais intensas, regulares e frequentes, acelerando a dilatação cervical de 4 cm até a dilatação completa em 10 cm. A fase ativa é mais curta do que a fase latente, geralmente durando de 4 a 8 horas em primíparas e menos em múltiparas. A progressão do trabalho de parto durante a fase ativa é monitorada de perto para garantir a segurança da mãe e do bebê.

Os hormônios desempenham um papel crucial na regulação do trabalho de parto, particularmente durante o período de dilatação:

- **Ocitocina:** A ocitocina é o principal hormônio responsável pela indução e manutenção das contrações uterinas durante o trabalho de parto. Liberada pela hipófise posterior, a ocitocina é secretada em resposta ao alongamento do colo do útero e à estimulação dos mamilos. A ocitocina promove contrações uterinas rítmicas e coordenadas, que ajudam a dilatar o colo do útero e a mover o bebê pelo canal de parto. Este hormônio é frequentemente utilizado em práticas obstétricas para induzir o trabalho de parto ou aumentar a força e frequência das contrações (indução e aumento do trabalho de parto).
- **Prostaglandinas:** As prostaglandinas são hormônios lipídicos que desempenham um papel importante na preparação do colo do útero para o trabalho de parto. Elas promovem o amolecimento (amadurecimento) e a dilatação cervical, facilitando a passagem do bebê pelo canal de parto. Além disso, as prostaglandinas aumentam a sensibilidade do útero à ocitocina, amplificando as contrações uterinas e acelerando o processo de dilatação.

Preparações de prostaglandinas são, por vezes, usadas clinicamente para induzir o trabalho de parto em mulheres que estão próximas ou além da data prevista para o parto.

- **Estrógeno e Progesterona:** Durante a gestação, o estrógeno e a progesterona desempenham papéis opostos na regulação do trabalho de parto. O estrógeno prepara o útero para o trabalho de parto aumentando a expressão dos receptores de ocitocina e prostaglandinas, enquanto a progesterona ajuda a manter a gravidez até que o trabalho de parto comece inibindo as contrações uterinas prematuras. Durante a fase final da gravidez, há uma mudança na proporção de estrógeno e progesterona, favorecendo o início do trabalho de parto.

### 3.5.2 Assistência durante a Dilatação

Durante o período de dilatação do trabalho de parto, a assistência adequada é fundamental para monitorar a segurança e o bem-estar da mãe e do bebê. Vamos detalhar a realização de exames como o toque vaginal e a avaliação da bolsa amniótica, abordando suas indicações, procedimentos e implicações clínicas.

### 3.5.3 Toque Vaginal

O **toque vaginal** é uma técnica essencial usada para avaliar o progresso do trabalho de parto. No entanto, deve ser realizado com critérios claros e respeitando o conforto e a dignidade da mulher.

O toque vaginal é indicado em vários momentos do trabalho de parto para avaliar a dilatação cervical, o apagamento do colo do útero, a posição da apresentação fetal (por exemplo, a cabeça do bebê) e a altura da apresentação. Em um trabalho de parto normal, o toque vaginal pode ser realizado a cada 4 horas durante a fase ativa para monitorar o progresso (ACOG, 2020). Outros momentos para realizar o toque vaginal incluem antes de administrar anestesia, após a ruptura das membranas, se houver uma mudança significativa na frequência ou intensidade das contrações, ou se houver sinais de sofrimento fetal (WHO, 2018).

O toque vaginal deve sempre ser realizado com o consentimento da gestante. Quando realizado sem consentimento, de maneira repetida e desnecessária, ou de forma que cause dor e constrangimento, o toque vaginal pode ser considerado uma forma de violência obstétrica. Violência obstétrica refere-se a qualquer ação ou omissão que cause dano físico, psicológico ou emocional à mulher durante o parto (WHO, 2018). O respeito pela autonomia da mulher e a comunicação clara sobre a necessidade do exame são essenciais para evitar a caracterização de violência obstétrica.

#### 3.5.3.1 Passos para realizar o Toque Vaginal

1. **Preparação:**

- **Higiene:** O profissional deve higienizar as mãos adequadamente e utilizar luvas procedimento, em gestações a termo, para prevenir infecções.
  - **Consentimento Informado:** Explicar o procedimento à gestante, os motivos para realizá-lo, e obter seu consentimento. A mulher deve estar confortável e entender o que será feito.
  - **Posicionamento da Gestante:** A mulher deve ser posicionada confortavelmente em decúbito dorsal (deitada de costas) com os joelhos dobrados e as pernas ligeiramente abertas. A privacidade deve ser garantida durante o exame.
2. **Realização do Exame:**
- **Lubrificação:** Utilizar um lubrificante estéril para reduzir o desconforto durante o exame.
  - **Introdução dos Dedos:** Com delicadeza, introduzir o dedo indicador e, se necessário, o dedo médio na vagina. A mão que realiza o exame deve estar relaxada, e os dedos devem ser introduzidos em direção ao colo do útero.
  - **Avaliação da Dilatação Cervical:** A dilatação é medida em centímetros, variando de 0 cm (nenhuma dilatação) a 10 cm (dilatação completa). A medida é baseada na abertura do colo do útero.
  - **Avaliação do Apagamento:** O apagamento é o afinamento do colo do útero, medido como uma porcentagem de 0% (nenhum apagamento) a 100% (totalmente apagado).
  - **Avaliação da Posição e Altura da Apresentação Fetal:** Avaliar a parte da apresentação fetal (geralmente a cabeça) em relação às espinhas isquiáticas da pelve materna, classificando-a em planos de De Lee, de -5 a +5.
  - **Retirada dos Dedos:** Retirar os dedos com cuidado, evitando movimentos bruscos que possam causar desconforto.
  - **Documentação:** Documentar os achados no prontuário da paciente, incluindo dilatação, apagamento, altura da apresentação e qualquer outro detalhe relevante.

### 3.5.3.2 Bolsa Amniótica

A **bolsa amniótica** desempenha um papel importante durante a gestação e o trabalho de parto, proporcionando um ambiente seguro e amortecido para o feto. Durante o trabalho de parto, a avaliação da integridade da bolsa amniótica e das características do líquido amniótico são cruciais.

A ruptura da bolsa amniótica (também conhecida como bolsa rota) é geralmente caracterizada por uma sensação súbita de um jato de líquido ou um fluxo contínuo de líquido amniótico pela vagina (Ministério da Saúde, 2012). A dor associada à ruptura da bolsa amniótica geralmente é mínima ou inexistente; no entanto, se a ruptura for acompanhada por dor intensa, pode indicar uma complicação, como descolamento prematuro da placenta. O odor normal do líquido amniótico é suave e ligeiramente



adocicado. Um odor fétido pode indicar a presença de infecção intrauterina, como a corioamnionite, e requer intervenção imediata (ACOG, 2020).

O líquido amniótico normalmente é claro ou levemente turvo. A presença de mecônio (fezes fetais) no líquido amniótico pode indicar sofrimento fetal e pode ser descrita como líquido amniótico "meconial". A coloração verde ou marrom do líquido amniótico sugere mecônio e requer monitoramento cuidadoso do bem-estar fetal (WHO, 2018).

Quando a bolsa se rompe, o tempo que o líquido amniótico permanece exposto ao ambiente vaginal é um fator importante. Se a bolsa permanecer rota por mais de 18 horas antes do início do trabalho de parto ativo, isso é chamado de ruptura prolongada de membranas. A ruptura prolongada de membranas aumenta o risco de infecção, tanto para a mãe quanto para o bebê. Neste caso, o uso profilático de antibióticos é recomendado para prevenir a infecção ascendente, especialmente se o parto não for iminente (ACOG, 2020).

O uso de antibióticos é indicado em casos de ruptura prolongada de membranas (>18 horas) ou se houver sinais de infecção materna (febre, leucocitose, dor abdominal). A profilaxia antibiótica também é recomendada em gestantes com estreptococo do grupo B positivo (GBS positivo) para prevenir infecções neonatais graves, como sepse, pneumonia e meningite. O tratamento antibiótico é geralmente iniciado assim que a bolsa rota é confirmada e há indicação de profilaxia (ACOG, 2020).

### 3.5.3.3 Amniotomia

A **amniotomia** é uma intervenção obstétrica útil que pode acelerar o trabalho de parto quando usada de forma apropriada.

A amniotomia deve ser realizada apenas quando clinicamente indicada e nunca sem o consentimento informado da mulher. Realizar amniotomia sem indicação adequada ou consentimento pode ser considerado violência obstétrica (WHO, 2018). Esteja ciente dos riscos associados à amniotomia, como prolapso de cordão umbilical, infecção ou hemorragia. Tome precauções para minimizar esses riscos, incluindo a realização do procedimento sob condições estéreis e a monitorização contínua do bem-estar fetal.

## 3.6 PASSO A PASSO PARA REALIZAR A AMNIOTOMIA

### 3.6.1 Preparação para o Procedimento

- Antes de realizar a amniotomia, confirme as indicações clínicas para o procedimento. As indicações comuns incluem trabalho de parto lento ou estagnado (distócia de progressão), necessidade de melhorar a monitorização fetal (monitoramento interno), ou aumentar a intensidade das contrações em casos de trabalho de parto prolongado (ACOG, 2020).

- Explique o procedimento para a gestante, incluindo os benefícios, riscos e possíveis alternativas. Obtenha o consentimento informado da paciente antes de proceder. É essencial garantir que a gestante esteja ciente do que será feito e concorde com o procedimento.
- Coloque a gestante em posição de litotomia ou decúbito dorsal com os joelhos dobrados e os pés apoiados. Garanta que ela esteja confortável e coberta adequadamente para manter a privacidade.

### 3.6.2 Realização do Procedimento

Realize um toque vaginal para determinar a posição do colo do útero, a apresentação fetal e para confirmar a dilatação cervical. O colo do útero deve estar dilatado pelo menos 3-4 cm para que o procedimento seja realizado com segurança.

- **Amniotomo:** Utilize um gancho de amniotomia estéril. Este instrumento é fino e tem uma extremidade ligeiramente afiada para romper suavemente a membrana amniótica.
- **Inserção do Gancho:** Com uma mão protegendo o períneo e os dedos da outra mão inserida na vagina para guiar, introduza cuidadosamente o gancho de amniotomia ao longo dos dedos até o colo do útero.
- **Romper a Membrana:** Uma vez que o gancho esteja em contato com a membrana amniótica, faça um movimento suave para romper a membrana. O objetivo é fazer uma pequena perfuração que permita a liberação controlada de líquido amniótico.
- **Controle da Liberação do Líquido:** Após a ruptura, o líquido amniótico começará a fluir. Permita que o líquido flua lentamente para evitar uma descarga súbita que possa causar um prolapso de cordão umbilical ou outras complicações.

### 3.6.3 Cuidados Após a Amniotomia

- **Avaliação do Líquido Amniótico:** Observe a cor, o odor e a quantidade do líquido amniótico. O líquido deve ser claro ou levemente turvo. A presença de mecônio ou um odor fétido pode indicar sofrimento fetal ou infecção e requer atenção imediata (WHO, 2018).
- **Monitoramento Fetal:** Após a amniotomia, monitore a frequência cardíaca fetal para detectar qualquer sinal de sofrimento fetal, como desacelerações variáveis ou tardias. Use um transdutor para monitoramento contínuo, se necessário.
- **Monitoramento Materno:** Continue monitorando os sinais vitais da mãe e observe qualquer alteração no trabalho de parto, como o aumento da intensidade das contrações.

- **Documentação:** Registre o procedimento no prontuário da paciente, incluindo a indicação para a amniotomia, os achados do líquido amniótico e qualquer mudança no status materno ou fetal após o procedimento.

### 3.6.3.1 Monitoramento Cardiofetal

O **monitoramento cardiofetal** é uma prática essencial para avaliar o bem-estar do feto durante o trabalho de parto. Ele pode ser realizado através de ausculta intermitente com um sonar fetal ou monitoramento eletrônico contínuo (cardiotocografia).

- **Valores de Referência do Batimento Cardiofetal:** O intervalo normal de frequência cardíaca fetal (FCF) durante o trabalho de parto é de **110 a 160 batimentos por minuto (bpm)** (ACOG, 2020). Valores fora desse intervalo podem indicar anormalidades que necessitam de avaliação adicional.

### 3.6.3.2 Bradicardia e Taquicardia:

- **Bradicardia:** A bradicardia é definida como uma frequência cardíaca fetal persistente abaixo de 110 bpm por mais de 10 minutos. Isso pode indicar comprometimento fetal e requer avaliação imediata e intervenção apropriada. As causas potenciais de bradicardia incluem compressão do cordão umbilical, hipotensão materna, hiperatividade uterina ou descolamento prematuro da placenta. Em caso de bradicardia, intervenções imediatas incluem mudar a posição da mãe para melhorar a perfusão placentária (por exemplo, posição lateral esquerda), administrar oxigênio à mãe, avaliar a possibilidade de compressão do cordão umbilical e, se necessário, considerar a administração de líquidos intravenosos ou tocolíticos para reduzir as contrações uterinas. Se a bradicardia persistir, uma cesárea de emergência pode ser necessária (WHO, 2018).
- **Taquicardia:** A taquicardia é definida como uma frequência cardíaca fetal persistente acima de 160 bpm por mais de 10 minutos. Pode ser um sinal de febre materna, infecção intrauterina (corioamnionite), hipoxemia fetal, ou uso de certos medicamentos. Em caso de taquicardia fetal, é importante avaliar a presença de febre materna, administrar antitérmicos conforme necessário, e considerar a administração de antibióticos se houver suspeita de infecção. A hidratação materna e o ajuste da posição da mãe também podem ser úteis. Se a taquicardia persistir ou houver sinais de comprometimento fetal, pode ser necessária uma intervenção obstétrica (ACOG, 2020).



### 3.6.3.3 Passo a passo para realizar o Monitoramento Cardíofetal com Sonar Fetal

O uso do sonar fetal para auscultar a frequência cardíaca fetal é uma prática comum em partos de baixo risco. Aqui está um guia passo a passo para realizar esse procedimento:

1. **Preparação do Equipamento e da Paciente:**
  - **Equipamento:** Verifique se o sonar fetal está em boas condições de funcionamento e que há gel condutor disponível.
  - **Explicação do Procedimento:** Explique o procedimento para a gestante e obtenha seu consentimento. Assegure-se de que ela está confortável e relaxada.
2. **Aplicação do Gel e Posicionamento do Transdutor:**
  - **Uso de Gel Condutor:** Aplique uma quantidade adequada de gel condutor no transdutor do sonar para melhorar a transmissão das ondas sonoras. Isso ajuda a captar os batimentos cardíacos fetais de forma mais clara.
  - **Localização do Ponto de Máxima Audibilidade:** Posicione o transdutor do sonar sobre o abdômen da gestante, geralmente abaixo do umbigo para uma apresentação cefálica, e mova-o lentamente até localizar o ponto onde o batimento cardíaco fetal é mais audível.
3. **Ausulta e Monitoramento:**
  - **Realização da Ausculta:** Uma vez localizado o batimento cardíaco fetal, ausculte por pelo menos 60 segundos para avaliar a frequência cardíaca fetal média. A frequência cardíaca fetal normal é de 110 a 160 bpm.
  - **Monitoramento regular:** Durante a fase ativa do trabalho de parto, o batimento cardíaco fetal deve ser auscultado a cada 15-30 minutos. Durante a fase expulsiva, a ausculta deve ser realizada a cada 5 minutos ou após cada contração (RCOG, 2019).
4. **Ações em Caso de Anormalidades Cardíacas:**
  - **Bradicardia (<110 bpm):** Se detectar bradicardia fetal, reposicione a mãe (por exemplo, para o lado esquerdo), administre oxigênio, e avalie a necessidade de intervenções adicionais, como a administração de fluidos intravenosos ou uma cesárea de emergência.
  - **Taquicardia (>160 bpm):** Se detectar taquicardia fetal, verifique se há sinais de febre materna ou infecção. Administre antitérmicos e considere o uso de antibióticos se necessário. Se a taquicardia persistir, avaliar a necessidade de intervenção obstétrica.

## 3.7 PARTO E NASCIMENTO

O parto é um processo fisiológico complexo e multifacetado que pode ocorrer de várias formas, dependendo das condições da mãe e do bebê. Existem três tipos principais de parto: parto normal (vaginal), parto cesáreo e partos assistidos, como fórceps ou vácuo-extrator. Cada tipo de parto tem

suas indicações, benefícios, e riscos específicos, e o manejo de complicações é crucial para garantir a segurança e o bem-estar da mãe e do bebê **【WHO, 2018】** .

### **3.7.1 Tipos de Parto: Parto Normal (Vaginal)**

O parto normal, também conhecido como parto vaginal, é o método mais natural e preferido para o nascimento, quando não há complicações que impeçam esse tipo de parto. Durante o parto vaginal, o bebê passa pelo canal de parto da mãe, envolvendo três estágios principais: dilatação, expulsão e dequitação da placenta. Este tipo de parto é associado a uma recuperação mais rápida para a mãe e menor risco de complicações respiratórias para o recém-nascido **【ACOG, 2020】** .

A dilatação é o primeiro estágio do parto normal, onde o colo do útero se dilata gradualmente até cerca de 10 centímetros para permitir a passagem do bebê. Este estágio pode durar de algumas horas a mais de um dia, dependendo de vários fatores, como se é o primeiro parto da mãe ou se há intervenções médicas em curso **【WHO, 2018】** . A assistência adequada durante esta fase é crucial para garantir que o processo de dilatação ocorra de maneira segura e eficiente.

O segundo estágio, o expulsivo, é quando o bebê desce pelo canal vaginal e nasce. Este estágio requer força de empurrão por parte da mãe, e a posição do bebê é um fator crítico. A posição cefálica (cabeça para baixo) é ideal para o parto vaginal, enquanto outras posições, como a posição pélvica (nádegas para baixo), podem complicar o parto e, muitas vezes, necessitam de assistência médica adicional ou até mesmo de uma cesariana **【RCOG, 2017】** .

Durante o parto vaginal, pode ocorrer a necessidade de uma episiotomia, que é uma incisão no períneo para ampliar o canal de parto e evitar lacerações graves. No entanto, a episiotomia não é mais realizada de rotina, sendo recomendada apenas em casos específicos para prevenir lacerações extensas ou complicações maiores **【NICE, 2014】**

A prática da episiotomia tem sido amplamente debatida e, atualmente, é recomendada apenas em situações específicas, como sofrimento fetal iminente ou parto operatório assistido (uso de fórceps ou vácuo-extrator), onde a rápida expulsão do bebê é necessária para evitar complicações. Vamos detalhar o processo de realização de uma episiotomia, quem pode realizar, e os cuidados necessários durante o procedimento.

### **3.7.2 A episiotomia**

Deve ser realizada por profissionais de saúde treinados, como obstetras, enfermeiros obstétricos, e médicos com experiência em partos. Estes profissionais devem ter conhecimento anatômico adequado, habilidades cirúrgicas e treinamento em procedimentos obstétricos para realizar a episiotomia de forma segura e eficaz **【ACOG, 2020】** .

A episiotomia não é realizada rotineiramente e só deve ser considerada em circunstâncias específicas, como:

- Sofrimento fetal, onde há necessidade de acelerar o parto.
- Parto operatório assistido (fórceps ou vácuo-extrator).
- Risco de lacerações perineais severas ou complicações que podem prejudicar o processo de parto **【NICE, 2014】** .

### 3.7.3 Passo a Passo de Como Realizar a Episiotomia

Os instrumentos necessários para realizar uma episiotomia incluem:

- **Tesoura de episiotomia** (tesoura de ponta romba curva ou reta).
- **Pinça anatômica.**
- **Gaze estéril.**
- **Solução antisséptica** (por exemplo, clorexidina).
- **Anestésico local** (por exemplo, lidocaína a 1%).
- **Sutura absorvível** (geralmente fio de ácido poliglicólico 3-0 ou 4-0) para o reparo do períneo **【ACOG, 2020】** .

A anestesia local é necessária para minimizar a dor e o desconforto durante o procedimento. A lidocaína a 1% é um anestésico local comumente utilizado. Antes da incisão, o anestésico é injetado no períneo, especificamente no local onde a episiotomia será realizada. Uma injeção em forma de “V” é administrada para anestésiar o tecido subcutâneo e o músculo bulbocavernoso, bloqueando as terminações nervosas sensoriais locais **【WHO, 2018】** .

Existem dois tipos principais de episiotomia com base na direção da incisão:

1. **Episiotomia mediana:** A incisão é realizada na linha média do períneo, em direção ao ânus. Este tipo é menos doloroso e tem uma cicatrização mais rápida, mas apresenta maior risco de extensão para o esfíncter anal e o reto.
2. **Episiotomia médio-lateral:** A incisão é realizada na linha média e depois desvia lateralmente em um ângulo de 45 graus em direção à nádega, evitando o esfíncter anal. Este tipo é preferido para minimizar o risco de laceração esfíncter anal ou retal e é a técnica mais recomendada na prática atual **【NICE, 2014】** .

#### 3.7.3.1 Técnica para Realizar a Episiotomia

1. **Preparação:** Verifique se todos os instrumentos e materiais estão esterilizados e prontos para uso. Posicione a paciente adequadamente na mesa de parto.
2. **Antissepsia:** Limpe a área perineal com solução antisséptica (como clorexidina) para reduzir o risco de infecção.

3. **Anestesia:** Administre lidocaína a 1% na área do períneo. Aguarde alguns minutos para que o anestésico faça efeito, garantindo que a paciente não sinta dor durante a incisão.
4. **Realização da Incisão:** Utilizando a tesoura de episiotomia, faça uma incisão de 2-3 cm no períneo, em direção ao lado escolhido (mediano ou mediolateral). Certifique-se de que a incisão seja suficiente para facilitar o parto, mas evite uma incisão excessivamente longa para minimizar o dano tecidual.
5. **Monitoramento:** Continue monitorando o progresso do parto. Assim que o bebê estiver nascendo, verifique se não há necessidade de extensão da episiotomia.
6. **Reparo da Episiotomia:** Após o nascimento e a dequitação da placenta, inspecione a área da episiotomia. Suture as camadas musculares e cutâneas usando uma sutura absorvível, como fio de ácido poliglicólico 3-0 ou 4-0. Garanta uma hemostasia adequada para evitar sangramento pós-procedimento **【ACOG, 2020】** .

Embora a episiotomia tenha sido anteriormente uma prática de rotina, seu uso agora é mais restrito a situações específicas para evitar riscos desnecessários e promover uma recuperação mais rápida e confortável para a paciente. A decisão de realizar uma episiotomia deve ser baseada em evidências clínicas sólidas e nas necessidades individuais da paciente, sempre priorizando a segurança e o bem-estar materno e neonatal **【NICE, 2014; ACOG, 2020】** .

As posições para o parto normal (vaginal) desempenham um papel fundamental no conforto da parturiente, na eficiência do trabalho de parto e no sucesso do parto. Diferentes posições podem ser adotadas ao longo das diferentes fases do trabalho de parto, e a escolha da posição ideal depende de vários fatores, incluindo a preferência da mulher, a fase do trabalho de parto, a condição clínica da mãe e do bebê, e a orientação dos profissionais de saúde. A seguir, apresento uma discussão ampliada sobre as várias posições para o parto vaginal, suas vantagens, desvantagens e indicações.

## 3.8 POSIÇÕES PARA O PARTO VAGINAL

### 3.8.1 Posição de Litotomia

A posição de litotomia é a mais comum em muitos hospitais. Nesta posição, a mulher está deitada de costas, com as pernas levantadas e apoiadas em suportes (perneiras).

#### **Vantagens:**

- Facilita o acesso do profissional de saúde ao períneo, o que é útil para procedimentos como a episiotomia ou o uso de fórceps e vácuo-extrator.
- Permite a fácil monitorização fetal e intervenções de emergência.

#### **Desvantagens:**

- Pode reduzir o diâmetro da pelve e limitar o espaço disponível para a descida do bebê.

- Pode levar a um maior risco de lacerações perineais e maior desconforto para a mãe devido à pressão sobre a região lombar e sacral.
- A posição horizontal pode diminuir a pressão arterial materna, afetando o fluxo sanguíneo uteroplacentário [ACOG, 2020] .

### 3.8.2 Posição De Cócoras (Agachada)

Na posição de cócoras, a mulher se agacha com os joelhos dobrados e os pés planos no chão ou em apoio. Esta posição pode ser facilitada por um banquinho de parto ou suportes de cócoras.

#### **Vantagens:**

- Maximiza o diâmetro da pelve, facilitando a descida e a rotação do bebê.
- A gravidade ajuda a empurrar o bebê para baixo.
- Reduz o risco de lacerações perineais e pode diminuir o tempo de empurrão durante o parto [Gupta et al., 2017] .

#### **Desvantagens:**

- Pode ser fisicamente exigente para a mulher manter por longos períodos, especialmente sem preparação física.
- Pode ser difícil monitorar o bebê ou realizar intervenções rapidamente, se necessário.

### 3.8.3 Posição Deitada Lateral (Decúbito Lateral)

A mulher deita de lado, geralmente com um travesseiro ou suporte entre os joelhos.

#### **Vantagens:**

- Confortável e fácil de manter por longos períodos, especialmente para mulheres que desejam evitar a pressão nas costas.
- Mantém um bom fluxo sanguíneo uteroplacentário e pode ajudar a prevenir hipotensão.
- Pode ser útil para retardar um parto muito rápido, dando tempo para o tecido perineal esticar gradualmente, reduzindo o risco de lacerações [ACOG, 2020] .

#### **Desvantagens:**

- A gravidade não ajuda diretamente na descida do bebê.
- Pode ser mais difícil para o profissional de saúde ter acesso ao períneo ou realizar intervenções.

### 3.8.4 Posição Sentada

**Descrição:** A mulher está sentada em uma cadeira de parto, bola de parto ou em uma cama ajustada, com os pés apoiados no chão ou em suportes.

#### **Vantagens:**

- A gravidade auxilia na descida do bebê, facilitando o trabalho de parto.
- Mais confortável e fácil de sustentar do que a posição de cócoras.
- Permite que a mulher participe ativamente no processo de parto, empurrando de forma mais eficaz.

**Desvantagens:**

- A posição pode ainda colocar alguma pressão na região sacral.
- Pode não ser ideal para todas as situações, como em casos de partos complicados ou onde é necessária uma intervenção médica rápida **【WHO, 2018】** .

### 3.8.5 Posição de Banheira ou Água

A mulher trabalha em uma banheira ou piscina de parto com água morna, o que proporciona um ambiente relaxante.

**Vantagens:**

- A água morna ajuda a relaxar os músculos e aliviar a dor durante o trabalho de parto.
- Pode reduzir a necessidade de anestesia e medicamentos para dor.
- Facilita a liberdade de movimento, permitindo que a mulher adote várias posições confortáveis durante o trabalho de parto **【Cluett & Burns, 2012】** .

**Desvantagens:**

- Pode ser difícil realizar intervenções médicas ou monitoramento fetal contínuo.
- Não é apropriada para todas as mulheres, especialmente aquelas com complicações médicas ou gravidezes de alto risco.

### 3.8.6 Posição de Gaskin (De Quatro)

A posição de Gaskin, também conhecida como posição "de quatro", é onde a mulher fica de joelhos e apoia as mãos ou os antebraços no chão, em uma cama ou em uma superfície plana. Esta posição permite que o peso da barriga seja suportado pelos joelhos e pelos braços, tirando a pressão da parte inferior das costas e do sacro. O nome "posição de Gaskin" é uma homenagem à parteira americana Ina May Gaskin, que popularizou o uso dessa posição em suas práticas obstétricas nos anos 70. Ela promoveu esta posição como uma forma eficaz de aliviar a dor durante o trabalho de parto e facilitar a descida do bebê, especialmente em situações de distócia de ombro **【Gaskin, 2003】** .

**Vantagens da Posição de Gaskin:**

- **Alívio da Dor nas Costas:** Esta posição é frequentemente recomendada para mulheres que experimentam dor intensa nas costas durante o trabalho de parto, pois ajuda a aliviar a pressão sobre a parte inferior das costas e a região sacral.



- **Facilitação da Rotação Fetal:** A posição de Gaskin pode ajudar a facilitar a rotação do bebê de uma posição occipito-posterior (onde o bebê está "olhando para cima") para uma posição occipito-anterior (onde o bebê está "olhando para baixo"), que é mais favorável para o parto vaginal.
- **Redução do Risco de Lacerações Perineais:** Como o peso da parte superior do corpo está distribuído nos joelhos e nas mãos, há menos pressão sobre o períneo, o que pode reduzir o risco de lacerações perineais graves **【Gupta et al., 2017】** .
- **Gravidade Auxilia na Descida:** Embora a gravidade não esteja diretamente puxando o bebê para baixo como em uma posição vertical, estar de quatro cria um ângulo que pode ajudar o bebê a descer mais facilmente pelo canal de parto.
- **Facilita o Parto em Casos de Distócia de Ombro:** A posição de Gaskin é especialmente útil em casos de distócia de ombro, uma emergência obstétrica onde os ombros do bebê ficam presos após a cabeça ter nascido. Ao virar a mulher para esta posição, os diâmetros pélvicos podem se expandir, facilitando a liberação do ombro preso **【Gaskin, 2003】** .

#### **Desvantagens da Posição de Gaskin:**

- **Difícil de Manter por Longos Períodos:** Para algumas mulheres, manter essa posição por um longo período pode ser fisicamente desgastante, especialmente se não houver suporte adequado para os braços e joelhos.
- **Monitoramento Fetal e Intervenções Médicas:** Pode ser mais difícil realizar o monitoramento fetal contínuo ou intervenções rápidas em emergências quando a mulher está de quatro. A posição pode limitar o acesso do profissional de saúde ao períneo e ao canal de parto.
- **Necessidade de Suporte Adequado:** A posição requer que a mulher tenha apoio nos joelhos e nas mãos, e nem todas as superfícies de parto são adequadas para manter esta posição confortavelmente por longos períodos **【ACOG, 2020】** .

#### **Indicações para o Uso da Posição de Gaskin:**

- Parto prolongado ou parada na progressão do trabalho de parto devido à posição fetal desfavorável.
- Dor intensa nas costas durante o trabalho de parto, sugerindo que o bebê possa estar em uma posição occipito-posterior.
- Distócia de ombro diagnosticada após o nascimento da cabeça do bebê.
- Desejo da parturiente por alívio da dor e maior conforto, especialmente se outras posições não estiverem funcionando **【RCOG, 2017】** .

A escolha da posição para o parto normal é altamente individualizada e deve considerar a segurança e o conforto da mulher, além das necessidades clínicas específicas de cada caso. Os profissionais de saúde devem estar preparados para apoiar as mulheres em suas escolhas, oferecendo orientação baseada em evidências e facilitando posições que maximizem o conforto e a segurança durante o trabalho de parto [ACOG, 2020; WHO, 2018] . Em todas as situações, a comunicação eficaz e o suporte contínuo são fundamentais para uma experiência de parto positiva e segura.

### 3.9 TIPOS DE PARTO - PARTO CESÁREO

O parto cesáreo é uma intervenção cirúrgica utilizada para o nascimento do bebê quando o parto vaginal não é seguro ou possível. Esta cirurgia envolve uma incisão no abdômen e no útero da mãe para extrair o bebê. As indicações para uma cesariana podem incluir descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, sofrimento fetal, posição anômala do feto, entre outras complicações [WHO, 2018] .

Embora o parto cesáreo seja uma intervenção que salva vidas, especialmente em situações de emergência, ele também está associado a maiores riscos de complicações para a mãe e o bebê em comparação com o parto vaginal. Entre os riscos para a mãe estão infecções, hemorragias, complicações anestésicas e recuperação pós-operatória prolongada. Para o bebê, os riscos incluem dificuldades respiratórias, principalmente quando o parto é realizado antes de 39 semanas de gestação sem indicação clara [ACOG, 2020] .

O aumento das taxas de cesariana em muitos países tem sido motivo de preocupação global, pois muitas dessas cirurgias são realizadas sem necessidade médica clara, expondo mães e bebês a riscos evitáveis. A Organização Mundial da Saúde recomenda que a taxa de cesarianas não ultrapasse 10-15% dos partos, pois acima desse percentual não há evidências de benefícios para a mortalidade materna e neonatal [WHO, 2015] .

#### 3.9.1 Tipos de Parto - Partos Assistidos

Os partos assistidos envolvem o uso de instrumentos, como fórceps ou vácuo-extrator, para ajudar a extrair o bebê durante o parto vaginal. Estes procedimentos são indicados em casos em que há dificuldade de expulsão do bebê, como em situações de exaustão materna, sofrimento fetal detectado ou quando o bebê está em uma posição anômala que impede a progressão natural do parto [RCOG, 2011] .

O uso de fórceps ou vácuo-extrator requer habilidades específicas do profissional de saúde para minimizar os riscos de traumas para a mãe e o bebê. Complicações possíveis incluem lacerações vaginais, lesões perineais graves, hemorragias e lesões fetais, como hematomas ou lesões nervosas.

No entanto, quando usados corretamente, esses instrumentos podem ser seguros e eficazes para prevenir complicações mais graves que poderiam ocorrer com um parto prolongado ou uma cesariana emergencial [(Johanson, R., Menon, V., 2000)].

Os partos assistidos com o uso de fórceps ou vácuo-extrator devem ser realizados por profissionais de saúde qualificados e treinados em obstetrícia, como obstetras, médicos com treinamento especializado em partos.

### 3.9.1.1 Diferença entre Fórceps e Vácuo-Extrator

#### 1. **Fórceps:**

- **Descrição:** O fórceps é um instrumento metálico que se assemelha a uma pinça grande com duas lâminas curvas que se encaixam ao redor da cabeça do bebê. Existem diferentes tipos de fórceps, como o Simpson, o Kjelland e o Piper, cada um projetado para diferentes situações obstétricas.
- **Indicação:** O uso do fórceps é indicado quando há necessidade de auxílio durante o parto, como em casos de exaustão materna, ausência de progresso no segundo estágio do trabalho de parto, sofrimento fetal que exige rápida conclusão do parto, e algumas apresentações fetais que não progridem facilmente no canal de parto. Também pode ser utilizado quando há contraindicações para o uso do vácuo-extrator, como em casos de prematuridade extrema ou quando há necessidade de controlar a rotação da cabeça do bebê.
- **Vantagens:** O fórceps permite um maior controle sobre a rotação e a tração da cabeça do bebê, o que pode ser especialmente útil em casos de distócia de ombro ou apresentações fetais mal posicionadas.
- **Desvantagens:** O uso de fórceps está associado a um maior risco de lesões maternas, como lacerações vaginais e perineais, e lesões fetais, como marcas de fórceps, cefalo-hematomas e, raramente, lesões nos nervos faciais ou craniano.

#### 2. **Vácuo-Extrator (Ventosa):**

- **Descrição:** O vácuo-extrator é um dispositivo que utiliza uma ventosa (geralmente de silicone ou metal) que é fixada no couro cabeludo do bebê. A ventosa é conectada a uma bomba de vácuo que cria sucção, permitindo que o profissional de saúde aplique tração na cabeça do bebê para facilitar o parto.
- **Indicação:** O vácuo-extrator é indicado em situações semelhantes às do uso do fórceps, como exaustão materna, ausência de progresso no segundo estágio do trabalho de parto e sofrimento fetal. É frequentemente preferido ao fórceps em casos de necessidade de menor manipulação e para evitar lesões na mãe e no bebê. No entanto, não é recomendado em

situações de prematuridade extrema, desproporção cefalopélvica, ou se a posição exata da cabeça do bebê não puder ser determinada.

- **Vantagens:** O vácuo-extrator é menos invasivo do que o fórceps e geralmente está associado a um menor risco de lacerações graves e traumas maternos. Também permite um parto assistido mais rápido, com menos necessidade de anestesia profunda.
- **Desvantagens:** O uso do vácuo-extrator pode causar hematomas no couro cabeludo do bebê (cefalo-hematomas) e, em casos raros, hemorragia intracraniana. Não deve ser utilizado se o bebê estiver em uma posição anômala que exija rotação, pois o vácuo-extrator não permite o controle rotacional como o fórceps.

### 3.9.1.2 Indicações para o Uso de Fórceps ou Vácuo-Extrator

O uso de fórceps ou vácuo-extrator deve ser cuidadosamente considerado com base nas condições da mãe e do bebê, na progressão do trabalho de parto e na experiência do profissional de saúde. As principais indicações incluem:

1. **Exaustão Materna:** Quando a parturiente está exausta e incapaz de continuar empurrando eficazmente, especialmente após um trabalho de parto prolongado.
2. **Ausência de Progresso no Segundo Estágio do Trabalho de Parto:** Quando a cabeça do bebê não desce adequadamente no canal de parto após um tempo adequado de tentativas de empurrar.
3. **Sofrimento Fetal:** Quando há sinais de sofrimento fetal, como desaceleração persistente da frequência cardíaca fetal, que exigem a rápida conclusão do parto para prevenir complicações fetais graves.
4. **Condições Maternas Específicas:** Em casos onde a mãe tem condições médicas que contraindicam empurrões prolongados ou intensos, como certas cardiopatias ou doenças respiratórias graves.
5. **Apresentação Fetal Anômala:** Quando o bebê está em uma posição que não permite a progressão natural pelo canal de parto, e há necessidade de manipulação instrumental para facilitar o parto seguro.

## 4 CONCLUSÃO

Apesar dos desafios, existem muitas oportunidades para o crescimento na área da enfermagem obstétrica. O aumento da demanda por cuidados obstétricos humanizados e centrados na mulher oferece oportunidades para o desenvolvimento de práticas inovadoras e baseadas em evidências. Estudos demonstram que a implementação de modelos de cuidado contínuo, onde os enfermeiros

obstétricos acompanham as mulheres ao longo de toda a gestação, resulta em melhores resultados para a saúde materna e neonatal.

## 5 RESOLUÇÃO DE CASOS CLINICO

**Caso clínico 1** - Carla é uma gestante de 28 anos, no segundo trimestre da sua primeira gravidez. Durante a consulta pré-natal, ela expressa preocupações sobre a frequência das consultas e exames recomendados, pois sente que já está saudável. Ela pergunta ao enfermeiro obstétrico se todas essas visitas e exames são realmente necessários. Por que o acompanhamento pré-natal regular é essencial, mesmo para gestantes que se sentem saudáveis?

- A) Para aumentar a ansiedade da gestante em relação à gravidez.
- B) Para monitorar a saúde da mãe e do feto, identificar precocemente condições de risco e promover intervenções preventivas.
- C) Para garantir que a gestante realize todos os exames médicos disponíveis, independentemente de sua necessidade.
- D) Para cumprir apenas com as exigências administrativas do sistema de saúde.

**Caso clínico 2** - Marta, uma gestante de 30 anos no segundo trimestre, foi aconselhada a iniciar a suplementação de ferro. Ela questiona a necessidade dessa suplementação, pois não apresenta sintomas de anemia e acredita que o ferro pode causar efeitos colaterais desagradáveis, como constipação. Qual é o principal motivo para a recomendação de suplementação de ferro a partir do segundo trimestre da gestação, mesmo para gestantes sem sintomas de anemia?

- A) Para prevenir deficiência de ferro e anemia ferropriva, que são comuns devido ao aumento da demanda de ferro durante a gestação.
- B) Para melhorar a qualidade do sono durante a gravidez.
- C) Porque é uma prática recomendada apenas em alguns países, sem consenso global.
- D) Para aumentar a energia da gestante para realizar mais atividades físicas.

**Caso clínico 3** - Maria, uma gestante de 28 anos, primigesta, chegou ao hospital com contrações regulares a cada 5 minutos, com duração de 60 segundos. Ao exame inicial, o toque vaginal revelou dilatação de 4 cm, com apagamento de 50%. O líquido amniótico estava claro, e a frequência cardíaca fetal era de 140 bpm. Maria está na fase ativa do trabalho de parto. Durante a monitorização contínua, após 4 horas, a dilatação não progrediu além de 5 cm, e as contrações começaram a espaçar para cada 7 minutos. O médico decidiu realizar uma amniotomia para tentar acelerar o trabalho de parto. Maria e sua família foram informadas dos riscos e benefícios, e o consentimento foi obtido. Após a amniotomia, as contrações de Maria se intensificaram, e a dilatação progrediu para 7 cm nas duas horas seguintes.



Diante do cenário apresentado, qual seria a conduta mais apropriada a ser adotada pela equipe de saúde para garantir a segurança e o bem-estar de Maria e do bebê?

- A) Continuar monitorando Maria sem intervenção adicional, já que o trabalho de parto agora está progredindo.
- B) Administrar ocitocina para aumentar a frequência e intensidade das contrações.
- C) Considerar uma cesariana devido à falta inicial de progressão do trabalho de parto.
- D) Realizar monitoramento fetal contínuo e avaliação regular do progresso do trabalho de parto, mantendo as intervenções mínimas até que haja indicação clara para novas ações.

**Caso clínico 4** - Joana, uma mulher de 35 anos, multípara, chega ao hospital em trabalho de parto espontâneo. Ela está com 39 semanas de gestação e teve um parto vaginal anterior sem complicações. Durante o exame inicial, é constatado que Joana está com 8 cm de dilatação e 100% de apagamento. As contrações estão regulares, ocorrendo a cada 2 minutos, com duração de 60 segundos. A equipe de saúde decide não intervir no momento, permitindo que o trabalho de parto prossiga naturalmente. No entanto, após 45 minutos, o monitoramento revela uma frequência cardíaca fetal de 105 bpm persistente por mais de 10 minutos, sugerindo bradicardia fetal. A equipe médica discute as possíveis intervenções com Joana e decide realizar uma avaliação adicional.

Qual é a intervenção mais apropriada a ser tomada pela equipe de saúde para garantir a segurança do feto e da mãe?

- A) continuar o monitoramento fetal e esperar mais 30 minutos para ver se a frequência cardíaca fetal retorna ao normal.
- B) Posicionar Joana em decúbito lateral esquerdo, administrar oxigênio suplementar e infundir fluidos intravenosos para melhorar a perfusão uteroplacentária.
- C) realizar imediatamente uma cesariana para evitar risco de sofrimento fetal prolongado.
- D) aplicar uma infusão de ocitocina para intensificar as contrações e acelerar o trabalho de parto.

## 5.1 RESPOSTAS CORRETA

**Caso clínico 1 - Letra:** (A). Para prevenir deficiência de ferro e anemia ferropriva, que são comuns devido ao aumento da demanda de ferro durante a gestação. **Justificativa:** A porque a suplementação de ferro é recomendada a partir do segundo trimestre para prevenir a deficiência de ferro e anemia ferropriva, condições comuns durante a gestação devido ao aumento da demanda de ferro para suportar o crescimento do feto e o aumento do volume sanguíneo materno. A anemia durante a gravidez está associada a riscos como parto prematuro, baixo peso ao nascer e complicações maternas, como hemorragia pós-parto (Ministério da Saúde, 2012; Petry et al., 2019).



**Caso clínico 2- Letra (C).** Para diagnosticar diabetes gestacional, que pode ocorrer mesmo em gestantes sem histórico prévio de problemas de glicose no sangue. **Justificativa:** O Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) é realizado entre 24 e 28 semanas para diagnosticar diabetes gestacional, uma condição que pode se desenvolver durante a gravidez mesmo em mulheres sem histórico de diabetes ou problemas com glicose no sangue. Portanto, o teste é uma medida preventiva importante para garantir a saúde da mãe e do bebê (Ministério da Saúde, 2020).

**Caso clínico 3 – letra (D). realizar monitoramento fetal contínuo e avaliação regular do progresso do trabalho de parto, mantendo as intervenções mínimas até que haja indicação clara para novas ações. Justificativa:** A conduta mais adequada de acordo com as diretrizes atuais sobre manejo do trabalho de parto ativo. Após a amniotomia, houve progresso na dilatação cervical de Maria, o que indica que o trabalho de parto está progredindo. Intervenções adicionais, como a administração de ocitocina ou a realização de uma cesariana, só devem ser consideradas se houver sinais de sofrimento fetal ou falha em progredir adequadamente, conforme recomendado pelo Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 2020) e pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018).

**Caso clínico 4 – letra (B). Posicionar Joana em decúbito lateral esquerdo, administrar oxigênio suplementar e infundir fluidos intravenosos para melhorar a perfusão uteroplacentária. Justificativa:** Quando se detecta bradicardia fetal persistente, a prioridade é melhorar a perfusão uteroplacentária e oxigenar o feto. Posicionar a mãe em decúbito lateral esquerdo pode ajudar a aliviar a compressão da veia cava inferior, aumentando o retorno venoso e melhorando o fluxo sanguíneo para o útero. A administração de oxigênio suplementar e fluidos intravenosos também pode ajudar a aumentar a oxigenação e a perfusão fetal. Esta abordagem é consistente com as diretrizes do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 2020) e da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018) sobre o manejo de emergências obstétricas.



## REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Immunization, Tdap. 2017.

CDC. Influenza vaccination: a summary for clinicians. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

GALE, C.; QUIGLEY, M. A.; PLACZEK, A.; KNIGHT, M.; LADHANI, S.; DRAPER, E. S.; SHARKEY, D. Antenatal COVID-19 vaccination and preterm birth. JAMA, v. 326, n. 19, p. 1907-1909, 2021.

MCINTYRE, H. D.; CATALANO, P.; ZHANG, C.; DESOYE, G.; MATHIESEN, E. R.; DAMM, P. Gestational diabetes mellitus. Nature Reviews Disease Primers, v. 5, n. 1, p. 47, 2019.

PETRY, N.; OLOFIN, I.; HURRELL, R. F.; BOY, E.; WIRTH, J. P.; MOURSI, M.; et al. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Pediatrics, v. 137, n. 2, p. e20154223, 2016.

UNICEF. Maternal and newborn health. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strategies to improve maternal health and reduce mortality. Geneva: WHO, 2020.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Practice Bulletin No. 205: Management of labor. Obstetrics & Gynecology, 2020. Disponível em: <https://www.acog.org>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de assistência ao parto normal: relatório de recomendações. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.saude.gov.br>.

GUPTA, J. K.; SOOD, A.; HOFMEYR, G. J.; VOGEL, J. P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com>.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Each Baby Counts: 2019 progress report. 2019. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk>.

GASKIN, I. M. Ina May's guide to childbirth. New York: Bantam Books, 2003.