



# Qualificação do *Cuidado Obstétrico*

Bruna de Oliveira Jochims  
Carolina Sturm Trindade  
Helena Terezinha Hubert Silva





Este e-book é produto da dissertação "Qualificação do cuidado obstétrico: curso de educação permanente em saúde", elaborada pela mestre **Bruna de Oliveira Jochims**. O trabalho foi desenvolvido no Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, Linha de Pesquisa: Integração Universidade, Serviço de Saúde e Comunidade, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

A orientação foi conduzida pela Profa. Dra. **Helena Terezinha Hubert Silva**, com coorientação da Profa. Dra. **Carolina Sturm Trindade**, entre os anos de 2021 e 2024.

#### Catálogo na Publicação

de Oliveira Jochims, Bruna  
Qualificação do Cuidado Obstétrico - E-book / Bruna  
de Oliveira Jochims. -- 2024.  
109 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.  
  
Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de  
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de  
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2024.  
  
Orientador(a): Helena Terezinha Hubert Silva ;  
coorientador(a): Carolina Sturm Trindade.  
  
1. Educação em Saúde. 2. Trabalho de Parto. 3.  
Educação Continuada. 4. Enfermagem Obstétrica. I. Título.

ISBN: 978-65-01-57530-8

# Sumário

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| <b><u>Capítulo 1: O parto</u></b> .....               | 6  |
| <i><u>Anatomia feminina: noções básicas</u></i> ..... | 8  |
| Anatomia feminina.....                                | 9  |
| Sistema reprodutor.....                               | 9  |
| Pelve óssea - cintura pélvica.....                    | 11 |
| Articulações.....                                     | 12 |
| Ligamentos.....                                       | 13 |
| Ligamentos uterinos.....                              | 13 |
| Músculos.....                                         | 14 |
| Assoalho pélvico.....                                 | 15 |
| Referências.....                                      | 16 |
| <i><u>Principais hormônios do parto</u></i> .....     | 18 |
| Progesterona.....                                     | 20 |
| Estrogênio.....                                       | 20 |
| Relaxina.....                                         | 21 |
| Cortisol.....                                         | 21 |
| Prostaglandina.....                                   | 22 |
| Ocitocina.....                                        | 23 |
| $\beta$ endorfinas.....                               | 25 |
| Adrenalina.....                                       | 25 |
| Referências.....                                      | 28 |
| <i><u>Períodos clínicos do parto</u></i> .....        | 29 |
| 1.Dilatação.....                                      | 35 |
| 2.Expulsivo.....                                      | 46 |

## Sumário

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 3. Dequitação.....              | 48 |
| 4. Primeira hora pós parto..... | 50 |
| Referências.....                | 53 |

### **Capítulo 2: Boas práticas de assistência ao trabalho de parto.....**

54

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| <i>A história do parto e a humanização do nascimento.....</i> | 56 |
|---------------------------------------------------------------|----|

|                  |    |
|------------------|----|
| Referências..... | 61 |
|------------------|----|

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Boas práticas de assistência ao trabalho de parto e intervenções em obstetrícia.....</i> | 62 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| Primeiro período clínico do parto: dilatação..... | 66 |
|---------------------------------------------------|----|

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| Segundo período clínico do parto: expulsivo..... | 73 |
|--------------------------------------------------|----|

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Terceiro período clínico do parto: dequitação..... | 79 |
|----------------------------------------------------|----|

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Quarto período clínico do parto: primeira hora pós parto..... | 82 |
|---------------------------------------------------------------|----|

|                  |    |
|------------------|----|
| Referências..... | 85 |
|------------------|----|

### **Capítulo 3: Métodos não farmacológicos para alívio da dor.....**

86

|                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Entendendo a dor do parto e os métodos não farmacológicos para alívio da dor.....</i> | 88 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                  |    |
|------------------|----|
| Referências..... | 92 |
|------------------|----|



# Sumário

|                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| <u>Métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD)</u> ..... | 93  |
| Técnicas de respiração.....                                        | 94  |
| Massagem.....                                                      | 95  |
| Movimentação.....                                                  | 96  |
| Bola.....                                                          | 98  |
| Cavalinho.....                                                     | 99  |
| Hidroterapia.....                                                  | 100 |
| Terapias térmicas.....                                             | 101 |
| Musicoterapia.....                                                 | 102 |
| Aromaterapia.....                                                  | 102 |
| Cromoterapia.....                                                  | 104 |
| Acupuntura e acupressão.....                                       | 105 |
| Referências.....                                                   | 108 |

Ao longo do curso, você perceberá a utilização de alguns elementos figurados, ou seja, símbolos que vão indicar situações importantes:



**Atenção!**



**Reflita!**



**Resumo!**



# Capítulo 1:

## *O Parto*



### **EMENTA:**

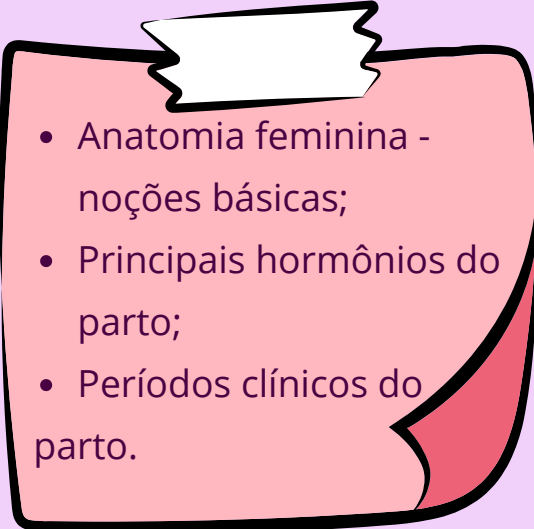
Esta UE aborda a anatomia básica do aparelho reprodutor feminino, principais hormônios envolvidos no parto e a fisiologia do trabalho de parto.

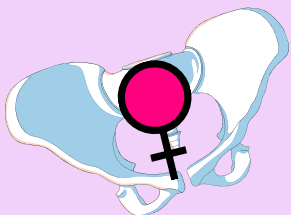
### **OBJETIVOS:**

Espera-se que ao final desta UE, os cursistas sejam capazes de:

- Conhecer a atuação dos hormônios no parto;
- Conhecer os períodos clínicos do parto e as fases do trabalho de parto;
- Reconhecer comportamentos esperados em cada fase do trabalho de parto;

### **Conteúdo Programático:**

- 
- Anatomia feminina - noções básicas;
  - Principais hormônios do parto;
  - Períodos clínicos do parto.



# Anatomia Feminina: Noções básicas



# Anatomia Feminina

Aqui apresentaremos de forma breve os elementos que constituem a anatomia feminina, para que possamos entender todas as estruturas que estão relacionadas ao parto.

A anatomia feminina é constituída por:

Sistema reprodutor

Articulações

Músculos

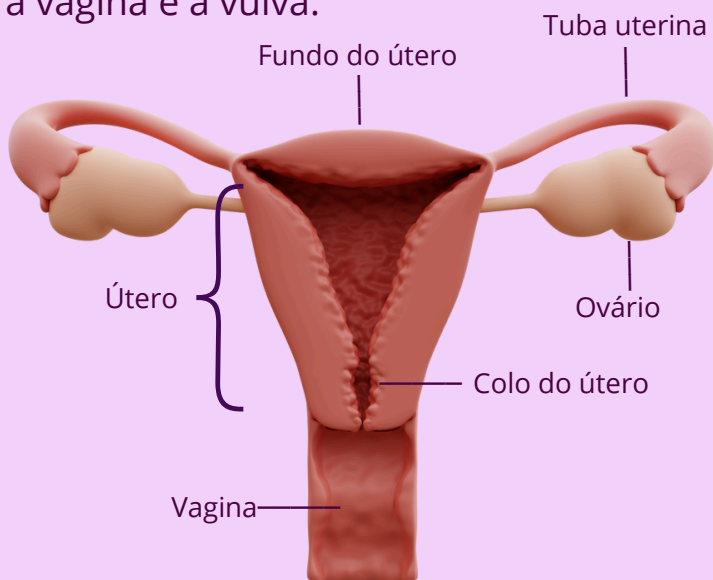
Pelve óssea

Ligamentos

Assoalho pélvico

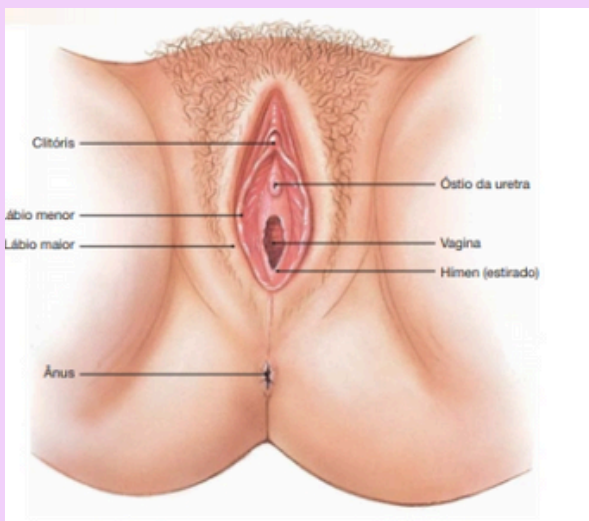
## Sistema reprodutor

O sistema ou aparelho reprodutor feminino é composto pelo útero, por duas tubas uterinas, dois ovários, a vagina e a vulva.



# Órgãos Reprodutores

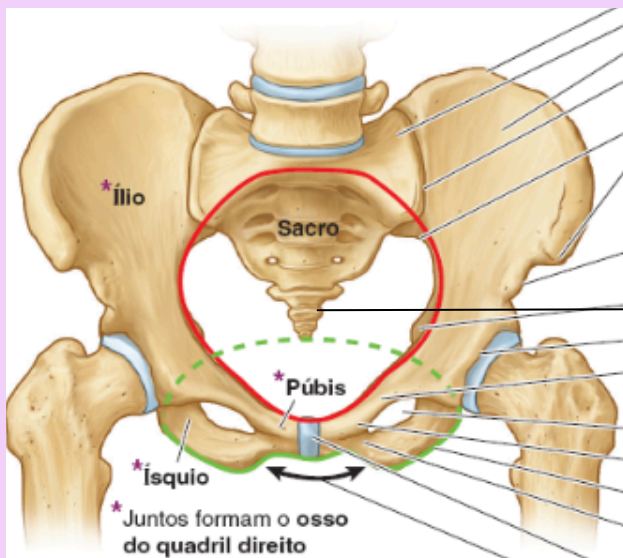
A vagina se refere à parte interna do órgão, enquanto vulva se refere à parte externa



Fonte: SILVERTHORN, 2017

## Pelve Óssea - Cintura Pélvica

A pelve óssea é formado pelos ossos íleo, ísquios, sacro, púbis e cóccix, que junto formam a cintura pélvica. A cintura pélvica possui a função de **sustentabilidade e proteção**.



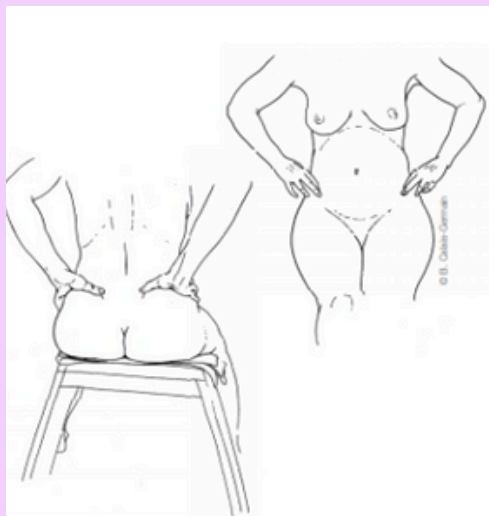
COCCIX

Fonte: MOORE, DALLEY, AGUR., 2018

# Pelve Óssea - Cintura Pélvica

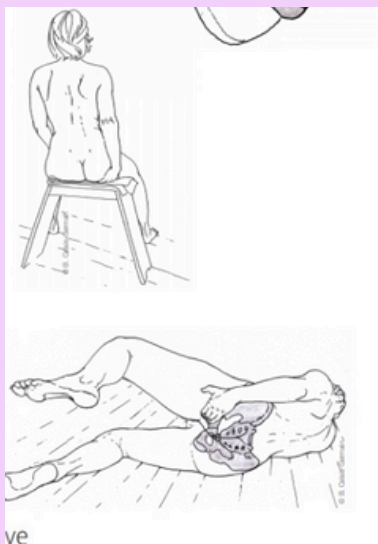
É possível realizar a palpação dos ossos da cintura pélvica através dos seguintes exercícios:

## Palpação do Ílio



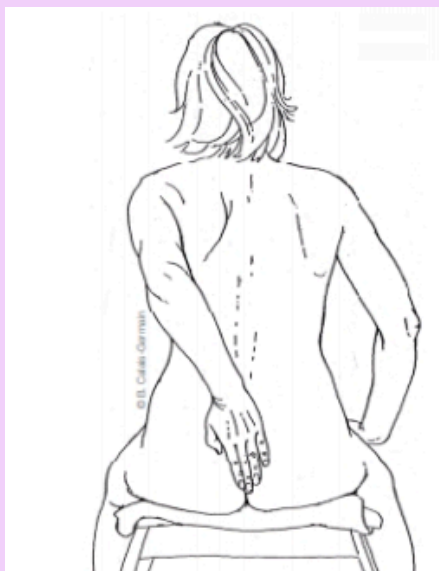
Fonte: CALAIS-GERMAN, 2013

## Palpação do Isquio



Fonte: CALAIS-GERMAN, 2013

## Palpação do Sacro



Fonte: CALAIS-GERMAN, 2013

## Palpação do Púbis



Fonte: CALAIS-GERMAN, 2013

## Palpação do Coccix



Fonte: CALAIS-GERMAN, 2013

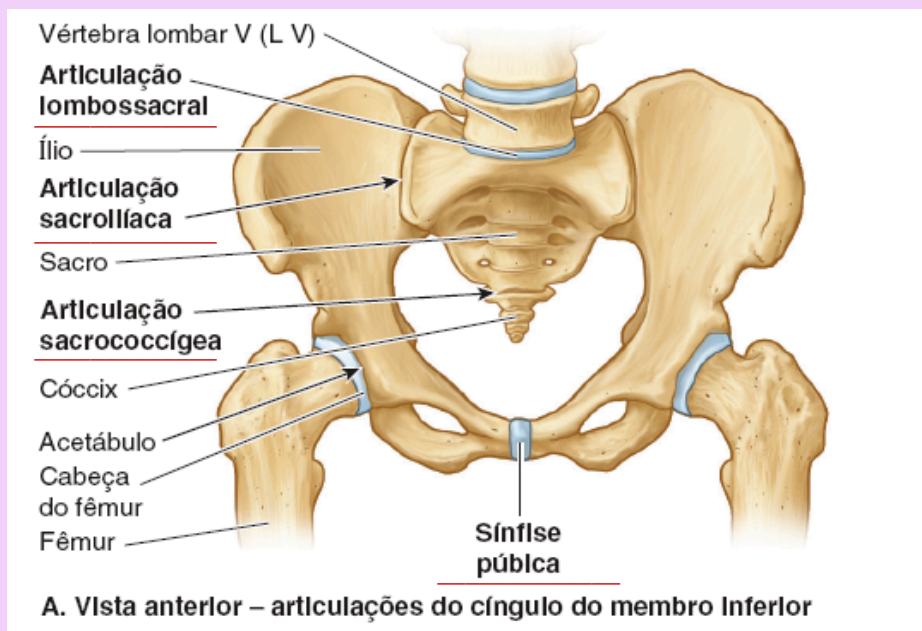
# Articulações

As articulações são estruturas que ligam um osso a outro;

Possuem função de **conexão** entre os ossos e **mobilidade**;

São classificadas em 4 articulações principais:

- Lombossacra: localizada entre a última vértebra lombar e o início do sacro;
- Sacroilíaca: localizada entre o íleo e o sacro;
- Sacrococcígea: localizada entre o sacro e o cóccix;
- Sínfise púbica: localizada entre os dois ossos púbicos, na parte frontal da pelve.



Fonte: MOORE, DALLEY, AGUR, 2018

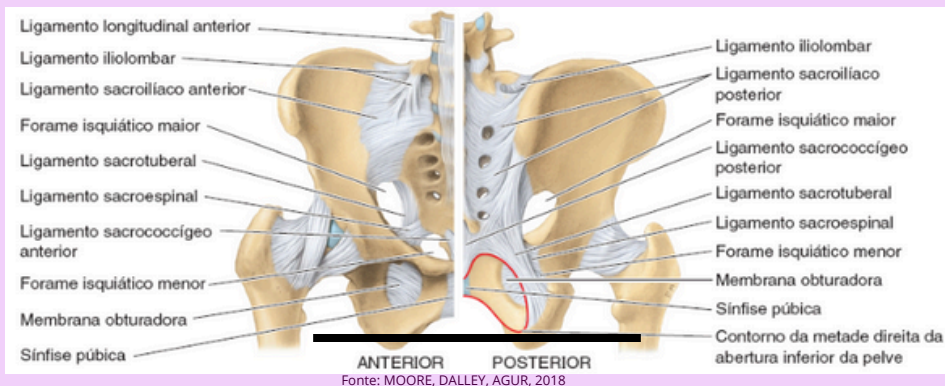


# Ligamentos

Os ligamentos são estruturas muito **resistentes** e **pouco elásticas**, que conectam um osso a outro

Possuem função de **estabilidade**: previne rotação máxima de determinada estrutura.

Existem diversos ligamentos na pelve óssea, por isso é importante entender a sua função de um modo geral.



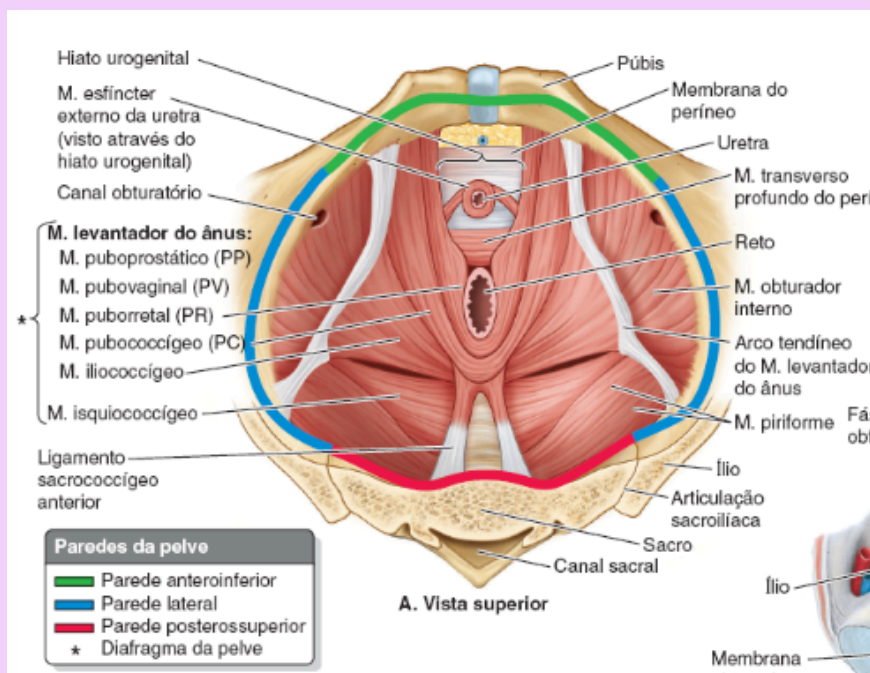
## Ligamentos Uterinos

Os ligamentos uterinos são um grupo específico de ligamentos que possuem a função de **estabilizar** o útero dentro da cavidade pélvica. Os ligamentos uterinos possuem origem no útero e se conectam a estruturas pélvicas, como parede abdominal e ossos.

Os ligamentos uterinos são:

- Ligamento largo;
- Ligamento redondo;
- Ligamento uterossacral;
- Ligamento cardinal;
- Ligamento útero-ovárico.





Fonte: MOORE, DALLEY, AGUR, 2018

## Assoalho Pélvico

O assoalho pélvico é composto pelos órgãos situados na região inferior do abdome que fazem parte dos aparelhos **digestivo, urinário, reprodutor**.

O assoalho pélvico possui como base músculos que possuem função de **sustentação** para essas estruturas.

# E por quê isso é importante?



Todas essas estruturas trabalham em conjunto para um parto fisiológico!

Ou seja, quando o corpo se prepara para o parto, não é somente sobre a dilatação do colo do útero aumentar, e sim sobre todas estas estruturas estarem preparadas.

O bebê precisa atravessar a pelve óssea e os músculos, além disso, os ligamentos e articulações precisam estar flexíveis e alongadas dentro de suas possibilidades!

## Pense...

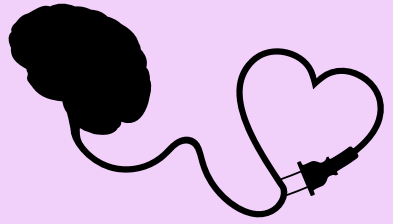


Como a assistência que prestamos à nossa paciente pode contribuir com a anatomia para o momento do parto?

Qual a importância da movimentação e liberdade de posição para o processo de nascimento?

# Referências

- BAGGISH, Michael S. **Atlas de Anatomia Pélvica e Cirurgia Ginecológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Grupo GEN, 2017. 1365p.
- MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M R. **Anatomia Orientada para Clínica, 8ª edição**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Grupo GEN, 2018. 1064p.
- SILVA, Carlos Henrique M.; LARANJEIRA, Cláudia Lourdes S.; OSANAN, Gabriel C. **Manual SOGIMIG - Assistência ao parto e puerpério**. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2019. 433p.
- SILVERTHORN, Dee U. **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Grupo A, 2017. 933p.
- WHO recommendations: **intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018



# Principais hormônios do Parto



Nesta unidade veremos os principais hormônios do parto e suas funções. Além das questões anatômicas vistas anteriormente, como ossos, articulações, ligamentos e músculos, os hormônios desempenham papel fundamental no início e manutenção do trabalho de parto. Ou seja, para o trabalho de parto evoluir, é necessário que todas essas estruturas funcionem em sintonia.

## Progesterona

A progesterona é um hormônio esteroide sexual produzido nos ovários;

A sua concentração se mantém constante até próximo ao termo da gestação, quando, então, diminui;

- **Ação:**

- Promove o desenvolvimento dos alvéolos das mamas;

- Inibe contratilidade uterina.

## Estrogênio

O estrogênio é um hormônio esteroide sexual, produzido nos ovários;

Ao contrário da progesterona, o estrogênio aumenta sua concentração principalmente próximo ao termo.

- **Ação:**

- Aumento do útero e das mamas;

- Aumento da genitália externa da mãe;

- Estimula a contratilidade uterina.



# Relaxina

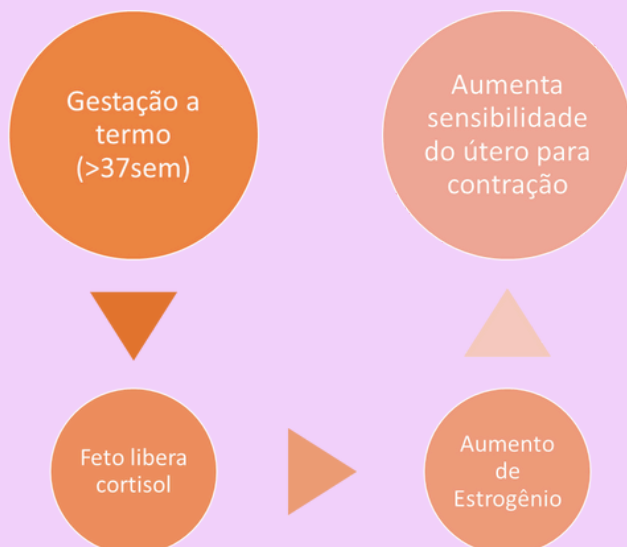
A relaxina é um hormônio produzido pelos ovários e placenta;

- **Ação:**
  - Amolecimento de ligamentos e articulações pélvicas para o parto;
  - Relaxamento do útero permitindo sua expansão.

# Cortisol

O cortisol é produzido no córtex suprarrenal;  
É conhecido como o hormônio do estresse, e é liberado devido distensão uterina significativa próximo ao termo;

- **Ação:**



# Prostaglandinas

As prostaglandinas são moléculas lipídicas com ação semelhante a hormônios, liberadas pelo útero em decorrência da ação do estrogênio;

- **Ação:**

- Provocam amolecimento, apagamento e dilatação do colo uterino no início do parto;

- Permitem a contração sincronizada do útero através da formações de ligações entre as células musculares;

- Aumentam a contratilidade uterina.



Pode ser utilizada como medicamento para **indução do parto**



## Ação durante todo o trabalho de parto:



Colo uterino:  
amolecimento,  
apagamento e  
dilatação

Útero: contrações

Moléculas  
com várias  
ações tipo  
hormonais

# Ocitocina

A ocitocina é produzida pelo hipotálamo e secretado pela neurohipófise;

É popularmente conhecida como "hormônio do amor".

Fatores que interferem na liberação de ocitocina:

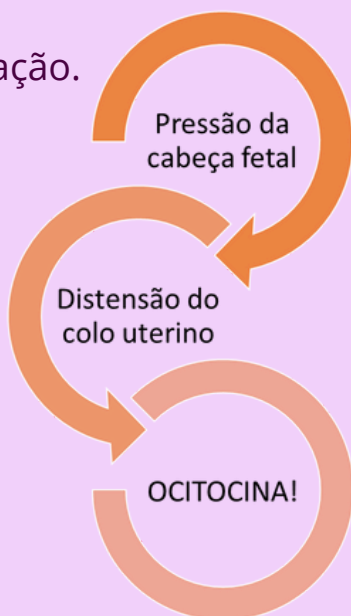
| ESTIMULANTES          | INIBIDORES |
|-----------------------|------------|
| Sensação de segurança | Adrenalina |
| Afeto                 | Estresse   |
| Alegria               | Ansiedade  |
| Amor                  | Medo       |
| Prazer                | Ameaça     |

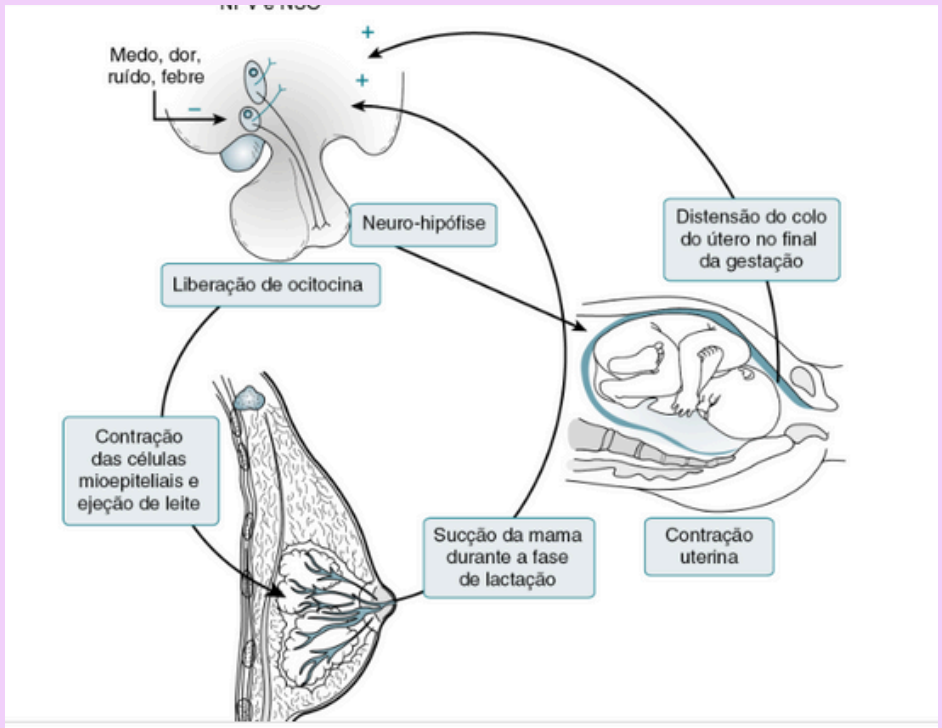
- **Ação:**

- Estimula contrações uterinas;
- Descida do leite na amamentação.

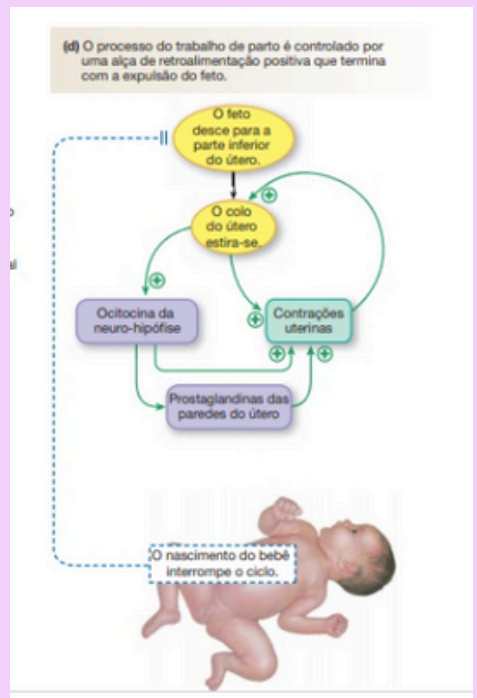
- **REFLEXO DE FERGUSON:**

Aumento nos níveis de ocitocina no período expulsivo (nascimento) devido a pressão da cabeça fetal no períneo!





Fonte: MOLINA, 2021



Fonte: SILVERTHORN, 2017

## $\beta$ endorfinas

As  $\beta$  endorfinas são peptídeos opioides endógenos produzidos pela adenohipófise;

- **Ação:**
  - Analgesia;
  - Neuromodulação: modulação da dor e do humor.

## Adrenalina

A adrenalina é um hormônio produzido na medula suprarrenal.

- **Ação:**
  - Resposta de luta e fuga;
  - Resposta a situações de estresse, violência física e psicológica, lesão traumática ou experiência desagradável.
- Efeitos:
  - Estado de alerta, dilatação das pupilas, sudorese, dilatação brônquica, taquicardia, inibição da atividade do músculo liso (ÚTERO)

=

**INIBE OCITOCINA**

=

**PAUSA NAS CONTRAÇÕES**



# E por quê isso é importante?

Para que o parto ocorra, precisamos que nosso corpo e nossos hormônios estejam em sintonia, pois cada hormônio tem o seu papel e importa!



- **Progesterona:** inibe contrações uterinas;
- **Estrogênio:** aumenta no final da gestação, estimula contrações uterinas;
- **Relaxina:** relaxamento dos ligamentos e articulações pélvicas;
- **Cortisol:** hormônio do estresse, liberado pelo feto que aumenta a sensibilidade do útero para contração;
- **Prostaglandina:** amolecimento, apagamento e dilatação do colo uterino e contrações uterinas;
- **Ocitocina:** feedback positivo no parto, contrações uterinas e descida do leite;
- **$\beta$  Endorfinas:** modulação da dor, analgésico endógeno;
- **Adrenalina:** resposta luta e fuga, situações de estresse e medo, inibem a ocitocina;



- Como a nossa assistência impacta a produção hormonal da mulheres durante o parto?
- O que podemos fazer para melhorar?
- Por que a ambiência é importante?



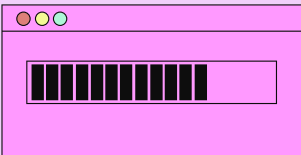
# Referências

- BAGGISH, Michael S. **Atlas de Anatomia Pélvica e Cirurgia Ginecológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Grupo GEN, 2017. 1365p.
- CUNNINGHAM, F G. **Obstetrícia de Williams**. Porto Alegre: Artmed. Grupo A, 2021. 1274p.
- COSTANZO, Linda. **Fisiologia**. [Digite o Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Grupo GEN, 2018. 486p.
- HALL, John E.; GUYTON, Arthur C. Guyton & Hall Fundamentos de Fisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Grupo GEN, 2017. 1176p.
- MOLINA, Patricia E. **Fisiologia Endócrina**. Porto Alegre: Artmed. Grupo A, 2021. 294p.
- MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M R. **Anatomia Orientada para Clínica**, 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Grupo GEN, 2018. 1064p.
- SILVA, Carlos Henrique M.; LARANJEIRA, Cláudia Lourdes S.; OSANAN, Gabriel C. **Manual SOGIMIG - Assistência ao parto e puerpério**. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2019. 433p.
- SILVERTHORN, Dee U. **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Artmed. Grupo A, 2017. 933p.
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018



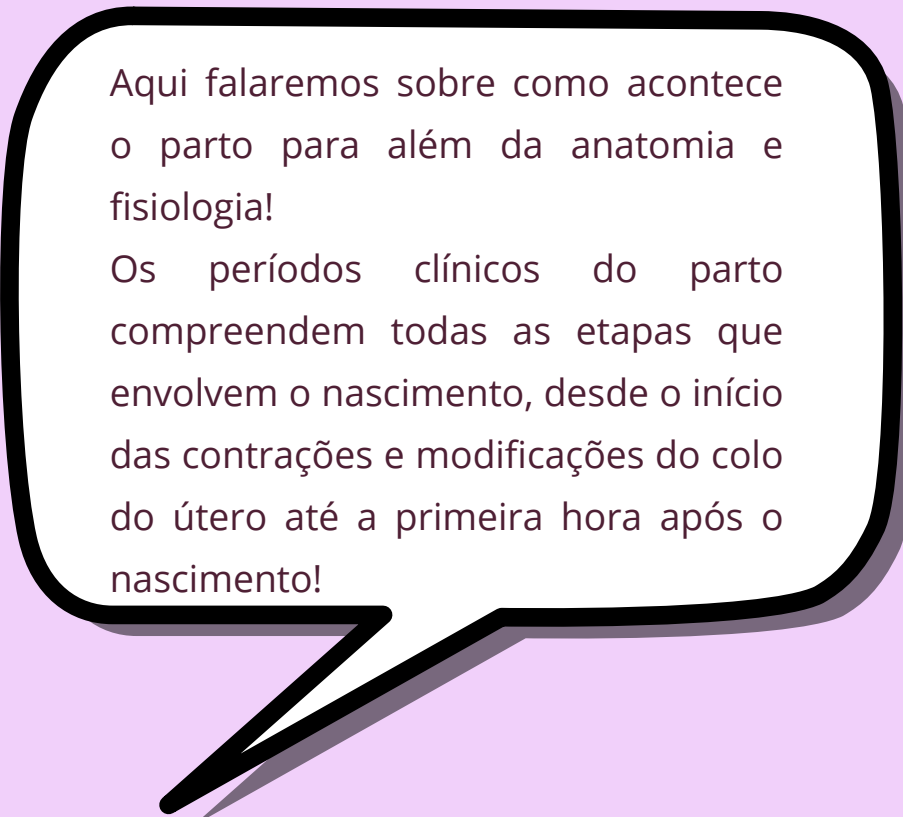


# Períodos Clínicos do Parto



Loading





Aqui falaremos sobre como acontece o parto para além da anatomia e fisiologia!

Os períodos clínicos do parto compreendem todas as etapas que envolvem o nascimento, desde o início das contrações e modificações do colo do útero até a primeira hora após o nascimento!

O parto é composto por **4 períodos clínicos**, sendo eles:

1. Dilatação

2. Período  
Expulsivo

3.  
Dequitação

4. Primeira  
hora pós  
parto



Mas, antes de falarmos sobre os períodos clínicos do parto, algumas situações podem preceder o trabalho de parto, especialmente as seguintes: perda do **tampão mucoso**, **ruptura prematura das membranas ovulares (RUPREMA)**, também conhecida por “bolsa da rota” e os **pródromos do trabalho de parto**.

## Tampão mucoso

O tampão mucoso é uma substância gelatinosa, produzida durante a gestação, que fica no orifício do colo do útero.

Sua finalidade é criar uma barreira protetora para o ambiente intrauterino.

A eliminação do tampão mucoso está relacionada a modificações do colo, ou seja, o **colo do útero está se preparando para o parto!**

O tampão mucoso pode ser eliminado dias antes ou até mesmo no dia do parto;



- O tampão mucoso pode ser eliminado em maior ou menor quantidade;
- Pode ser claro (amarelado), com raias de sangue ou amarronzado.



Fonte: arquivo pessoal.



Fonte: arquivo pessoal.

# RUPREMA (ruptura prematura de membranas ovulares)

Consideramos RUPREMA quando as membranas ovulares se rompem antes do início do trabalho de parto;

Em geral, o parto se inicia nas próximas horas após a ruptura.

Quando há a ruptura da bolsa, é necessário realizar avaliação do bem estar fetal. Também é importante analisar a cor do líquido amniótico: se é **claro** ou **esverdeado** (meconial);



- O ideal é que seja um **líquido claro**.

- Nem sempre quando a bolsa rompe, a perda líquida é em grande quantidade: caso a bolsa estoure mais para cima (ruptura alta) , a perda líquida pode ser aos poucos.

## Pródromos

Outra situação que pode ocorrer antes do trabalho de parto se estabelecer de fato, são os **pródromos**.

Por isso é importante entendermos a diferença dos pródromos e do trabalho de parto verdadeiro.



| PRÓDROMOS                                           | TRABALHO DE PARTO                                     |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Contrações irregulares                              | Contrações em intervalos regulares                    |
| Intensidade variável                                | Contrações com intensidade crescente                  |
| Algum grau de apagamento                            | Dores predominantemente na região sacral              |
| Dores abdominais                                    |                                                       |
| Esvaecimento e dilatação, se presentes, não evoluem | Esvaecimento e dilatação progressivos do colo uterino |



Ou seja, o **trabalho de parto** acaba em nascimento, enquanto os pródromos precedem o trabalho de parto, podendo inclusive cessar e durar dias.

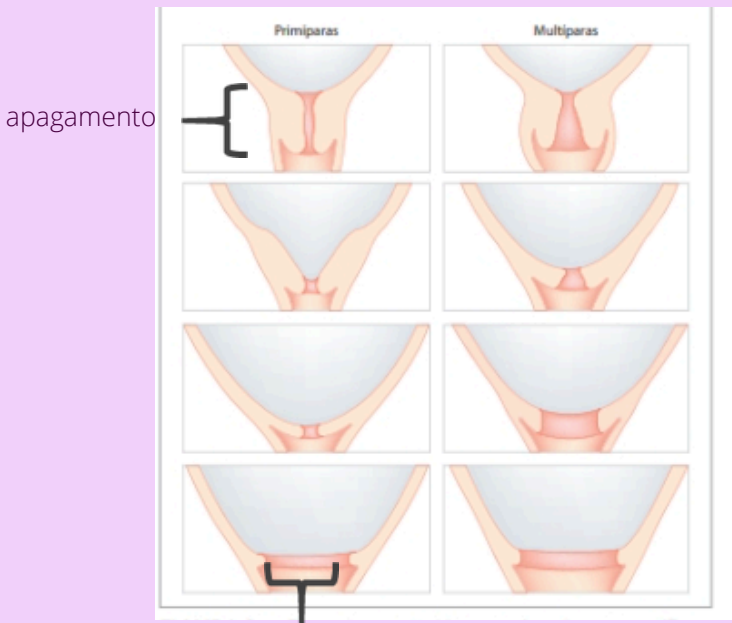
# 1. Dilatação

A fase da dilatação compreende o **início do trabalho de parto** até a **dilatação cervical completa** (10cm), sendo dividida em duas fases: fase latente e fase ativa.

## Modificações do colo

Durante o trabalho de parto, o colo uterino passa por 2 tipos de modificações:

- **Apagamento/esvaecimento:** Processo de "afinamento" do colo, reduzindo a sua espessura.
- **Dilatação:** Processo de abertura do colo, que vai de fechado até 10cm (dilatação completa), onde não se é sente mais o colo do útero ao realizar exame de toque.

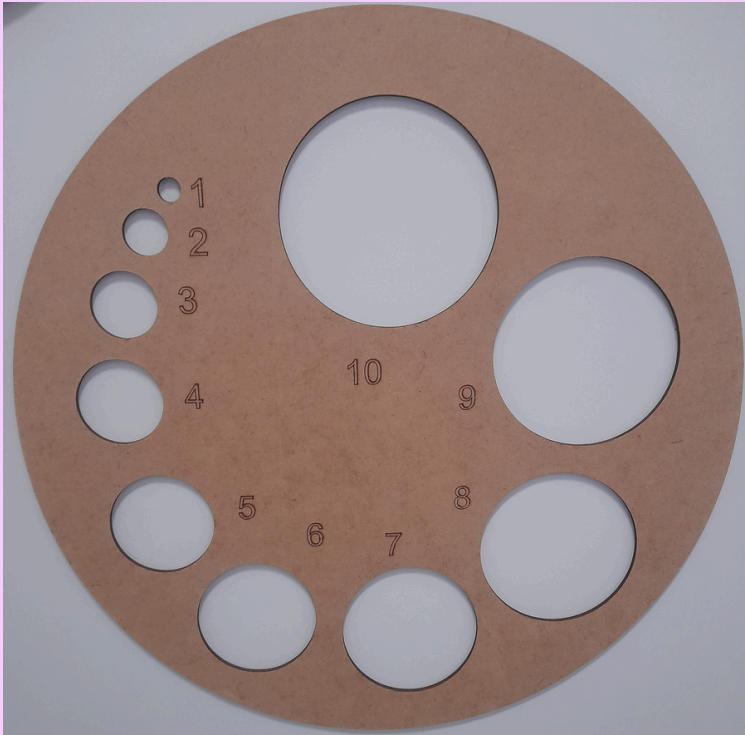


dilatação

Fonte: ZUGAIB, FRANCISCO, 2019

# Dilatação do colo do útero

Protótipo de dilatação de colo uterina medida em centímetros:



Fonte: arquivo pessoal



# Fases do trabalho de parto



| FASE LATENTE                         | FASE ATIVA                                |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| Contrações uterinas dolorosas        | Contrações uterinas dolorosas e regulares |
| Alterações variáveis do colo uterino | Alterações substanciais do colo uterino   |
| Algum grau de apagamento             | Apagamento e progressão mais rápidos      |
| Progressão mais lenta                |                                           |
| Dilatação até 5cm                    | Dilatação a partir de 5cm                 |

\*Os valores considerados para dilatação cervical podem variar de acordo com a bibliografia.

## Fase Latente



Durante essa fase mais inicial do trabalho de parto, a parte cerebral do **neocórtex** está ativa, ou seja, a parte do cérebro responsável pela parte "**racional**".

Nesta fase, a mulher ainda consegue **conversar**, realizar tarefas entre uma contração e outra;

Nessa etapa ainda é possível realizar **alguma orientação**.



Nessa fase é importante que a mulher realize atividades que lhe dão prazer (**aumento de ocitocina**, lembram?):



comer algo gostoso, caminhar, descansar, assistir um filme, estar com pessoas que gosta.

## Fase Ativa



Nessa fase do trabalho de parto, a parte cerebral do **neocórtex** está **desativada**, ou seja, o "cérebro racional" da parturiente está "inoperante". Ou seja, ela já não consegue mais dialogar e racionalizar tão bem. Nessa etapa, entra em ação nosso "**córtex primitivo**", que é o nosso cérebro **primata, mamífero**.



A mulher entra na famosa "**partolândia**", um **estado de conexão profunda com seu corpo e seu bebê**. Nessa fase é comum haver vocalização, introspecção e rejeição ao toque físico (ou mesmo massagem ou afeto). Nesse momento é comum buscar um ambiente calmo, silencioso, com luz amena e seguro. Tal qual fazem os mamíferos na hora de parir seus filhotes. Somos mamíferos, não é mesmo? Nesse momento, quanto *menos interferência externa* houver, melhor. Não é uma boa hora para conversar ou levantar questionamentos. É importante **deixar a mulher se conectar**.

Porém...



Apesar da dilatação do colo do útero e das contrações serem importantes, **saber como o feto está posicionado no útero materno**, também é importante, pois através dessas informações poderemos entender melhor o trabalho de parto.

Pois dependendo de como este feto está no útero, o trabalho de parto pode ser mais fluído ou pode ser um pouco mais demorado. Ou seja, alguns bebês podem demorar um pouquinho mais para se adaptar ao espaços disponíveis!

Isso poderá impactar também em nossa assistência.

O estudo da relação do feto com o útero materno, damos o nome de **estática fetal**.

## Estática fetal

A estática fetal é a interação entre o **feto** e o **útero materno**, que pode ser classificada de acordo com quatro etapas:

Atitude

Apresentação

Situação

Posição

# Estática fetal: Atitude fetal

A atitude fetal é a relação das partes do feto entre si. É a maneira do feto se adaptar ao espaço uterino.

Geralmente, os fetos assumem um atitude fletida, ou seja, o feto assume a posição de cabeça e membros inferiores levemente fletidos e coluna arqueada para fora, formando uma "bolinha".



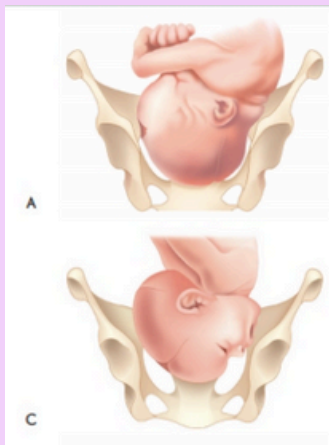
Atitude fetal fletida



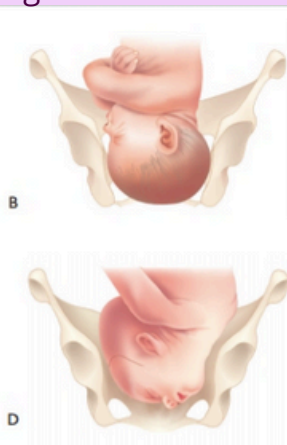
Fonte: ZUGAIB, 2015

Porém, o feto pode assumir outros graus de flexão da cabeça fetal, podendo ficar fletido (mais comum), ou apresentar graus distintos de deflexão, o que aumenta o diâmetro da cabeça fetal na pelve materna e pode influenciar no tempo de nascimento.

Atitude fetal fletida



Atitude fetal defletida  
grau I - BREGMA



Fonte: ZUGAIB, FRANCISCO 2015

Atitude fetal defletida  
grau II - FRONTE

Atitude fetal defletida  
grau III - FACE

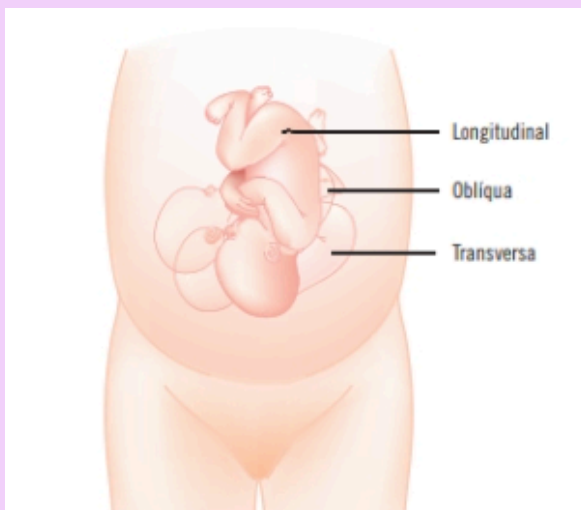
# Estática fetal: Situação fetal

A situação fetal é a relação entre o maior eixo do feto (coluna fetal) com o maior eixo do útero (coluna materna), ou seja, é a relação entre a coluna do feto e a coluna materna.



A situação fetal pode ser classificada em três tipos:

- **Longitudinal:** quando a coluna do feto está alinhado a coluna materna;
- **Oblíqua:** quando a coluna do feto está inclinada referente ao eixo da coluna materna;
- **Transversa:** quando a coluna fetal atravessada a coluna materna.



## Estática fetal: Apresentação fetal

A apresentação fetal é a parte do feto que se encontra primeiro na bacia materna, ou seja, a parte fetal que **nascerá primeiro**.

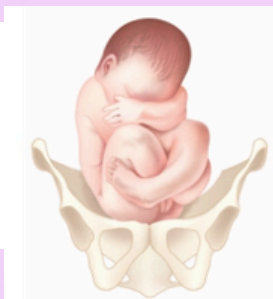
O feto pode se apresentar de forma cefálica (cabeça), pélvica (pés ou nádegas) e córmica (ombros).

Cefálica



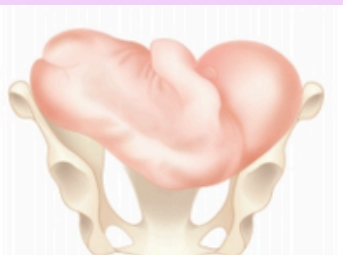
Fonte: ZUGAIB, FRANCISCO 2015

Pélvica



Fonte: ZUGAIB, FRANCISCO 2015

Córmica (ombros)



Fonte: ZUGAIB, FRANCISCO 2015

## Estática fetal: Posição fetal

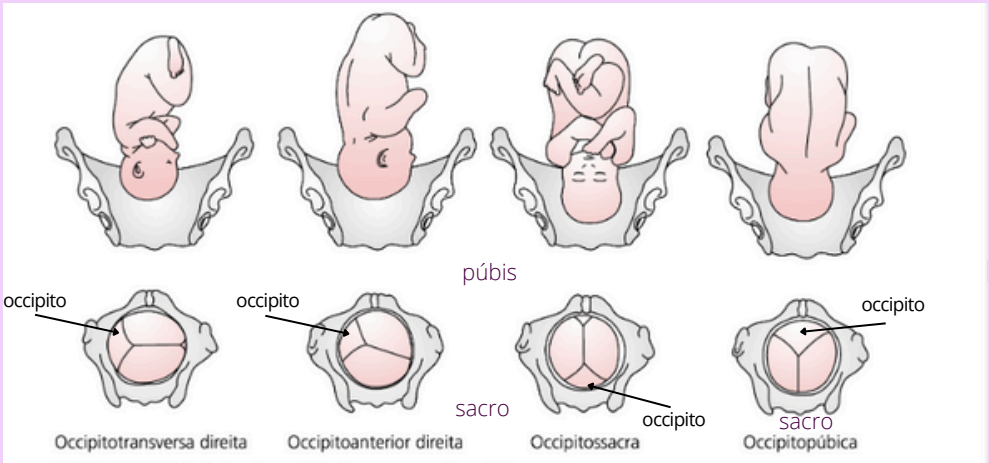
A posição fetal é maneira como o corpo e a cabeça do feto estão alinhados na pelve materna.

Durante o trabalho de parto e parto, é natural que o feto vá se movimentando, vá girando e mudando a posição da cabeça em relação a pelve materna, isto ocorre para que o feto adapte-se aos diâmetros disponíveis em cada parte da pelve óssea.

A referência da cabeça fetal é o occipito (parte de trás da cabeça) e a referência da pelve materna é o osso sacro (posterior) e osso púbico (anterior).



Fonte: arquivo pessoal.



Fonte: adaptado de MARTINS-COSTA, 2017

# Além disso...

Você se lembra do tópico sobre anatomia feminina?

Agora veremos porque é importante entendermos todas as estruturas envolvidas no parto, pois é através dessas estruturas que o bebê se movimenta para nascer!

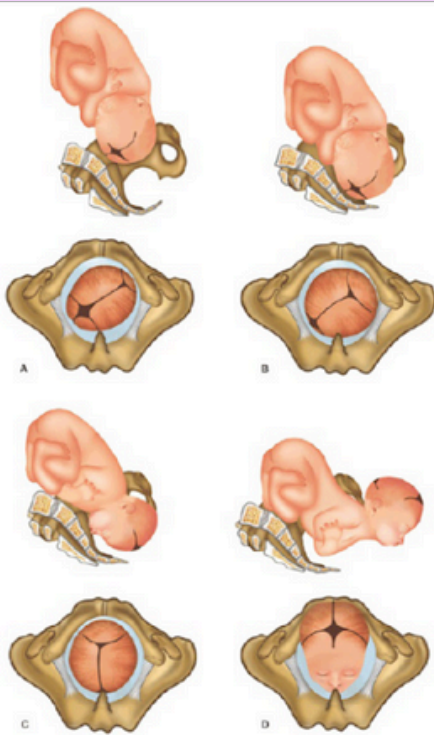
## Mecanismo do parto

O mecanismo de parto é uma série de **movimentos** que o feto realiza para se **adaptar a passagem no canal vaginal** para o nascimento. Os movimentos ocorrem sincronizados, isto é, não ocorrem necessariamente de maneira isolada.

É composto por 6 movimentos:

- 1. insinuação:** a apresentação fetal se encaixa no estreito superior da pelve materna;
- 2. descida ou progressão:** a força das contrações faz com que o feto avance pelo canal de parto;
- 3. rotação interna:** a cabeça do feto gira em direção ao maior diâmetro da pelve (antero-posterior), facilitando o nascimento;
- 4. desprendimento da cabeça:** a cabeça do feto passa pelo púbis;
- 5. rotação externa:** a cabeça do feto retorna à posição original para alinhar-se aos ombros;
- 6. desprendimento dos ombros:** passagem dos ombros do feto, seguido pelo desprendimento do corpo.



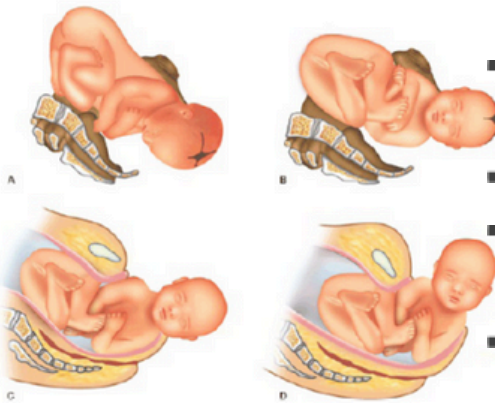


Insinuação, flexão e descida

Rotação interna e desprendimento cefálico

**Figura 13.5** ■ Mecanismo do parto em posição occípito-esquerda-anterior (OEA). A e B. Insinuação, pelo diâmetro oblíquo esquerdo da bacia, flexão e descida. C e D. Rotação para posição occítoposterior; completa-se a descida e ocorre o desprendimento cefálico.

Fonte: MONTENEGRO, 2014.



Rotação externa

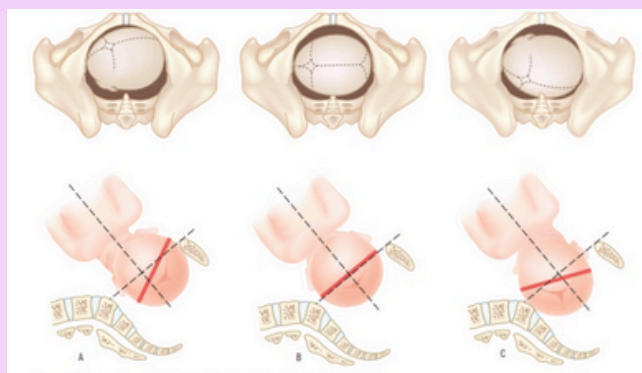
Desprendimento dos ombros

**Figura 13.6** ■ Mecanismo do parto em posição occípito-esquerda-anterior. A e B. Movimento de restituição da cabeça ou rotação externa. C e D. Desprendimento do ombro anterior e do posterior, respectivamente.

Fonte: MONTENEGRO, 2014.

Em alguns casos, os bebês podem se insinuar, ou seja, entrar na pelve, com a cabeça inclinada em direção ao ombro, ou seja, o feto entra na pelve materna com a cabeça inclinada para um dos lados, o que pode dificultar um pouco o nascimento. Esse evento se chama **assinclitismo**.

Esses bebês podem demorar um pouco mais para descer pelo canal de parto, e existem exercícios e posições que podem auxiliar nesse reposicionamento.



Fonte: ZUGAIB, FRANCISCO 2019



## 2. Expulsivo

O período expulsivo compreende o intervalo de tempo entre a dilatação completa com puxos e o desprendimento do feto.

O expulsivo pode ter duração variável, sempre dependendo do bem estar fetal, da paridade da mulher e presença de analgesia também pode influenciar.



Fonte: SILVA, LARANJEIRA, OSANAN, 2019



Esse período é caracterizado pela presença dos "puxos involuntários", que é a vontade que a mulher apresenta de fazer força devido a pressão da cabeça (ou apresentação) fetal no períneo.



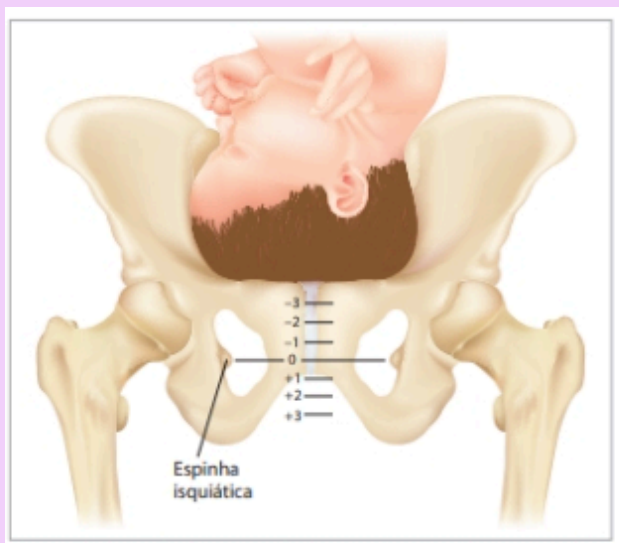
**REFLEXO DE FERGUSON,  
lembram?**

Porém, a **dilatação completa não significa necessariamente que o bebê está nascendo**, para isso, é preciso que o feto desça pela pelve materna.

Um sinal de que o feto desceu pela pelve é a presença de **puxos involuntários**, ou seja, quando a mãe sente vontade incontrolável de fazer força e podemos ouvir a vocalização de "empurrar" "**ããããããããã**";

- Isso significa que a cabeça do feto está exercendo pressão sobre o assoalho pélvico da mãe, comumente é nessa hora que vemos o **períneo distender**.

A avaliação da descida fetal na pelve é realizada através dos **planos de De Lee**, onde, através do toque vaginal, é possível avaliar em qual altura da pelve se encontra a cabeça fetal. O ponto **zero** do plano é a região onde se encontram as espinhas isquiáticas, sendo o ponto mais estreito da bacia materna.

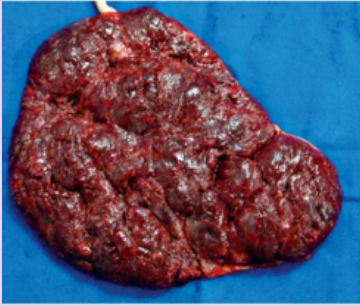


Fonte: ZUGAIB, 2019

### 3. Dequitação

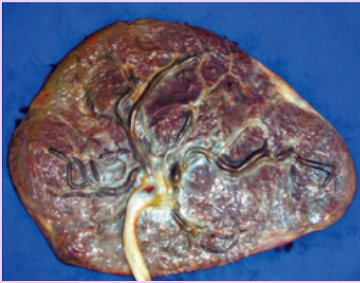
A dequitação é o período que compreende desde o nascimento do bebê até a expulsão da placenta.

A placenta é um órgão formado durante a gestação com a finalidade de nutrir o feto e é composta por duas faces: a face materna e a face fetal. Além disso, as membranas da placenta dão origem à bolsa amniótica, ou bolsa das águas, compartimento que envolve o feto, protegendo-o do ambiente externo e o mantendo aquecido.



Fonte: ZUGAIB, 2015

**Face materna:** fica em contato com o útero



Fonte: ZUGAIB, 2015

**Face fetal:** fica em contato com o feto, local onde o cordão umbilical está inserido



Fonte: ZUGAIB, 2015

**Bolsa amniótica**

## 4. Primeira hora pós parto

Período que compreende a primeira hora após o desprendimento da placenta. Normalmente, nesse período ocorre a revisão do canal vaginal para verificar a presença de lesões (lacerações).

As lacerações são classificadas de acordo com a sua extensão, podendo ser classificadas em primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau.

### 1º grau:

atinge pele e mucosa

### 3º grau:

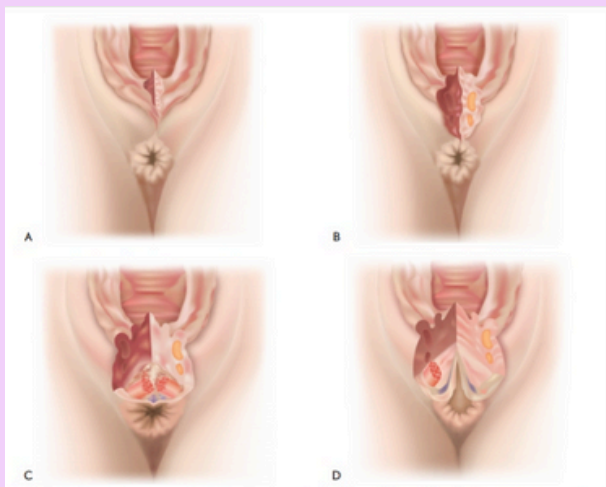
atinge pele, mucosa, músculo e esfíncter anal

### 2º grau:

atinge pele, mucosa e músculo

### 4º grau:

atinge pele, mucosa, músculo, esfíncter anal e reto



Fonte:ZUGAIB, FRANCISCO, 2019

Porém, nem toda laceração precisa ser suturada, alguns fatores influenciam nessa decisão, por exemplo: presença de sangramento ou não, distorção da anatomia da região, entre outros.

Lacerações mais extensas, como as de 3º e 4º graus, que atingem esfíncter anal, podem necessitar de avaliação complementar do proctologista.

Nesse período também é importante avaliar os sinais vitais e bem estar materno: frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura, coloração das mucosas, bem estar geral e sangramento. É muito importante avaliar a contração uterina através da palpação do **Globo de Segurança de Pinard**, que é o fundo do útero palpável em formato globoso após o nascimento.



## **Períodos Clínicos do Parto:**

### **1 - Dilatação:** fase LATENTE x ATIVA;

- *Estática fetal*: como o feto se relaciona com a pelve materna;
- *Mecanismo do parto*: como o feto atravessa a pelve;

### **2 - Expulsivo:** presença de puxos involuntários até desprendimento fetal;

- *Planos de De Lee*: relação da cabeça fetal na pelve materna;

### **3 - Dequitação da placenta:** do nascimento até saída da placenta;

- Parte Materna x Fetal;
- Órgão formado para nutrir o feto durante a gestação;

### **4 - Primeira hora pós parto:**

- Verificar presença de lacerações perineais;
- Verificar sinais vitais + contração uterina (*globo de segurança de Pinard*).



# Referências

- MARTINS-COSTA, Sérgio. **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed. Grupo A, 2017.
- MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. Rezende obstetrícia fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2014.
- REIS, Lenice Gnocchi da Costa. Eventos adversos durante o trabalho de parto e o parto em serviços obstétricos: desenvolvimento e aplicação de método de detecção. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fiocruz. 2012.
- SILVA, C.H.M.; LARANJEIRA, C.L.S.; OSANAN, G.C. **Manual SOGIMIG** - Assistência ao parto e puerpério. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2019.
- WHO recommendations: **intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018
- ZUGAIB, Marcelo; FRANCISCO, Rossana Pulcineli V. **Zugaib obstetrícia** 4a ed. Sao Paulo: Editora Manole, 2019
- ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia básica**. São Paulo: Editora Manole, 2015.



## Capítulo 2:

# *Boas Práticas de Assistencia ao Trabalho de Parto*



## **EMENTA:**

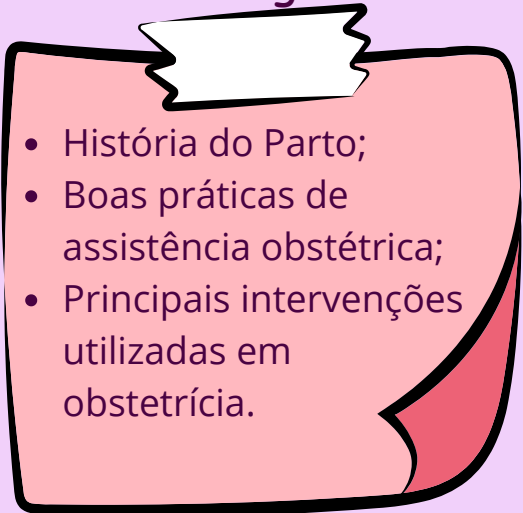
Esta UE integra as principais evidências científicas ao cuidado obstétrico de qualidade. Aborda a história do parto, de como era assistido antigamente até os tempos atuais. Através desta UE será possível perceber que a assistência prestada tem impacto na qualidade do cuidado e no desfecho obstétrico.

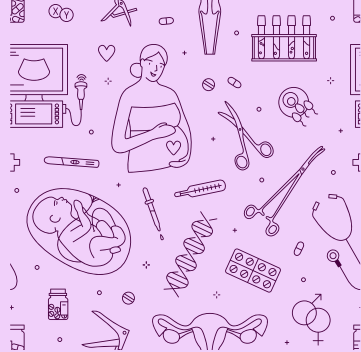
## **OBJETIVOS:**

Espera-se que ao final desta UE, os cursistas sejam capazes de:

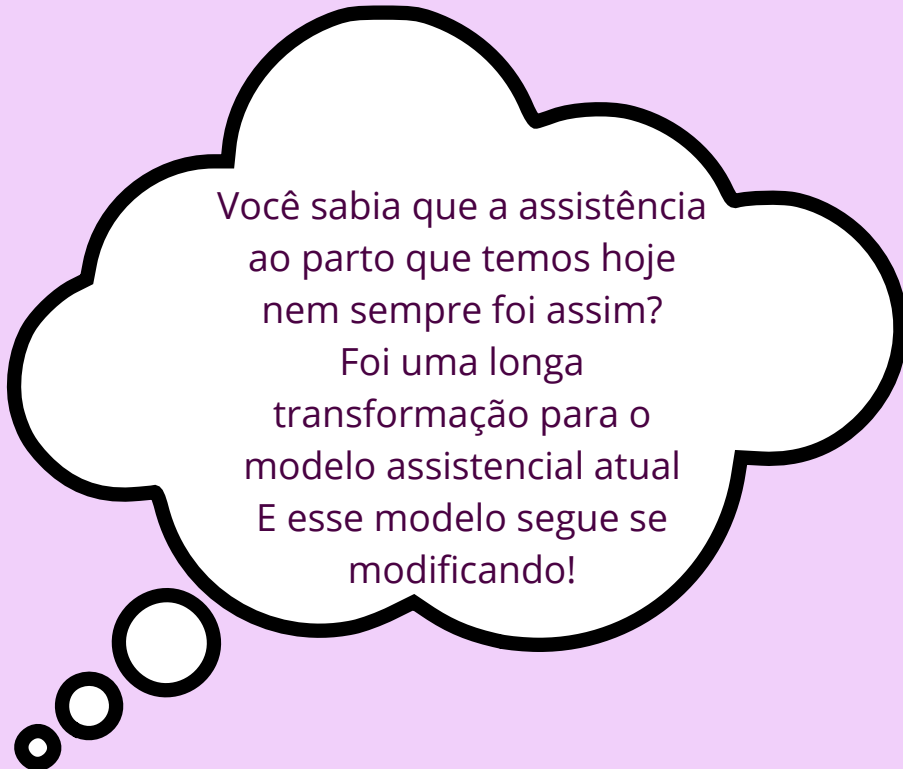
- Reconhecer na literatura científica o que são as boas práticas de assistência ao parto;
- Identificar as intervenções utilizadas em obstetrícia e suas indicações.

## **Conteúdo Programático:**

- 
- História do Parto;
  - Boas práticas de assistência obstétrica;
  - Principais intervenções utilizadas em obstetrícia.



## 56



Você sabia que a assistência  
ao parto que temos hoje  
nem sempre foi assim?  
Foi uma longa  
transformação para o  
modelo assistencial atual  
E esse modelo segue se  
modificando!

Históricamente, o parto era considerado um evento familiar, de cunho íntimo e privado, que ocorria em ambiente domiciliar, assistido por parteiras, que eram mulheres que cuidavam de outras mulheres.



No início do século XX, surgiram as primeiras políticas de saúde, incluindo iniciativas para **reduzir a taxa de morbimortalidade materna e neonatal**. Porém, atrelado a isso, o parto se tornou cada vez mais a ser um evento medicalizado: passou do domicílio para o ambiente hospitalar, tendo como foco o profissional. A mulher deixou de ser a protagonista do seu parto, tomando um lugar mais passivo, enquanto o profissional se tornou o detentor do saber.

O avanço da obstetrícia contribuiu para a redução para a redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal, em contrapartida, se concretizou um modelo de assistência que expõe mulheres a altas taxas de intervenções, que deveriam ter seu uso criterioso.

Contudo, no final do século XX, por volta de 1990, iniciaram movimentos pela **Humanização do Parto e Nascimento**.

**2000:** criado a PHPN - *Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento*: que tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos;

**2003:** criado a PNH: *Política Nacional de Humanização*: visa aprimorar a qualidade da atenção à saúde e garantir os direitos dos usuários, promovendo a participação cidadã e a integração entre gestores, trabalhadores e usuários

**2011:** *Rede Cegonha*: visa garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para mulheres e crianças durante a gravidez, parto, puerpério e nos primeiros anos de vida.

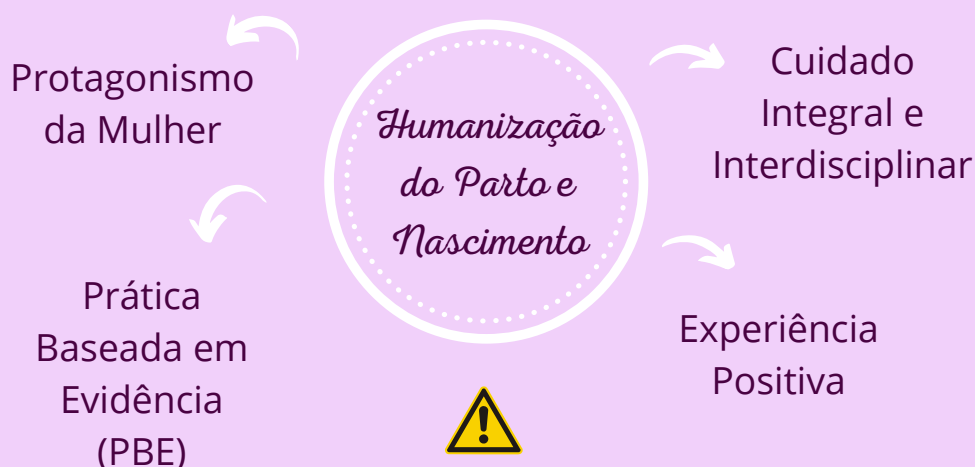
**2017:** *Apice On*: estratégia de indução e articulação de ações visando a qualificação de serviços, tornando-os referência nas melhores práticas de atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal.

**2024:** *Rede Alyne*: visa reestruturar a Rede Cegonha, com enfoque na redução da mortalidade materna.



Tais estratégias visam qualificar a assistência prestada, buscando a promover a humanização do cuidado.

Quando se fala em humanização de parto e nascimento, é necessário lembrar de seus pilares:



**Protagonismo da mulher:** a mulher como agente ativo e principal no seu parto;

**Cuidado integral e interdisciplinar:** diferentes profissões trabalhando em conjunto em prol da melhor assistência possível;

**Prática baseada em evidência:** dispor de um atendimento baseado em condutas que possuem seu uso respaldado pela ciência;

**Experiência positiva:** relacionada à satisfação da mulher com o atendimento e processo de parturição.



# Referências

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** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014

SILVA, Fernanda et al. **“Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX**. Saude e sociedade, v. 28, p. 171-184, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1459, de 24 de junho de 2011**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 5350, de 13 de setembro de 2024. Estabelece diretrizes para a organização e o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Folheto explicativo. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 569, de 1º de junho de 2000**. Aprova as Diretrizes para a Organização da Rede de Serviços de Atenção à Saúde da Mulher, com ênfase na Atenção ao Pré-natal e ao Parto.



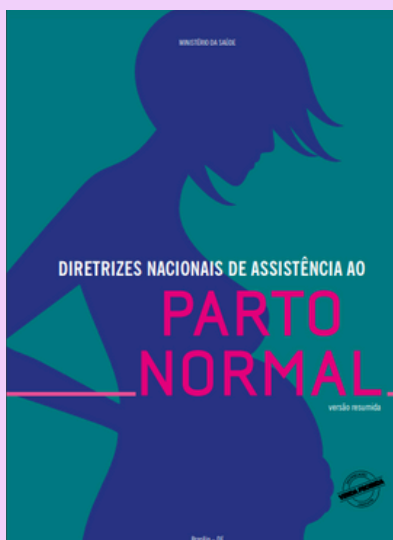
# Boas práticas de assistência ao trabalho de parto e intervenções em obstetrícia



Oi pessoal!

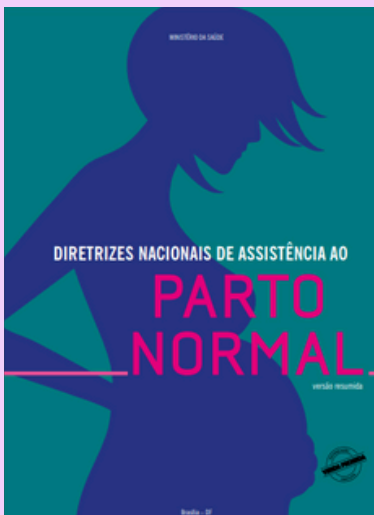
Aqui vamos falar sobre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto, incluindo o uso criterioso das principais intervenções em obstetrícia!

Quando falamos em boas práticas de assistência, temos diversos documentos, artigos e guias, mas existem dois documentos que podemos utilizar de guias universais.

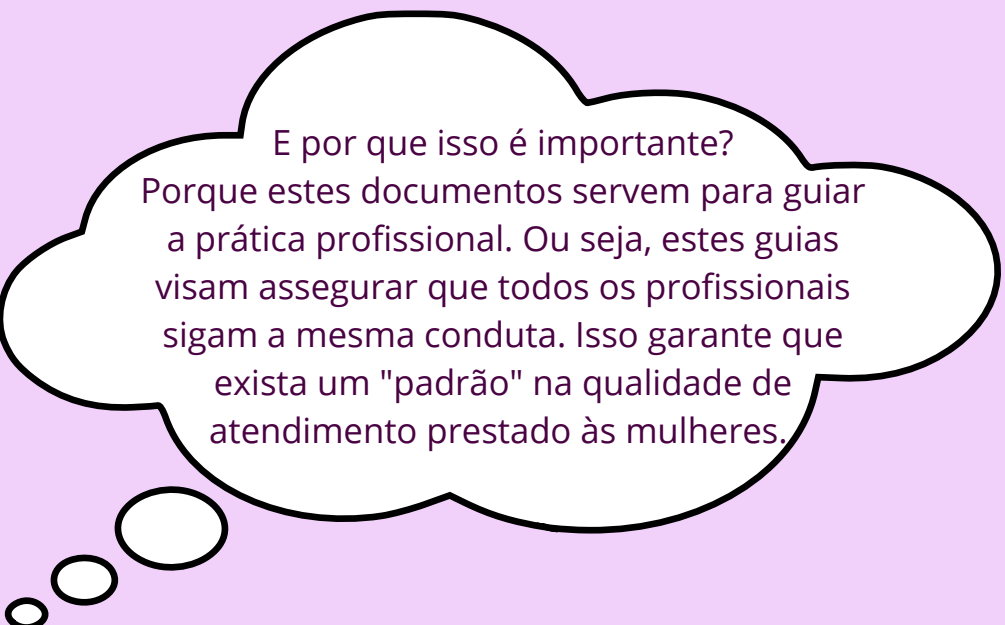




Este documento foi publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2018 e possui um total de 56 orientações com o intuito de que o parto além de uma experiência SEGURA, seja uma experiência positiva.



Este documento foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 2017 e conta com um total de 225 recomendações, que vão desde a admissão da parturiente em ambiente hospitalar até a recepção do recém nascido.



E por que isso é importante?  
Porque estes documentos servem para guiar a prática profissional. Ou seja, estes guias visam assegurar que todos os profissionais sigam a mesma conduta. Isso garante que exista um "padrão" na qualidade de atendimento prestado às mulheres.

## Então vamos as principais recomendações:

Para uma melhor organização e elaboração de uma linha de raciocínio, as orientações serão divididas de acordo com cada Período Clínico do Parto.

# Primeiro Período Clínico do Parto:

## Dilatação

### Profissional que assiste o parto

O parto de risco habitual pode ser assistido por médico obstetra, enfermeira obstetra e obstetriz.

A inclusão da enfermeira obstetra na assistência ao parto é recomendada por apresentar vantagens em relação a redução de intervenções e satisfação da mulher.



Fonte: arquivo pessoal

### Comunicação efetiva

A comunicação efetiva se refere ao relacionamento com a parturiente e família, ou seja: tratar a mulher com respeito, explicar os procedimentos e condutas tomadas durante o trabalho de parto, incluí-la na tomada de decisão sobre condutas referente ao parto, obter o consentimento informado para procedimentos, ou seja, explicar a finalidade do procedimento e solicitar permissão para a mulher antes de realizá-lo, incluir também a família ou acompanhante na tomada de decisões, bater na porta do quarto antes de entrar e utilizar tom ameno para se comunicar são exemplos.

## Acompanhante

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto é garantida pela **Lei 11.108 de 2005**.

Além de ser um direito garantido por lei, o acompanhante é a pessoa de confiança da parturiente, é a pessoa que também está interessada em que o parto seja uma experiência positiva e respeitosa. Além disso, o acompanhante também vive o processo do parto e nascimento.



## Ambiência

Criar um ambiente acolhedor, confortável e que traga sensação de segurança auxilia na progressão do trabalho de parto. Dessa forma a mulher se sente confiante quanto a assistência recebida.

Lembram quando falamos sobre fatores que auxiliam a liberação de ocitocina?

Quando criamos um ambiente hostil ou invasivo, essa mulher pode se sentir ameaçada e bloquear a liberação de ocitocina



## Dieta

Durante o trabalho de parto, podem ser ingeridos líquidos além de água e dieta leve. O parto é um processo que pode ser longo e que demanda energia, é importante que a mulher se “abasteça”.

## Movimentação

Esta prática está relacionada com liberdade de escolha e respeito da mulher.

É uma prática benéfica, fácil de implementar e barata, em que podemos enfatizar o poder de escolha da mulher.

Além disso, posições verticais e a deambulação favorecem a mobilidade pélvica e movimentação do feto pela pelve.



O parto é uma relação entre estruturas, e a liberdade de movimentação favorece essa relação!



## Bem estar fetal

A avaliação do bem estar fetal em gestação de risco habitual deve ser preferencialmente realizada através da **ausculta intermitente** (ou seja, utilizando o sonar doppler) ao invés da cardiotocografia contínua (vulgo MAP - monitorização anteparto).



A ausculta deve ser realizada antes, durante e após a contração por um período de ao menos 1 minuto, a cada 30 minutos.



Ausculta intermitente  
com sonar doppler



Cardiotocografia

Quando utilizamos a cardiotocografia continuamente, privamos que essa paciente se movimente, pois ela frequentemente é orientada a permanecer em decúbito dorsal ou lateral pelo período do exame.

Lembram sobre a revisão de anatomia? Sobre como as estruturas se relacionam?

Isso é importante quando falamos sobre a assistência prestada e opção pelos métodos utilizados.

### **Parto é movimento!**

cardiotocografia contínua inibe e dificulta a movimentação da parturiente.

Claro que existem situações em que este método é indicado e importante, mas como tudo relacionado a assistência, é importante saber indicar e individualizar!

## **Analgesia**

A analgesia de parto deve ser oferecida, preferencialmente, após a utilização dos métodos não farmacológicos.

A solicitação materna por analgesia por si só já se configura como uma indicação do procedimento, independente do grau de dilatação cervical ou fase do parto, incluindo fase latente prolongada.

A analgesia de parto não está associada ao aumento na duração do primeiro período do parto nem com maiores chances de cesariana, porém, está associada com o aumento na duração do período expulsivo e em maior chances de parto instrumentado (fórceps ou vácuo extrator).

### Passagem do catéter de analgesia



### Práticas não recomendadas

São práticas que não possuem seu uso respaldado pelas evidências científicas.

- **Tricotomia:** raspagem dos pelos pubianos;
- **Enema:** utilização de uma substância inserida via anal que causa eliminação de fezes, para "limpar" o intestino;
- **Utilização de técnicas estéreis:** não é recomendado o uso de clorexidine para higiene perineal, se necessário, utilizar água potável.

Também são dispensáveis o uso de aparato e luvas estéreis;

- **Manejo ativo do trabalho de parto:** uso de um pacote de cuidados e intervenções padrão para manejo ativo do parto, no intuito de prevenir a demora do trabalho de parto;
- **Amniotomia de rotina:** é a ruptura artificial da bolsa amniótica. Quando realizamos essa ruptura, aumentamos a pressão da cabeça fetal no colo do útero, pois eliminamos o meio líquido entre eles. Tal medida estimula as contrações uterinas;
- **Acesso venoso de rotina:** em trabalho de parto de risco habitual, que está progredindo, não há necessidade de puncionar uma veia.
- **Ocitocina de rotina:** hormônio sintético ao produzido pelo nosso corpo durante o parto, responsável também pelas contrações uterinas. A utilização de ocitocina exógena (sintética) causa aumento das contrações uterinas, sendo indicada somente quando necessário.

Se o parto está evoluindo, há necessidade de  
intervir?



As intervenções utilizadas para aumentar as  
contrações, podem aumentar também a  
sensação dolorosa!

Não devemos utilizar essas intervenções como  
rotina!

# Segundo Período Clínico do Parto: Expulsivo

## Posição

Deve-se encorajar a mulher a ficar na posição em que **ela desejar** e lhe for **mais confortável**;

Deve-se **desencorajar** a mulher a adotar posição supina, decúbito dorsal horizontal ou semi sentada no período expulsivo.



Figura 18.4 Posição lateral. (Carolina Horita/Bebê.com.br)

Fonte: SILVA, LARANJEIRA, OSANAN, 2019

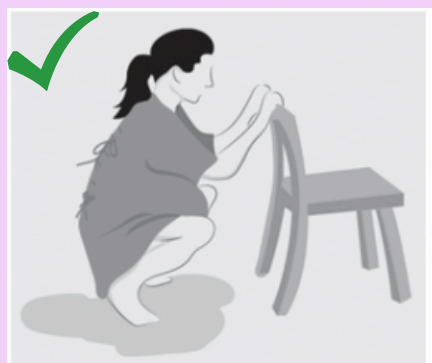


Figura 18.8 Posição de cócoras. (Carolina Horita/Bebê.com.br)

Fonte: SILVA, LARANJEIRA, OSANAN, 2019

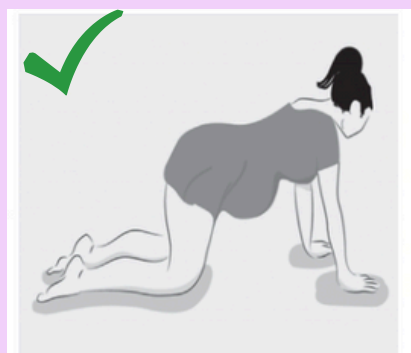


Figura 18.7 Posição de quatro apoios. (Carolina Horita/Bebê.com.br)

Fonte: SILVA, LARANJEIRA, OSANAN, 2019



Figura 18.5 Posição sentada. (Carolina Horita/Bebê.com.br)

Fonte: SILVA, LARANJEIRA, OSANAN, 2019

## Gaskin/quatro apoio



ArFonte: quivo pessoal

## Cócoras na banqueta



ArFonte: quivo pessoal

Lembram que o cóccix é um osso móvel no final da coluna?

Quando deitamos sobre ele, dificultamos sua mobilidade, limitamos sua movimentação. Ou seja, ele é empurrado para "dentro", diminuindo o espaço disponível, dificultando a passagem do bebê. Além disso, posições verticais favorecem a gravidade, contribuindo para a descida do bebê.



## Decúbito lateral



ArFonte: quivo pessoal

## Cócoras



ArFonte: quivo pessoal

## Puxos

Os puxos são a vontade involuntária que a parturiente tem de empurrar devido a pressão da cabeça fetal no períneo.

Deve-se encorajar os puxos espontâneos, ou seja, deixar a mulher seguir seus instintos e fazer força somente quando sentir vontade. Caso necessário, pode-se utilizar outras estratégias que auxiliem no expulsivo: suporte, mudança de decúbito, esvaziamento da bexiga, encorajamento.



Durante os puxos involuntários, é esperado que a parturiente abra o canal vocal, ou seja, que ela grite, e que faça diversas forças/puxos com pausas para recuperar o fôlego. E está tudo bem. Isto permite que ela consiga respirar e o sangue seja oxigenado, mandando sangue rico em oxigênio para o feto. Nesse momento, o ideal é não realizar os puxos dirigidos.

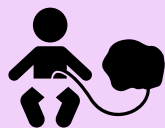


Os puxos dirigidos são caracterizados pela execução da manobra de valsava, que consiste em a parturiente inspirar, segurar o ar, fechar a garganta (fechar a glote para o ar não sair) e empurrar com força por um período superior a 10 segundos.



Em mulheres com **analgesia de parto e dilatação completa**, deve-se adiar os puxos por 1h pelo menos, depois pode-se utilizar puxos dirigidos.

- **Os puxos dirigidos podem ocasionar:**



- cansaço da parturiente;
- tonturas na parturiente devido a hipóxia;
- hipóxia materna;
- aumento da pressão no assoalho pélvico e consequentemente maior risco de laceração;
- prolongar o período expulsivo;
- hipóxia fetal decorrente da hipóxia materna, pois a mãe não tem sangue oxigenado para enviar ao feto.

## Cuidados com o períneo

A medida que o nascimento se aproxima, pode-se tomar alguns cuidados com o períneo:

- Pode-se utilizar **compressas mornas** para auxiliar no relaxamento e alívio da dor: isso pode contribuir na prevenção de lacerações.
- Pode-se optar ou não pela proteção perineal:
- **HANDS ON - conduta ativa:** proteger o períneo e controlar a velocidade de desprendimento da cabeça do bebê;
- **HANDS OFF - conduta expectante e observacional:** apenas observar o nascimento do bebê, sem interferência.

**HANDS:** Em tradução do inglês "mãos"

- **Hands on:** mãos "em"

- **Hands off:** mãos "fora"



## HANDS OFF



Fonte: SILVA, LARANJEIRA, OSANAN, 2019

## HANDS ON



Fonte: SILVA, LARANJEIRA, OSANAN, 2019

## Massagem perineal

A massagem perineal consiste em massagear o períneo da mulher com os dedos durante o período expulsivo sob a justificativa de facilitar o nascimento.



Tanto os puxos dirigidos quanto a massagem perineal, podem interferir no mecanismo do Reflexo de Ferguson, uma vez que o mecanismo do feedback é "pressão da cabeça fetal no momento da contração estimula a ocitocina".



Quando o cérebro percebe o toque ou a pressão excessiva no períneo, pode entender que não precisa de "mais ocitocina", desregulando o feedback do parto.



## Práticas não recomendadas ⚠

- **Episiotomia de rotina:** incisão cirúrgica (corte) no períneo feito com tesoura ou bisturi, sob o pretexto teórico de aumentar o canal vaginal no momento do nascimento.

Não há evidências que indiquem seu uso rotineiro, ou seja, em todas as mulheres.

A sua prática não está associada a melhores resultados perinatais nem à redução da incidência de asfixia perinatal, não protege o assoalho pélvico materno e pode impactar em perda de força do mesmo.

Por si só, já é considerada uma laceração de 2º grau, pois atinge musculatura.



Fonte: CUNNINGHAM, 2021

- **Manobra de Kristeller:** pressão contínua exercida no fundo do útero para "abreviar o nascimento" é **contraindicada** em qualquer circunstância.

Essa manobra desregula a contratilidade uterina e produz hipertonia (aumento do tônus do útero).

Seus riscos incluem ruptura uterina, lesões perineais graves, tocotraumatismos (lesões provocadas em decorrência do trabalho de parto), maior hemorragia materna e asfixia fetal.

- O Conselho Federal de Enfermagem publicou a decisão **nº 95/2016** que proíbe a participação de qualquer profissional da enfermagem em tal ato.



Fonte: MONTENEGRO, FILHO, 2016

## Terceiro Período Clínico do Parto: Dequitação

### Dequitação da placenta

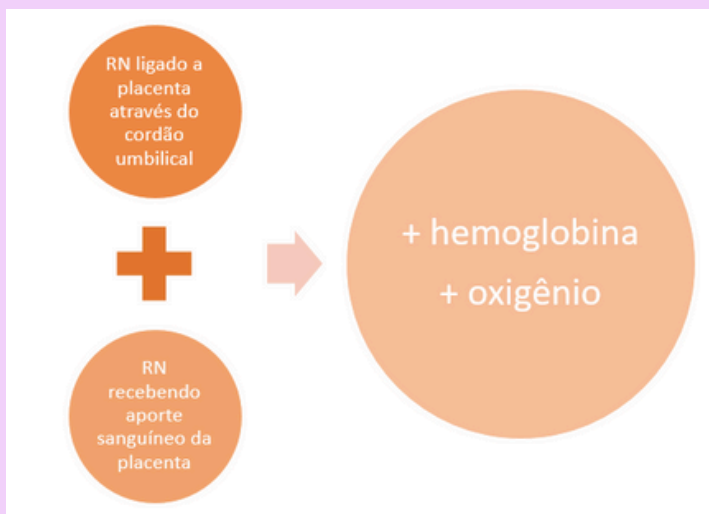
A dequitação da placenta consiste no desprendimento e expulsão da placenta após o parto. A organização mundial da saúde recomenda um conjunto de medidas que auxiliam no desprendimento da placenta, reduzindo assim, o risco de hemorragia pós parto. Esse conjunto de medidas é denominado de **manejo ativo**.

Consiste em:

- **aplicação de uterotônico** (10 unidades de Ocitocina intramuscular);
  - **clampeamento do cordão umbilical após 1 minuto** sempre que possível;
  - **pinçamento e tração controlada do cordão umbilical** após sinais de desprendimento placentário;
- Estas medidas fazem com que o útero contraia mais facilmente, evitando que ele fique "*amolecido*".
- A **atonía uterina** (útero amolecido) é a **primeira causa de hemorragia pós parto!**

## Clampeamento de cordão umbilical

O **clampeamento oportuno de cordão umbilical** (1 a 3 minutos ou até parar de pulsar) está relacionado a melhor adaptação do recém nascido à vida extrauterina, além de menores índices de anemia no recém nascido



# Contato pele a pele

O contato pele a pele imediato, sempre que possível, pois:

- Mantém a temperatura do RN através do calor materno;
- Favorece o aleitamento materno precoce.



Além disso, logo que o bebê nasce ele se encontra em um período de **atividade**, que se encerra após a primeira hora do nascimento, e então o RN volta a ficar sonolento.

Justo que este momento de atividade sirva para **reconhecer sua família**, né?

E também, a família esperou por muito tempo para ter esse encontro.

Se mãe e bebê estão bem, o que pode ser **mais importante** do que respeitar esse momento?



cuidado para não realizar o contato "**pano-pele**".

A mãe e o seu filho devem estar nus, sem nenhuma barreira física (campos, panos) entre eles!

# Aleitamento materno

Colocar o bebê em contato pele a pele já auxilia na **promoção do aleitamento materno precoce**:

- o bebê reconhece a mãe, sente o cheiro da mama, do colostro...

Em contrapartida, a mãe quando está em contato com o filho, produz **ocitocina** (*hormônio do amor, né?*) que auxilia na **descida do leite!**



Além disso, a **ocitocina** também ajuda o **útero a contrair**, evitando assim a atonia uterina e, consequente, hemorragia pós parto, como vimos anteriormente!



Ou seja, tudo trabalhando em **sintonia!**

## Quarto Período Clínico do Parto: Primeira hora pós parto

Durante a primeira hora pós parto, é importante que a puérpera seja avaliada rigorosamente através dos seguintes parâmetros:

- **Sinais vitais:** frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e temperatura axilar;

- **Contração uterina** (Globo de Segurança de Pinard);
- **Lóquios**: quantidade, presença/ausência de coágulos, coloração;
- Bem estar geral e coloração das mucosas.



a avaliação da contração uterina deve ser realizada através da palpação: coloca-se a palma da mão no fundo do útero e verifica-se sua **consistência** e a **altura** em relação a cicatriz umbilical: se está acima, na altura ou abaixo da cicatriz umbilical.

Estas medidas auxiliam na prevenção de hemorragia pós parto, causada principalmente por atonia uterina (útero que não está contraindo).



A hemorragia puerperal está entre as maiores causas de morte materna no mundo e no Rio Grande do Sul

Para refletir...



Nós presenciamos inúmeros nascimentos por dia, mas para aquela família, aquele **momento**, aquele **nascimento** e aquele **bebê** são **ÚNICOS!**

Nós temos o **DEVER** de realizar um cuidado de **qualidade!**

Nós somos responsáveis pela  
experiência dessa família!



## Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- 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** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017
- CUNNINGHAM, F G. **Obstetrícia de Williams**. Porto Alegre: Grupo A, 2021. E-book. ISBN 9786558040064
- MONTENEGRO, Carlos Antonio B.; FILHO, Jorge de R. Rezende Obstetrícia, 13ª edição. São Paulo: Grupo GEN, 2016. E-book. ISBN 9788527730723
- SILVA, C.H.M.; LARANJEIRA, C.L.S.; OSANAN, G.C. **Manual SOGIMIG - Assistência ao parto e puerpério**. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2019
- WHO recommendations: **intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018



## Capítulo 3:

# Métodos não Farmacológicos para Alívio da Dor



## EMENTA:

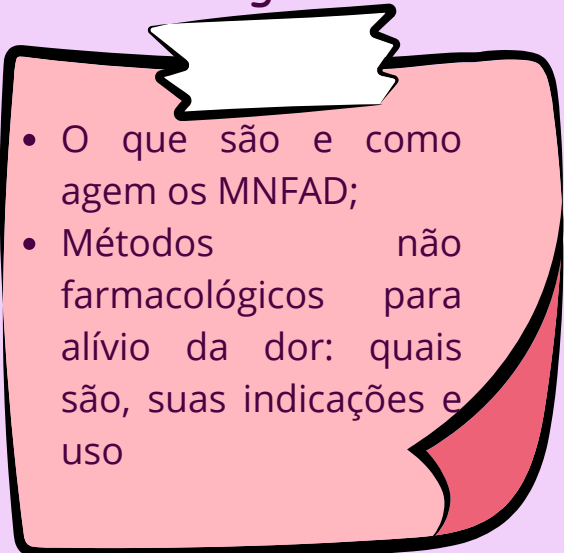
Esta UE aborda os métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD) utilizados durante o trabalho de parto. Busca reforçar como estratégias simples e eficazes podem auxiliar e mudar a percepção da mulher durante o trabalho de parto. Além disso, apresenta quais estratégias são essas e como utilizá-las.

## OBJETIVOS:

Espera-se que ao final desta UE, os cursistas sejam capazes de:

- Identificar o que são os métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Conhecer os MNFAD;
- Reconhecer a indicação de uso e aplicação dos MNFAD.

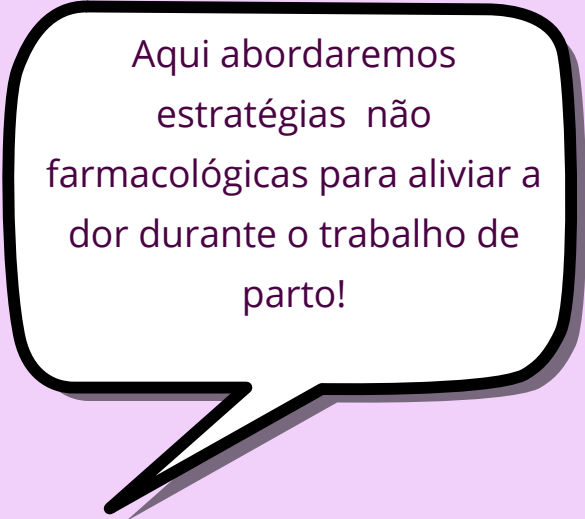
## Conteúdo Programático:

- 
- O que são e como agem os MNFAD;
  - Métodos não farmacológicos para alívio da dor: quais são, suas indicações e uso



# Entendendo a dor do parto e os métodos não farmacológicos para alívio da dor





Aqui abordaremos  
estratégias não  
farmacológicas para aliviar a  
dor durante o trabalho de  
parto!

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto são práticas incentivadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde.

As mulheres devem encorajadas pelas equipes assistenciais a realizar os métodos por ela escolhidos, visto que não possuem efeitos colaterais.

Mas antes de conhecermos esses métodos, é importante entendermos um pouco sobre o motivo deles existirem: a dor do parto!

E por que isso é importante?

O medo vem do desconhecido, e com a dor do parto não é diferente!

Então, quando entendemos a origem dessa dor, compreendemos a importância do processo de parturição e a dor do parto passa a ser ressignificada.

## A dor existe, mas o nosso corpo é sábio!



Lembra que falamos sobre como o estado emocional sofre modificações com o avanço do trabalho de parto?

Pois é!

O nosso cérebro "racional" dá espaço ao cérebro "primitivo".

Além disso, a dor do parto existe, mas precisamos ressignificar essa dor, e entender que dor é diferente de sofrimento.



É uma dor de transformação, de vida, onde se encerra um ciclo e inicia de outro, portanto, com término previsto.

A dor do parto é uma dor de presença, um mecanismo que faz com que a gente dê ao parto seu devido valor e importância.

Além disso, a dor do parto é subjetiva, ou seja, cada indivíduo a sente de uma maneira diferente, com uma intensidade e tolerância maior ou menor.

Por isso é importante o preparo para o trabalho de parto.

# Os métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD)

Os MNFAD são estratégias não farmacológicas que auxiliam as parturientes na redução da percepção dolorosa do trabalho de parto, contribuindo para uma experiência mais satisfatória.

É importante lembrar que os MNFAD devem ser oferecidos e utilizados, preferencialmente, antes dos farmacológicos, ou seja, antes da analgesia de parto, pois podem auxiliar a retardar a analgesia ou até mesmo dispensá-la.



Porém, se uma parturiente fizer uso de analgesia de parto, nada impede que utilizemos os MNFAD concomitante ou após a redução do efeito da analgesia.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são estratégias leves e de baixo custo que podem ser implementados por qualquer profissional da equipe de assistência (técnico em enfermagem, enfermeira, médico, doula) e também pelo acompanhante.

Agora que já entendemos a importância de compreendermos o parto como um processo além da dor e como os MNFAD podem contribuir para essa experiência. Estamos prontos para a próxima etapa: conhecer cada método, sua indicação e como utilizá-lo!

**Vamos?!**

## Referências

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017;

Odent, Michel. **A cientificação do amor**. Minas Gerais: Editora terceira margem. 2000.

Odent, Michel. **O renascimento do parto**. Minas Gerais: Editora terceira margem. 2002.





# Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor (MNFAD)



# Técnicas de respiração

As técnicas de respiração são exercícios voltados para o foco respiratório.

- **Ação:**

- A realização de inspiração e expiração profundos promovem o relaxamento;
- Promovem melhor oxigenação materna, e por consequência, feto-placentária (o sangue que o bebê recebe através da placenta possui mais oxigênio!);
- Promove concentração, favorece que a mulher se conecte com o parto.

Relaxamento e  
redução nos níveis  
de ansiedade.



Fonte: arquivo pessoal

# Massagem

A massagem trata-se de realizar movimentos na região lombar da parturiente durante o trabalho de parto;

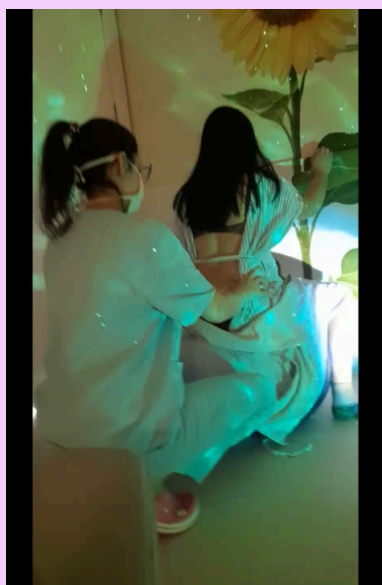


Pode ser realizada pelo profissional e pelo acompanhante.

- **Ação:**

- "Teoria do portão": as sensações de pressão se movem mais rapidamente do que as de dor, agindo para fechar as vias nervosas até a transmissão da sensação de dor no cérebro, assim o cérebro é "enganado";
- Aumento na atividade vagal, na redução na produção de cortisol e aumento de ocitocina;
- Alivia a pressão das partes ósseas do feto no sistema materno. O mecanismo de contrapressão causa redução nos níveis de dor.

Relaxamento e  
redirecionamento  
do foco da dor.



A massagem pode ser realizada de diversas formas, como a parturiente preferir:

- **forma circular;**
- **forma de vai e vem;**
- **forma de pressão.**



É comum que na fase ativa do trabalho de parto, algumas mulheres fiquem menos receptivas ao toque, e consequentemente à massagem!



Isso acontece porque a mulher está mais conectada com seu interior. Lembram do córtex primitivo em ação?

## Movimentação

A liberdade de movimento, além de ser uma boa prática de assistência, também é um método não farmacológico de alívio da dor no parto;



Muitas mulheres durante o parto, movimentam-se para varias posições conforme o trabalho de parto progride.

Esses movimentos ocorrem em resposta a dor, mas também é uma resposta **inconsciente** aos **movimentos sinérgicos do feto à medida que ele gira e desce na pelve**.



- **Ação:**

- Maximizam os diâmetros da pelve;
- Minimizam a resistência dos tecidos moles em cada estágio da progressão fetal, apesar do trabalho de parto.

Auxílio no posicionamento do feto na pelve materna, facilitando sua progressão e nascimento.



Fonte: arquivo pessoal

# Bola

o uso de uma bola de ginástica/pilates para realizar movimentos pélvicos a fim de auxiliar na mobilidade, encaixe e descida do feto na pelve.

- Tipos: - **suíça;**  
- **feijão.**

- **Ação:**

- Adoção da posição vertical e movimentação pélvica, facilita os movimentos fetais e relaxamento das estruturas maternas;
- Distração da consciência das parturientes;
- Aumento nos níveis de  $\beta$  endorfinas e redução nos níveis de adrenalina;  
reduzir a dor e adotar a posição vertical, importante na progressão do TP.

Relação na redução da duração do TP devido a verticalização da parturiente e aumento na mobilidade.



# Cavalinho

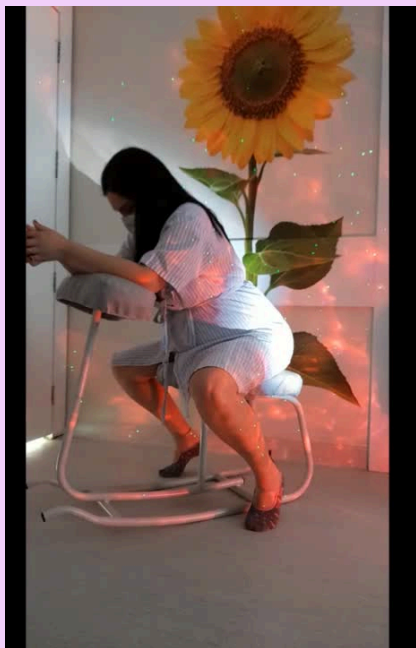
O cavalinho trata-se de um equipamento semelhante a uma cadeira com assento invertido, onde a gestante consegue apoiar os braços no encosto.

Este equipamento possibilita que seja realizado um balanço pélvico, aliviando a tensão na região lombar.

- **Ação:**

- Adoção da posição vertical e movimentação pélvica;
- Minimizam a resistência dos tecidos moles no trabalho de parto.

Relaxamento,  
contribui para o  
aumento da  
dilatação e a  
diminuição da  
sensação de dor.



# Hidroterapia



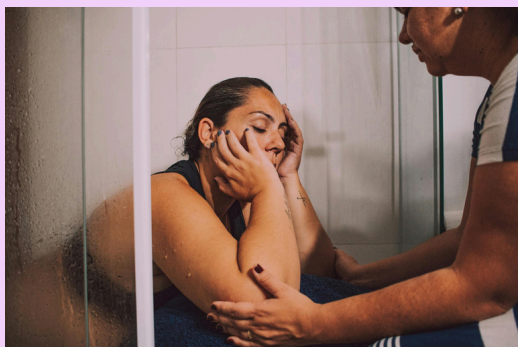
A prática da hidroterapia consiste em técnicas que utilizam água como principal fonte de ação:

- **banho de aspersão (chuveiro);**
- **banho de imersão (banheira).**

- **Ação:**

- **Física:** o efeito do calor e da sensação do toque da água na pele ou flutuação reduz a sensação dolorosa;
- **Psicológica:** mulheres na água tendem a se sentir menos observadas, o que leva à redução da tensão, ansiedade e medo e, conseqüentemente, à redução da percepção da dor;
- **Fisiológicos:** redução na liberação de cortisol (hormônio do estresse, lembram?) e  $\beta$  endorfinas.

Relaxamento e  
redução nos níveis  
de ansiedade  
Analgesia local de  
regiões afetadas pela  
dor.





# Terapias térmicas

A utilização de fonte de **calor (hipertermoterapia)** ou **frio (crioterapia)** como terapia para alívio da dor.

- **Crioterapia:** ameniza a dor durante fase ativa e expulsivo, reduz a duração do parto.

Pode ser realizada na face, região lombar, abdominal e períneo.

- **Hipertermoterapia:** o calor promove liberação de  $\beta$  endorfinas e estimula os receptores de toque e temperatura, reduzindo a sensação dolorosa.

Analgesia local de regiões afetadas pela dor.



Fonte: arquivo pessoal



Fonte: arquivo pessoal

## Musicoterapia



O uso de sons e músicas a critério da parturiente, podendo ser animadas, sons de natureza, religiosas.



O uso da musicoterapia promove relaxamento, redução nos níveis de ansiedade e, consequentemente, redução nos níveis de dor.

Tal medida auxilia as parturientes a se sentirem mais no controle do parto, e, portanto mais satisfeitas.

## Aromaterapia

Óleo essencial extraído de planta misturado com óleo carreador (óleo base, geralmente óleo de semente de uva ou amêndoas doce).



Podem ser utilizados via **inalatória**, por **difusão** ou **massageados na pele**;



Podem ser utilizados desde o período da dilatação na fase latente.

- **Ação:**

- Apresentam efeitos nos neurotransmissores, induzindo a secreção de  $\beta$  endorfinas e reduzindo a secreção de hormônios estressores, culminando na redução da percepção da dor no parto e na intensidade das contrações;
- Também está associado com a diminuição no tempo de trabalho de parto.



Para alívio da **dor no parto e ansiedade**, os óleos mais utilizados são:

- **Lavanda;**
- **Gerânio;**
- **Sálvia;**
- **Camomila;**
- **Olíbano;**
- **Hortelã-pimenta;**
- **Cítricos: laranja, laranja-doce e tangerina.**



Relaxamento, redução nos níveis de ansiedade e melhora na experiência de parto.

# Cromoterapia

A cromoterapia é a utilização das cores com finalidade terapêutica



Cada cor possui uma indicação e contraindicação:



| COR      | AÇÃO                                                                                                                                                                   | CONTRAINDICAÇÃO                                                                                                         |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AZUL     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Analgésico</li><li>- Reduz pressão arterial</li><li>- Diminui a frequência respiratória</li><li>- Inibe a adrenalina</li></ul> | Não possui                                                                                                              |
| INDIGO   | - Aceitação e entendimento do processo (parto)                                                                                                                         | Não possui                                                                                                              |
| VIOLETA  | - Controle da irritabilidade - Equilíbrio entre sistema simpático (sistema de excitabilidade) e parassimpático (sistema de inibição após situações de estresse)        | <ul style="list-style-type: none"><li>- Pode desacelerar o TP</li><li>- Não utilizar em casos de hipoglicemia</li></ul> |
| VERDE    | - Calma                                                                                                                                                                | - Aumento da fadiga                                                                                                     |
| LARANJA  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Melhora no humor</li><li>- Empoderamento no parto</li></ul>                                                                    | - Casos de trombose                                                                                                     |
| AMARELO  | - Redução em náuseas e enjoos                                                                                                                                          | - Casos de inflamação ou infecção                                                                                       |
| VERMELHO | - Estimular as contrações uterinas                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Febre</li><li>- Taquicardia</li><li>- Hipertensão</li></ul>                     |



## Acupuntura e acupressão

É uma técnica da medicina tradicional chinesa, que consiste em trabalhar pontos de tensão específicos.



- Tipos:

- **Acupuntura:** inserção de agulhas em pontos específicos;
- **Acupressão:** pressão manual firme e contínua;
- **Moxabustão:** aquecimento da pele através da queima de um bastão em forma de charuto com erva medicinal para promover fluxo de energia e sangue em pontos específicos.



**Mecanismo de ação:** supõe-se que, como os pontos-chave estão próximos das vias neurais que influenciam as partes do corpo que estão sendo os alvos da dor (como o útero no trabalho de parto), o efeito da acupuntura é provavelmente neurológico ou neuro-hormonal (por exemplo, estimular a produção de opioides).

Pode ser que a **acupressão** do ponto específico Hegu/Hugo/Hoku (LI4) esteja relacionado a um encurtamento da duração do trabalho de parto.

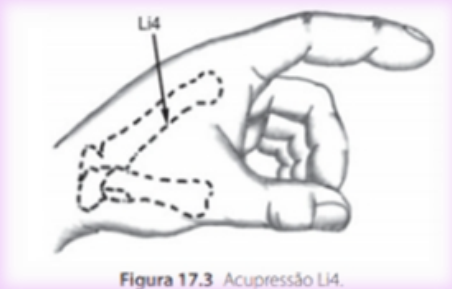


Figura 17.3 Acupressão LI4.

Fonte: SILVA, LARANJEIRA, OSANAN, 2019



Moxabustão

Possuímos inúmeros métodos não farmacológicos para alívio da dor que podem melhorar a experiência de parto de cada família!

A maioria dos métodos não farmacológicos aprendidos aqui são de fácil implementação, podendo ser ensinado para o acompanhante. Sempre que possível, é importante lembrarmos que para essa família, **essa experiência ficará marcada para sempre** e que podemos transformá-la no melhor que pode ser!

Vamos juntos?

## Referências

- BARROS, SRAF; FERREIRA, FCR; FALCÃO, PHB. **A Contribuição da Cromoterapia no Trabalho de Parto**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 08, Vol. 02, pp. 52-57, agosto de 2018. ISSN:2448-0959
- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. **Immersion in water during labour and birth**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4
- Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. **Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia**. Cochrane Data-base of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
- SÁ, RR, GOUVEA, AC. **Aromaterapia no parto**. Global Academic Nursing Journal, v. 3, n. 1, p. e221-e221, 2022.
- MASCARENHAS, Victor Hugo Alves et al. **Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 32, p. 350-357, 2019.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT et al. **Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018. Issue 3. Art. No.: CD009290. DOI: 10.1002/ 14651858.CD009290.pub3.



Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM.

**Acupuncture or acupres-sure for pain management in labour.** Cochrane Database of Systema-tic Reviews 2011. Issue 7. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858. CD009232.

Smith CA, Levett KM, Collins CT et al. **Relaxation techniques for pain management in labour.** Cochrane Database of Systematic Re-views 2018, Issue 3. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858. CD009514.pub2.

Smith CA, Collins CT, Crowther CA. **Aromatherapy for pain manage-ment in labour.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Is-sue 7. Art. No.: CD009215. DOI: 10.1002/14651858.CD009215