



GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO - HES

Material
Educativo de
Preparação
para o Parto
– Parte 2



Campinas
2023

UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
BIBLIOTECA

Ficha Catalográfica elaborada por
Maristella Soares dos Santos
CRB-8/8402

Sa57m Sanfelice, Clara Fróes de Oliveira

Material educativo de preparação para o parto -
Parte 2 / Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Thais Munhoz
Bueno. - Campinas, SP : UnicampBFCM, 2023.
v. 2 (123 p.: il.)

ISBN 978-65-87100-14-2

1. Saúde da mulher. 2. Parto. 3. Trabalho de Parto. 4.
Educação em saúde. I. Bueno, Thais Munhoz. II. Título.

CDD 618.04

Capítulo V.

O que mudará no meu corpo na gestação?

Capítulo VI.

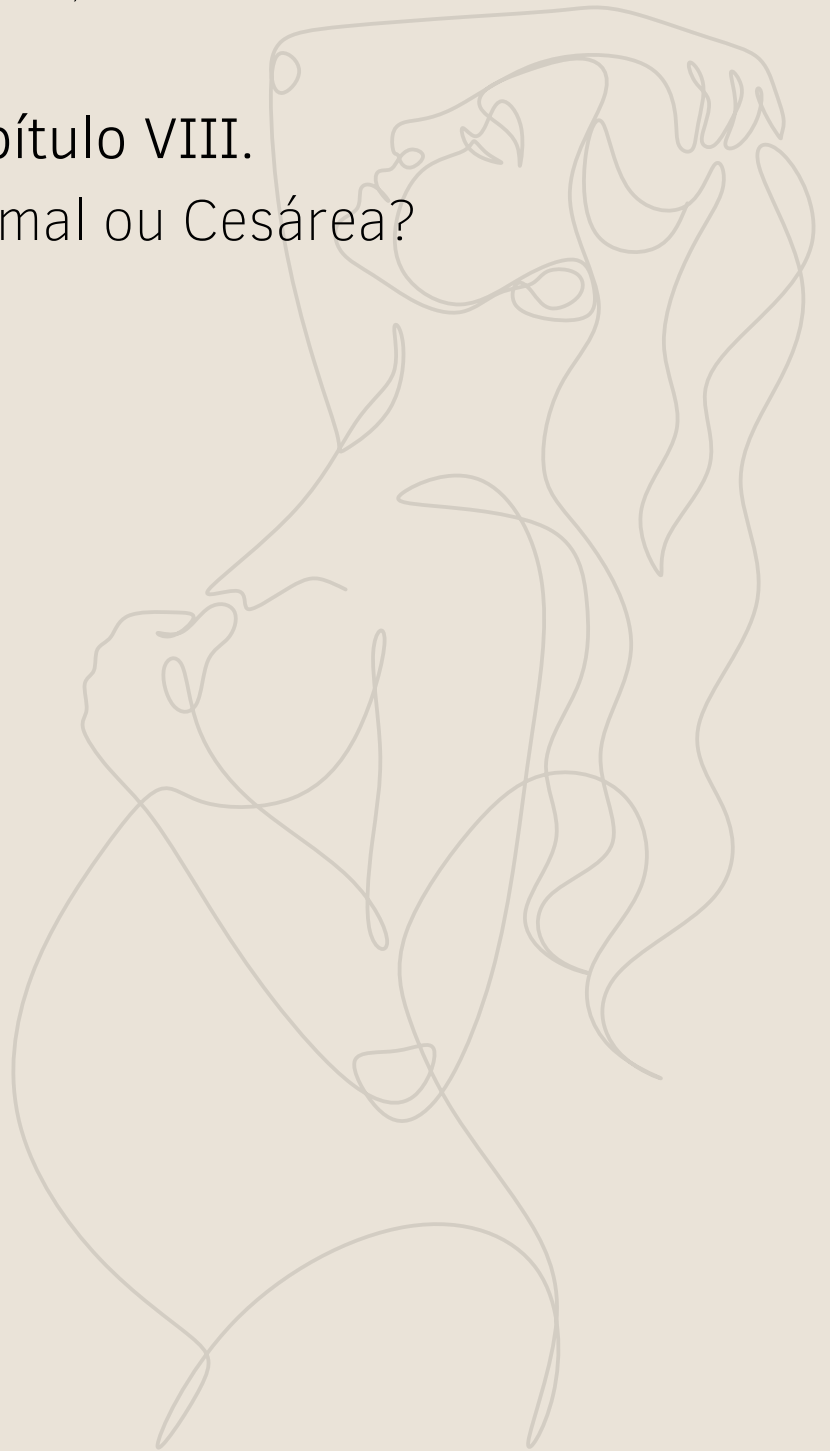
Por que devo fazer o pré-natal?

Capítulo VII.

Indução de parto, vamos entender?

Capítulo VIII.

Parto Normal ou Cesárea?



CAPÍTULO V

GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO – HES

O QUE MUDARÁ NO MEU CORPO NA GESTAÇÃO?



1ª edição



Capítulos I a IV
Cartilha – Parte I



Referências
Capítulos I a IV



Capítulos V a VIII
Cartilha – Parte II



Referências
Capítulos V a VIII



SUMÁRIO

O positivo chegou!.....	4
Queixas Físicas.....	6
Náuseas e Vômitos.....	6
Azia (Queimação).....	7
Salivação Excessiva.....	8
Hemorroidas.....	9
Corrimento Vaginal.....	10
Queixas Urinárias.....	11
Falta de Ar.....	12
Dor nas Mamas.....	13
Dor nas Costas.....	14
Dor de Cabeça.....	15
Sangramento nas Gengivas.....	16
Sangramento Nasal.....	16
Varizes.....	17
Cãimbras.....	18
Manchas no Rosto.....	19
Estrias.....	20
Inchaço.....	21
Queixas Psicológicas.....	23
1º Trimestre.....	24
2º Trimestre.....	25
3º Trimestre.....	26
Ambivalência na Gestação.....	27
Mudanças na Autoimagem.....	28
Sexualidade.....	30



O POSITIVO CHEGOU!

A gestação é um período que se inicia na concepção, dura cerca de 40 semanas, e se encerra com o parto, sendo um momento em que ocorrem profundas alterações na vida da mulher, do casal e da família [1].

PARA ALGUMAS MULHERES A GESTAÇÃO É UM MOMENTO DE ALEGRIA, PARA OUTRAS, NEM TANTO...

Mas as mudanças físicas que ocorrem no corpo da mulher tem como principal objetivo manter a estabilidade do binômio (mãe-filho) e a vitalidade do bebê. Nesta fase, poderão surgir desconfortos próprios desse momento, que tem muito a ver com as modificações do organismo da mulher [2].

Porém, a gestação precisa ser entendida como um processo natural, que envolve aspectos psicológicos, sociais e culturais, sendo que a gestante necessitará receber apoio durante o processo de gestar, ser ouvida, acolhida e ter suas dúvidas esclarecidas pelos profissionais de saúde.



Além disso, é de extrema importância o papel da família e da equipe de saúde em cuidar desse binômio mãe-bebê, considerando suas necessidades e buscando fazer deste um momento de paz e tranquilidade para ambos[3].



Durante a gestação precisamos estar atentas aos desconfortos, tanto físicos como mentais, vivenciados pela maioria das grávidas, como: náuseas, dor nas mamas e nas costas, sentimento de ambivalência (dois sentimentos que são conflitantes) com relação à gestação, alterações na sexualidade, entre outros.

**VOCÊ JÁ SENTIU ALGUM
DESCONFORTO ATÉ O
MOMENTO? ANOTE AQUI!**



Neste capítulo abordaremos as principais mudanças que ocorrem na gestação e o que você pode fazer para diminuir os impactos causados por elas!



QUEIXAS FÍSICAS

Abaixo conversaremos um pouco a respeito das queixas mais comuns durante a gestação e como podemos manejá-las.



NÁUSEAS E VÔMITOS

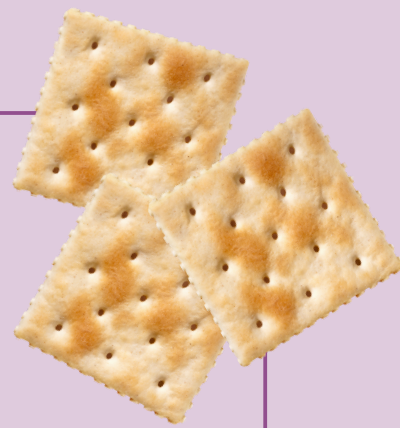
A náusea (enjoo) é aquela sensação desagradável de vomitar que pode ser sentida, principalmente, no início da gestação. O motivo pelo qual isso

ocorre é o aumento da produção de beta-hcg (o hormônio que é medido para detectar a gestação), tendo o seu pico entre 7 e 10 semanas [4].

Algumas técnicas que podem ser usadas para o manejo dos enjoos são: fazer refeições fracionadas ao longo do dia (ou seja, fazer mais refeições, com menor quantidade de comida); evitar alimentos gordurosos

**O QUE
FAZER?**

ou com cheiro forte; ingerir uma pequena quantidade de bolacha do tipo “água e sal” antes de se levantar da cama pela manhã; evitar se deitar logo após as refeições; consumir alimentos gelados e, em último caso, e **somente sob prescrição médica**, fazer uso de remédios para náuseas [5].



AZIA (QUEIMAÇÃO)

A azia é aquela sensação de queimação no estômago e/ou na garganta, que pode ocorrer em qualquer momento da gestação. Este sintoma acontece porque os hormônios produzidos na gestação tornam a entrada do estômago mais relaxada (aberta), fazendo com que o ácido estomacal (que auxilia a digestão da comida) suba para a garganta, causando o desconforto [6].



O QUE FAZER?

Algumas técnicas que podem ser usadas para o manejo da azia são: fazer refeições fracionadas ao longo do dia (ou seja, fazer mais refeições,

com menor quantidade de comida); mascar chicletes; evitar se alimentar pouco tempo antes de dormir ou se deitar; elevar o travesseiro ou cabeceira da cama para dormir e, em casos mais graves, e somente sob prescrição médica, fazer uso de antiácidos [6].



SALIVAÇÃO EXCESSIVA

Também conhecida como sialorreia, esse desconforto nada mais é do que a presença de saliva de forma excessiva na boca. Esse sintoma tende a desaparecer nos primeiros meses de gestação, porém pode se estender até o parto e puerpério.



Atenção: não há uma maior produção de saliva durante a gestação, o que ocorre é que, inconscientemente ou devido à náuseas, a mulher pode não conseguir engolir toda a saliva produzida [7].

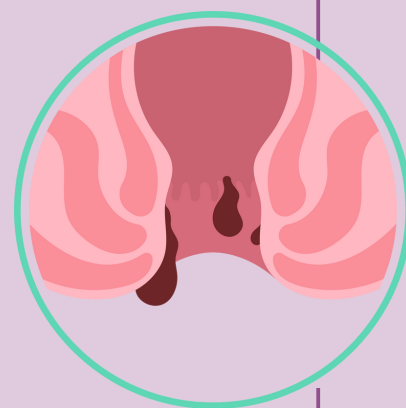


Algumas técnicas que podem ser usadas para o manejo da sialorreia são: fazer refeições fracionadas ao longo do dia (ou seja, fazer mais refeições, com menos quantidade de comida); tentar deglutir a saliva e manter uma boa hidratação (35mL de água por quilo de peso da mulher – por exemplo, se você pesar 70kg, deverá tomar cerca de 2.450ml de água por dia (ou seja, $70 \times 35 = 2450$) [5].

O QUE FAZER?

HEMORROIDAS

As hemorroidas são veias que se dilatam na região do ânus e do reto (porção final do intestino). Elas são causadas pelo aumento do volume do útero (causando, consequentemente, um aumento do peso na região da pelve) e também por “prisões de ventre”. Elas podem causar dor, inchaço local e sangramentos [8].



O QUE FAZER?

Para manejo das hemorroidas, é importante manter uma alimentação rica em fibras (com alimentos como arroz, linhaça, aveia, feijão, ervilha, etc), associada a uma boa hidratação;



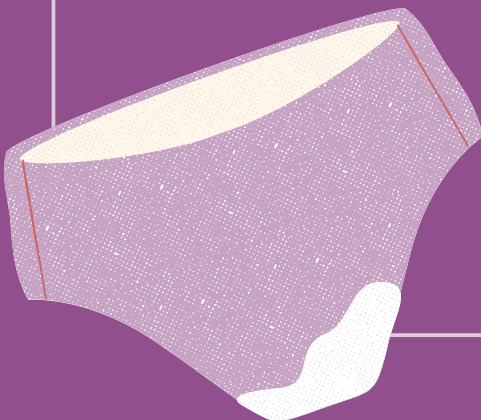
evitar utilizar papéis higiênicos com cor; realizar a limpeza anal externa com água e sabão após a evacuação; aplicar compressas mornas no local e, em caso de dor e/ou sangramentos que não param, passar por uma avaliação médica [5].

CORRIMENTO VAGINAL

Também conhecido como leucorreia, nada mais é do que a presença de um corrimento vaginal, podendo ser fisiológico (normal) ou associado a alguma infecção. Durante a gestação, acontece um aumento do muco vaginal

fisiológico, devido a um maior funcionamento das glândulas de secreção vaginal e alteração da flora vaginal. No entanto, é sempre importante excluir a possibilidade da presença de alguma infecção - portanto, devemos lembrar que o corrimento

normal é caracterizado por um líquido branco, leitoso, sem cheiro forte e sem irritação (coceira ou ardência) [7].



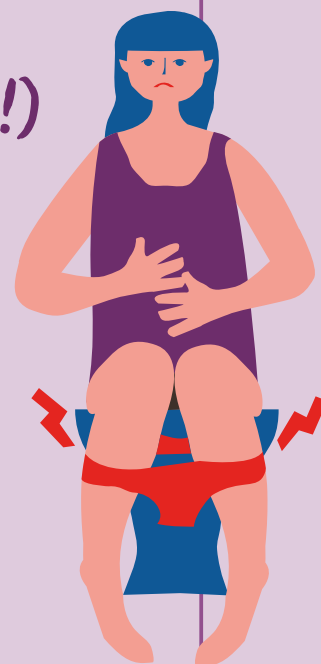
O QUE FAZER?

Para manejar essa situação, você deve manter a região vaginal limpa e seca, lavando-a com sabão neutro e água durante o banho; preferir calcinhas de algodão (para que a região tenha um melhor fluxo de ar); evitar uso de duchas íntimas e de absorventes íntimos de rotina [7].

QUEIXAS URINÁRIAS (TER QUE IR MUITAS VEZES AO BANHEIRO!)

As queixas urinárias são muito comuns, principalmente durante o primeiro e terceiro trimestres da gestação, podendo gerar constrangimentos e também restrição das atividades do dia a dia da mulher. Este desconforto pode acontecer pois o útero em

crescimento comprime a bexiga. Também pode ocorrer quando a cabeça do bebê começa a se encaixar na pelve da mãe, nos últimos meses de gestação, aumentando esta compressão sobre a bexiga [7].



O QUE FAZER?

Para manejo desse desconforto, é importante que você urine sempre que sentir vontade; evite bebidas com cafeína (pois estas estimulam a bexiga e a vontade de urinar); além de evitar ingerir líquidos após o jantar (essa estratégia ajuda a diminuir a necessidade de urinar ao longo da noite) [7].

FALTA DE AR

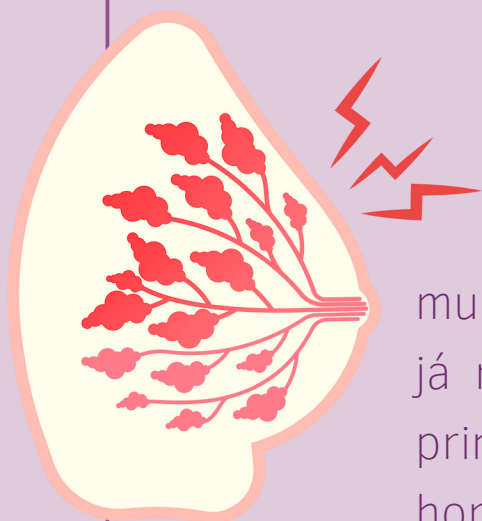
O crescimento do bebê e do útero leva à compressão de todos os órgãos da mulher, inclusive os pulmões, que acabam por possuir um espaço menor para se expandir. Além disso, possíveis situações de ansiedade da gestante podem levar a uma certa dificuldade para respirar [5].



O QUE FAZER?

Para o manejo deste desconforto, você pode elevar a cabeceira da cama para dormir [7] e deitar virada para o lado esquerdo, facilitando assim, a respiração.

Além disso, é importante que o profissional da saúde que te acompanha fique atento aos sinais de alerta que possam indicar a presença de alguma doença cardíaca ou respiratória, que são raras, mas podem ocorrer [5].



DOR NAS MAMAS

A dor nas mamas é um desconforto muito comum na gestação e pode ocorrer já no primeiro trimestre. Ela acontece, principalmente, devido às alterações hormonais, ao aumento do tamanho das glândulas mamárias e da circulação sanguínea na região[7].

Para o manejo da dor nas mamas, o uso de sutiãs com uma boa sustentação pode ser de grande ajuda. Porém, é importante que haja uma avaliação em consulta para que seja descartada qualquer tipo de intercorrência [5].

**O QUE
FAZER?**

DOR NAS COSTAS



A dor lombar é o principal desconforto muscular que acomete as mulheres durante a gestação. Os principais causadores dessa dor são as alterações fisiológicas da gestação como o alargamento do quadril e o aumento da inclinação normal da região pélvica (por causa do peso do bebê), que acaba sendo projetado para frente e sobrecarregando as costas da gestante [9].

Para o manejo da dor lombar, você deve sempre se lembrar de corrigir a postura, tanto em pé, quanto sentada; realizar alongamentos frequentes ou algum tipo de exercício físico adequado para a gestação; evitar saltos altos

**O QUE
FAZER?**



desconfortáveis; realizar a aplicação de compressas mornas no local e, em último caso, e somente sob prescrição médica, uso de remédios analgésicos [5].

DOR DE CABEÇA

Causada pela dilatação dos vasos sanguíneos e pelo pequeno inchaço cerebral que ocorre durante a gestação, a dor de cabeça poderá ser um inconveniente na rotina de algumas mulheres. Costuma ser agravada por quedas no valor da glicemia (quantidade de açúcar no sangue), calor, cansaço e pode ser mais intensa em pacientes que possuem um histórico de enxaqueca [8].



O QUE FAZER?

Primeiramente, a equipe de saúde deve afastar a hipótese de hipertensão e pré-eclâmpsia, visto que a dor de cabeça é um sinal comum dessas doenças [5]. Para o manejo da cefaleia, é importante que você mantenha uma boa alimentação e hidratação; evite ficar ambientes fechados; exposição intensa ao sol e calor [8] e, em último caso, **e somente sob prescrição médica**, uso de remédios analgésicos [5].



SANGRAMENTO NAS GENGIVAS

Trata-se de uma pequena hemorragia espontânea nas gengivas da mulher. Costuma ser causada pelo aumento da circulação sanguínea na mucosa da boca, ocasionada devido ao aumento dos hormônios da gestação [8].

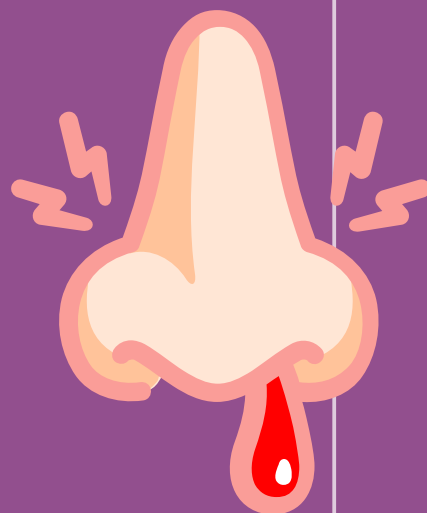


O QUE FAZER?

Para o manejo desse sangramento, você deve realizar a higienização delicada dos dentes com uma escova de cerdas macias; realizar bochechos com solução oral antisséptica [8]; usar fio dental e manter o acompanhamento dental em dia [5].

SANGRAMENTO NASAL

Também conhecido como epistaxe, o sangramento nasal costuma ocorrer em gestantes devido ao aumento da circulação sanguínea na região do nariz neste período [8].



O QUE FAZER?

Para o manejo deste sangramento, você pode realizar a lavagem do nariz com soro fisiológico; manter uma leve compressão na base do nariz (parte de cima, entre os olhos) e, em último caso, e **somente sob prescrição médica**, uso de remédios vasoconstritores. Em casos mais graves, é importante a avaliação de um especialista [8].



VARIZES

As varizes são veias dilatadas logo abaixo da pele. Elas ocorrem principalmente devido à predisposição genética e podem ser agravadas por se ficar muito tempo em pé. Tendem a aparecer com a evolução da gestação e aumento de peso, causando dor e inchaço [8].



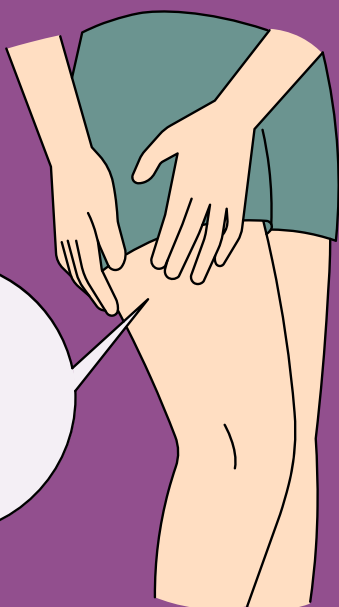
Na tentativa de evitar o aparecimento de varizes, você deve evitar, sempre que possível, ficar

O QUE FAZER?

longos períodos sentada ou em pé; procurar descansar com os pés elevados e fazer uso de meias de compressão, sob orientação de um profissional de saúde. Em casos mais graves, pode ser necessário o tratamento por cirurgia, mas este deverá ser feito apenas após a gestação [8].



CÂIMBRAS



As câimbras são espasmos involuntários e, muitas vezes, dolorosos, que ocorrem nos músculos. Costumam acontecer no início da noite e da manhã, devido à estiramentos intensos ou súbitos dos músculos, como o ato de espreguiçar-se, por exemplo [8].

Para evitar que as câimbras aconteçam, você deve evitar alongar seus músculos excessivamente ao acordar, principalmente os pés; evitar, sempre que possível, ficar longos

**O QUE
FAZER?**

períodos sentada ou em pé; e, durante as crises, realizar compressas mornas associadas à massagens no local [8].

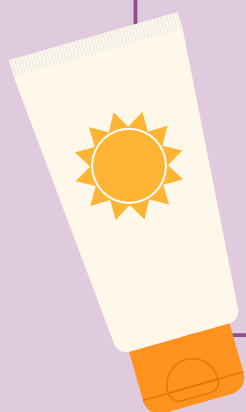


MANCHAS NO ROSTO

Essas manchas escuras ou acastanhadas (melasma) que surgem na pele da gestante, principalmente no rosto, são chamadas de cloasma gravídico, ou seja, é o melasma que aparece durante a gestação. De forma geral

o aparecimento dessas manchas ocorre pela produção hormonal, própria da gestação e exposição ao sol sem as devidas proteções (boné e protetor solar)[10].

O principal cuidado que você deve ter para evitar essas manchas, é o uso constante de proteção, como protetor solar e bonés, principalmente quando for se expor ao sol. Existem tratamentos que podem ser realizados



**O QUE
FAZER?**

para a diminuição dessas manchas, mas eles devem ser iniciados apenas após a gestação [10].



ESTRIAS

As estrias são cicatrizes que aparecem na pele, quando há a destruição (por qualquer motivo) das fibras superficiais da pele [11]. Elas podem ser agravadas durante a gestação com algumas condições, como bebês grandes para a idade gestacional, gestações de gêmeos, excesso de líquido amniótico e excesso de ganho de peso [8]. Costumam ser mais comuns na área do abdômen, glúteos, coxas e mamas [8], apresentando-se com coloração arroxeada/rosada inicialmente, e tomando uma cor mais parecida com a pele da mulher com o passar do tempo [5].



O QUE FAZER?

De forma geral, o indicado para combater o aparecimento de estrias é evitar o ganho de peso excessivo durante a gestação [8] e realizar massagens locais com cremes e/ou

substâncias oleosas (vale lembrar que esta última estratégia ainda é controversa) [5].

INCHAÇO

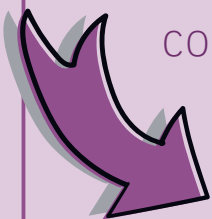
Também conhecido como edema, os inchaços que ocorrem na gestação costumam afetar as pernas e pés e, em alguns casos, as mãos. Pode piorar ao longo do dia, principalmente se a gestante ficar muito tempo em pé ou andando [8].



O QUE FAZER?

Para ajudar no manejo dos inchaços você deve evitar, sempre que possível, ficar longos períodos sentada ou em pé; descansar com os pés elevados e fazer uso de meias de compressão, sob orientação de um profissional de saúde.

Massagens para drenar o líquido acumulado nos membros inferiores (pernas e pés) também costumam ajudar [8].



ATENÇÃO! É importante que o profissional de saúde do pré-natal avalie a possibilidade de edema

SURGIRAM DÚVIDAS?





QUEIXAS PSICOLÓGICAS

A gestação é um acontecimento único na vida da mulher, que provoca mudanças psicológicas, hormonais e físicas, e fazem com que o corpo materno se prepare para gerar e garantir o desenvolvimento de um bebê. Essas modificações são extremamente complexas e singulares, mudam de uma mulher para outra, ou de uma gestação para outra e podem propiciar sentimentos como medo, dúvidas, angústias e curiosidade [12].

A vivência dos sentimentos pela mulher pode variar a cada trimestre, não havendo uma ordem correta, nem obrigatoriedade para que ocorram.

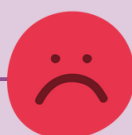


QUAIS SENTIMENTOS VOCÊ TEVE DESDE QUE DESCOBRIU A GESTAÇÃO?



(LEMBRE-SE: TODOS OS SENTIMENTOS SÃO VÁLIDOS!)

- | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| ☐ Raiva | ☐ Ciúme | ☐ Afeto |
| ☐ Amor | ☐ Agressividade | ☐ Alegria |
| ☐ Tristeza | ☐ Surpresa | ☐ Frustração |
| ☐ Medo | ☐ Esperança | ☐ Confiança |





1º TRIMESTRE

Podem ocorrer sensações de ambivalência com relação à gestação (desejá-la ou não); ansiedade para a comunicação da gravidez à família e parceiro(a) (podendo ter repercussões diferentes, a considerar o contexto em que esta gravidez ocorreu); dúvidas sobre estar ou não grávida; medo de possíveis abortos; aumento da irritabilidade e sensibilidade; início das modificações corporais e desconfortos; entre outros [5].

VOCÊ PODE USAR ESTE ESPAÇO ABAIXO PARA REFLETIR SOBRE O QUE SENTIU DURANTE O 1º TRIMESTRE! VAI SER INTERESSANTE LER ISSO APÓS A GESTAÇÃO..!

2º TRIMESTRE

Podem ocorrer alterações tanto no desejo, quanto na performance sexual; as mudanças corporais consequentes da gestação já se tornam mais visíveis; há a percepção dos movimentos do



bebê dentro da barriga e o impacto que esse acontecimento pode gerar (o bebê se torna um ser concreto, sendo um dos primeiros passos para o vínculo mãe-bebê), entre outros. Vale ressaltar que este

é considerado o trimestre da gestação com a maior estabilidade emocional [5].

VOCÊ PODE USAR AS LINHAS ABAIXO PARA REFLETIR SOBRE O QUE SENTIU DURANTE O 2º TRIMESTRE! VAI SER INTERESSANTE LER ISSO APÓS A GESTAÇÃO...!

3º TRIMESTRE

Nesse momento pode ocorrer um aumento da ansiedade com relação à mudança de rotina que ocorrerá com o nascimento do bebê; os medos com relação ao parto se tornam mais pronunciados (leia mais sobre este tema nos capítulos 2 “O que devo saber para o parto” e 3 “Como aliviar a dor no trabalho de parto?”, desta série); as queixas físicas poderão se tornar um pouco mais frequentes nesse momento, entre outros [5].



VOCÊ PODE USAR AS LINHAS ABAIXO PARA REFLETIR SOBRE O QUE SENTIU DURANTE O 3º TRIMESTRE! VAI SER INTERESSANTE LER ISSO APÓS A GESTAÇÃO..!

AMBIVALÊNCIA NA GESTAÇÃO

Para começarmos, devemos definir o conceito de ambivalência: se trata da presença conjunta, sobre um mesmo objeto (seja ele uma pessoa, uma situação, etc), de sentimentos opostos.

Em geral, pensamos na gravidez como um momento muito idealizado, deixando de lado os desafios e ansiedades a que a mulher pode estar sujeita. A falta dessa conversa, de forma aberta pela sociedade, leva a mulher, muitas vezes, a se sentir culpada pelos próprios sentimentos de ambivalência, tão recorrentes na gestação [13].

É comum que a descoberta da gravidez seja rodeada de diversos tipos de sentimentos: surpresa, alegria e, por vezes, medo. Durante o curso da gestação, você poderá também sentir emoções ambíguas como tristeza, desânimo, insegurança e culpa [12].

Alguns dos fatores que podem levar a uma menor autoestima e dificuldade para a mulher assumir o papel de mãe são: ter uma gestação não planejada; eventos estressores; gestações de risco



(para a mulher, para o bebê, ou ambos); ou até mesmo o desejo de abortar [12].

Questões como planejamento pessoal e desejo pela gestação, contribuem de forma muito positiva para a experiência materna durante da gravidez, mas também devemos chamar atenção para a importância do apoio social e da equipe de saúde (como, por exemplo, grupos de gestantes realizados em hospitais ou unidades básicas de saúde) para uma possível melhora da experiência da maternidade, além do próprio desenvolvimento da criança [12].



MUDANÇAS NA AUTOIMAGEM

A gestação traz mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais na vida da mulher, com a intenção de proporcionar as melhores condições para o crescimento do bebê que está por vir. Isso ocorre do início ao fim da gravidez, visto que são necessárias





adaptações dos órgãos internos, mudanças hormonais e, também, no funcionamento do corpo [14]. O processo de construção da autoimagem ocorre desde o nascimento até a morte da pessoa e, durante a vida, acontecem as mais diversas alterações, de acordo com o momento que ela está vivenciando.



Portanto, as mudanças que se passam durante o processo de gestação, podem ter muitas consequências na imagem corporal da mulher, visto que vivemos em uma sociedade que conduz homens e mulheres a variadas preocupações e insatisfações com o próprio corpo, podendo estas serem mais ou menos perturbadoras [14].

Ao entrar no período gestacional, a mulher pode não se sentir atraente, fazendo com que sua autoestima diminua. Esse momento pode, ainda, ser conflitante para a mulher, pois, ao mesmo tempo que está vivenciando uma situação considerada maravilhosa (ato de gerar um bebê), ela não está se sentindo bem [14].

Mesmo que o corpo possua uma estrutura semelhante para todas as pessoas, ele possui um teor extremamente individual. Por fim, é importante lembrar que, sendo um ser biológico, nosso corpo é feito de emoções e expressões internas, além de ser o meio que usamos para nos relacionar com o mundo e com outras pessoas (inclusive com o seu bebê) [14].



SEXUALIDADE

Alguns autores apontam que a gestação é considerada como um momento de “crise” na vida da mulher, exigindo que se ocorram muitas adaptações para que aconteça um novo equilíbrio durante essa fase. Essas adaptações possuem impactos importantes tanto na saúde física, quanto na emocional e um dos aspectos que pode ser afetado é a sexualidade [15].

Por muito tempo, e até nos dias de hoje, a sexualidade é um tema rodeado de tabus e preconceitos.

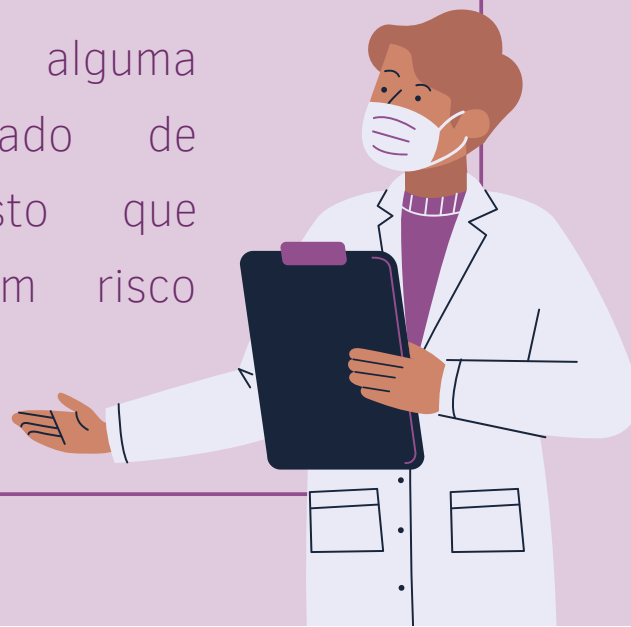


Portanto, apenas a parte biológica não é suficiente para explicá-la, já que a sexualidade é também uma expressão cultural, psicológica e emocional [14].



Algumas sensações que podem estar presentes durante o ato sexual são: medo de machucar o bebê; interferência da vitalidade fetal; crença de que o sexo durante a gestação é perigoso; vergonha; preocupação; ou até a “presença” do bebê naquele momento [15].

Por fim, reforça-se que a abstinência sexual deve ser feita apenas se a gestante assim desejar, ou se a equipe de saúde julgar necessário (devido à alguma doença ou risco aumentado de nascimento prematuro), visto que atividades sexuais não oferecem risco para a gestação em si [5].



Capítulos desta série:

- I. O que preciso saber sobre a amamentação?
- II. O que devo saber sobre o parto?
- III. Como aliviar a dor no trabalho de parto?
- IV. Normas e rotinas do hospital.
- V. O que mudará no meu corpo na gestação?
- VI. Por que devo fazer o pré-natal?
- VII. Indução de parto, vamos entender?
- VIII. Parto Normal ou Cesárea?

"É justo que muito custe,
o que muito vale."

- Santa Teresa D'Ávila



Este material foi desenvolvido pela aluna de graduação em Enfermagem Thais Munhoz Bueno da Faculdade de Enfermagem da Unicamp (FEnf/UNICAMP) com orientação da Profa. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice (FEnf/UNICAMP) e financiamento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), no período de 2022-2023.



CAPÍTULO VI

GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO – HES

POR QUE DEVO FAZER O PRE-NATAL?



1ª edição



Capítulos I a IV
Cartilha – Parte I



Referências
Capítulos I a IV



Capítulos V a VIII
Cartilha – Parte II



Referências
Capítulos V a VIII

SUMÁRIO

Importância do Pré-Natal.....	4
Principais vantagens do Pré-Natal.....	4
Alta do Pré-Natal.....	6
O Pré-Natal.....	6
Qual a frequência das consultas?.....	6
Quais exames são realizados?.....	7
Hemograma.....	9
Tipagem Sanguínea e Fator RH.....	10
Coombs Indireto.....	10
Glicemia de Jejum.....	12
Teste de Tolerância à Glicose (TOTG).....	12
Teste para Sífilis.....	13
Teste para HIV.....	15
Toxoplasmose.....	16
IgG e IgM.....	17
Teste para Hepatite B.....	18
Urina I - Urocultura.....	19
Como realizar a coleta de urina?.....	20
Ultrassonografia Obstétrica.....	21
Citopatológico de Colo de Útero (Papanicolau ou Preventivo).....	22
Exame de Secreção Vaginal (Exame do Cotonete).....	23
Como serão as consultas de Pré-Natal?.....	24
Exame Físico.....	26
Anamnese.....	27
Isoimunização Rh.....	28
Vacinação.....	30

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

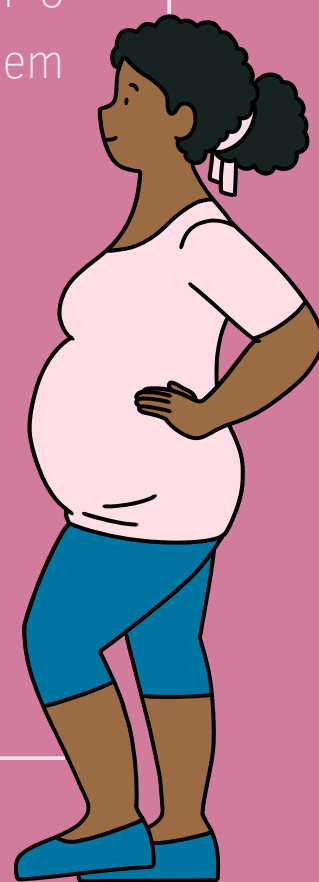


O pré-natal tem um papel de extrema importância na saúde da mulher, do bebê e da família! Este acompanhamento tem como objetivo prevenir ou detectar precocemente doenças maternas e fetais, o que permite o início dos tratamentos e garante um menor risco para a gestante e seu bebê durante este período [1].

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, você deve realizar pelo menos 6 consultas de pré-natal [2]. O acompanhamento pré-natal é a principal estratégia para garantir um bom desenvolvimento da gestação, finalizando com o parto de um recém-nascido saudável e sem impactos negativos para a saúde materna [3].

PRINCIPAIS OBJETIVOS DO PRÉ-NATAL

I. Identificar e tratar doenças que já estavam presentes no seu organismo como a hipertensão, diabetes, sífilis, anemias, entre outras. A realização do tratamento evita que



estas tragam mais prejuízos à mulher, não apenas na gestação, mas também a longo prazo [1].



II. Detectar **malformações fetais** e outros problemas de saúde do bebê. Algumas, quando diagnosticadas em suas fases iniciais, permitem que sejam realizados tratamentos até mesmo antes do nascimento do bebê [1].

III. Avaliar o **estado e a localização da placenta**, permitindo que ocorra um acompanhamento mais detalhado de cada caso. Distúrbios envolvendo a localização da placenta podem causar hemorragias, com riscos para mãe e bebê [1].

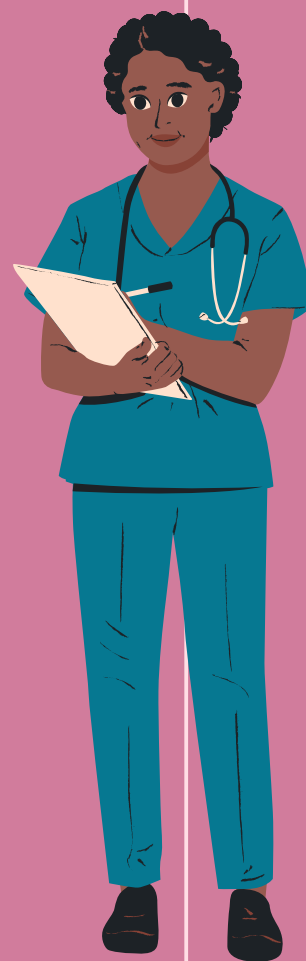
IV. Identificar a **presença de pré-eclâmpsia** (elevação da pressão arterial juntamente com outras diversas alterações do organismo da mulher), que pode levar à convulsões e coma - lembramos que essa é a principal causa de morte materna no Brasil, mas quando identificada e tratada no momento correto, garante uma gestação segura para a mulher e o seu bebê [1].



ALTA DO PRÉ-NATAL?

É importante lembrar que:
não existe alta do pré-natal!

Você deverá manter o acompanhamento até quando internar para ganhar seu bebê! A alta final será dada apenas pela maternidade, após o nascimento da criança. Para que isso ocorra, o binômio mãe-bebê deverá ser avaliado pela equipe de saúde, realizados os exames da triagem neonatal (leia mais sobre a triagem neonatal no capítulo 4 “Normas e Rotinas do Hospital”, desta série) e outros procedimentos necessários [3].

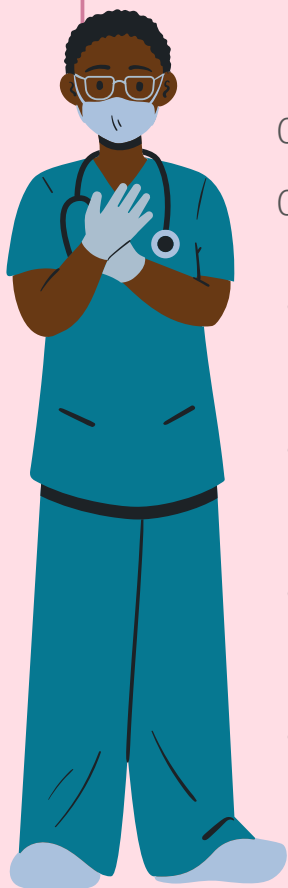


O PRÉ-NATAL

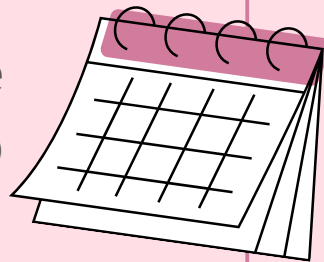
QUAL A FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS?

Tanto a frequência das consultas de pré-natal, quanto o momento do início do acompanhamento, são de extrema importância para o diagnóstico e tratamento de diversas doenças e redução da mortalidade de mães e bebês.

Podemos considerar uma boa assistência neste período, aquela que se inicia precocemente, ocorre com frequência e possui um atendimento profissional adequado [4].



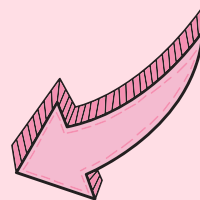
Quando nos referimos à periodicidade das consultas, o indicado pelo Ministério da Saúde é o esquema abaixo[3]:



- Antes das 12 semanas – momento em que deve ocorrer a 1º consulta de pré-natal.
- Até 28 semanas – as consultas devem ocorrer 1 vez ao mês.
- Entre 28 e 36 semanas – as consultas devem ocorrer a cada 15 dias.
- Entre 36 e 41º semanas – as consultas devem ocorrer 1 vez por semana.

Após 41 semanas você deverá ser encaminhada ao hospital de referência e a equipe de saúde conversará com você sobre os possíveis métodos de indução do parto!

QUAIS EXAMES SÃO REALIZADOS?



Os exames que o Ministério da Saúde orienta que sejam feitos de rotina (nos casos de gestações de risco habitual), são os citados a seguir:

1º TRIMESTRE

Hemograma, Tipagem Sanguínea e Fator Rh, Coombs Indireto (se a mulher for Rh negativo), Glicemia em Jejum, Teste Rápido de Sífilis e/ou VDRL, Teste Rápido de HIV + Anti-HIV, Toxoplasmose (IgM e IgG), Sorologia para Hepatite B, Urocultura + Urina I, Ultrassonografia Obstétrica, Citopatológico de Colo de Útero ("papanicolau" - se necessário), Exame da Secreção Vaginal (se necessário) [2].

2º TRIMESTRE

Teste de Tolerância à Glicose (TOTG | Curva Glicêmica) - preferencialmente entre a 24 e 28 semanas e Coombs Indireto (se a mulher for Rh negativo) [2].

3º TRIMESTRE

Hemograma, Glicemia em Jejum, Coombs Indireto (se a mulher for Rh negativo), VDRL, Anti-HIV, Sorologia para Hepatite B, Toxoplasmose (se o IgG não for reagente), Urocultura + Urina I, Bacterioscopia de Secreção Vaginal [2]

MAS, PARA QUE SERVEM ESSES EXAMES? VAMOS ENTENDER!

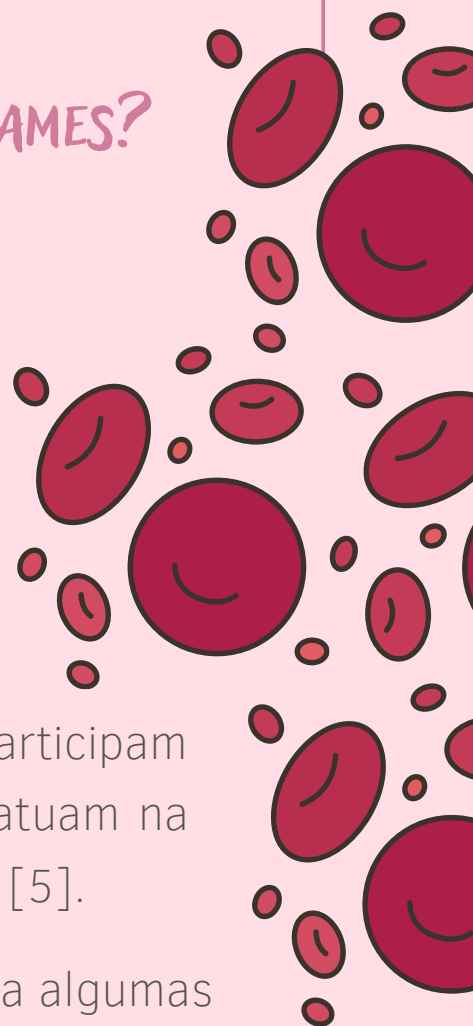
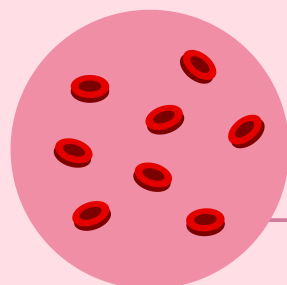
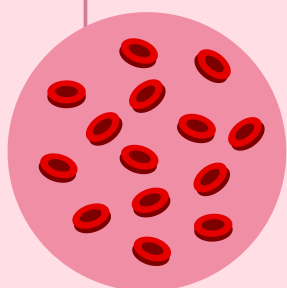
HEMOGRAMA

Trata-se do exame que nos fornece informações sobre os três principais tipos de células sanguíneas: células vermelhas (realizam o transporte de oxigênio no corpo), células brancas (participam no combate à infecções) e plaquetas (atuam na coagulação do sangue), além de outras. [5].

Durante a gestação, a mulher enfrenta algumas alterações fisiológicas, sendo possível apresentar aumento de até 50% do volume sanguíneo, já que há a necessidade de maior quantidade de sangue para o útero, placenta e bebê.

Além disso, sabemos que há uma queda na imunidade da gestante durante o período, e isso se dá devido à queda no funcionamento dos glóbulos brancos do sangue [6].

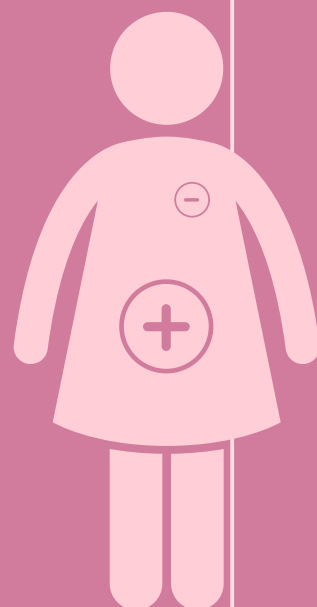
Através desse exame, será possível a detecção ou sugestão da presença de algumas doenças, como a anemia ou a diminuição das plaquetas [3].



TIPAGEM SANGUÍNEA E FATOR RH

Trata-se de um exame de sangue, no qual serão identificados o tipo sanguíneo da gestante e também o fator Rh (se o sangue é do tipo positivo ou negativo) [7]. Caso a gestante possua o sangue Rh positivo, não são necessários outros exames complementares.

Se a mulher possuir o sangue Rh negativo, com parceiro com Rh positivo ou desconhecido, será necessário realizar a coleta do exame de Coombs Indireto, para a prevenção da Doença Hemolítica Fetal/Neonatal (leia mais sobre o assunto na seção “Coombs Indireto” a seguir e “Isoimunização Rh” na página 28 deste capítulo) [3].



COOMBS INDIRETO

Esse é um exame que detecta, no sangue da mãe, a presença de anticorpos contra as células vermelhas do sangue do feto que, quando presentes, podem causar a **Doença Hemolítica Fetal ou Neonatal**. Se o exame de Coombs Indireto for **positivo**, a gestante

deverá ser encaminhada para o pré-natal de alto risco, para que receba o acompanhamento adequado.

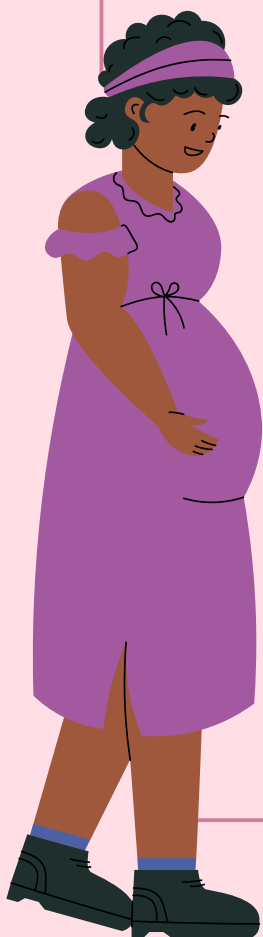


Caso o resultado do Coombs Indireto for **negativo** (e a mulher possuir o sangue Rh negativo, com parceiro com Rh positivo ou desconhecido), esta deverá receber a injeção de **imunoglobulina anti-D** (conhecida como vacina anti-D), entre 28 e 34 semanas [9].



Agora, antes de conversarmos sobre exames de glicemia, é importante compreendermos a diferença entre Diabetes Mellitus Pré-Gestacional (DM) e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

- **Diabetes Mellitus Pré-Gestacional:** trata-se do diagnóstico de diabetes que ocorreu durante a gestação, mas que já estava presente antes da gravidez [9].
- **Diabetes Mellitus Gestacional:** trata-se do diagnóstico de diabetes que foi desenvolvida durante a gravidez [9].



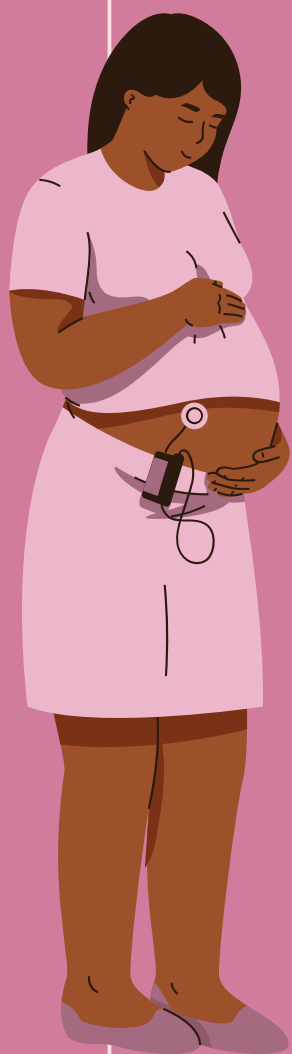
GLICEMIA EM JEJUM

Trata-se de um exame para detectar a presença do aumento dos níveis de açúcar no sangue [10].



A coleta do exame para avaliação da glicemia de jejum deve ser solicitada no início do pré-natal para o diagnóstico de DM (valores iguais ou maiores que 126 mg/dl) e DMG (valores entre 92 mg/dL e 125 mg/dL).

Caso o resultado do exame seja considerado normal (valor abaixo de 92 mg/dL), a gestante deve ser encaminhada para a realização do Teste de Tolerância à Glicose (TOTG), entre 24 e 28 semanas [3]. Caso o resultado do exame esteja alterado (valor igual ou maior que 92 mg/dL), a gestação será considerada de alto risco e necessitará de acompanhamento específico.



TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (TOTG)

Conhecido como Curva Glicêmica, o TOTG se trata de um exame em que a mulher ingere



75g de glicose oral e realiza três coletas de sangue na sequência (jejum, após 1h e após 2h da ingestão). É feito entre 24 e 28 semanas, e este exame necessita de, pelo menos, 8 horas de jejum. A orientação é que a mulher não faça a ingestão de outros alimentos entre as coletas [11].



Para o diagnóstico positivo para Diabetes, é necessário, **ao menos, um valor alterado** conforme apresenta a tabela abaixo[9]:

Diabetes Mellitus	Jejum: ≥ 126 mg/dL ou 2 horas: ≥ 200 mg/dL
Diabetes Mellitus Gestacional	Jejum: entre 92 e 125 mg/dL ou 1 hora: ≥ 180 mg/dL ou 2 horas: entre 153 e 199 mg/dL

Vale ressaltar que esse valores podem sofrer modificações com o passar dos anos.

TESTE PARA SÍFILIS

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), caracterizada por úlceras (feridas) indolores na pele ou genitais, com base endurecida e aumento dos linfonodos na região.



Seu contágio acontece no ato sexual através do contato direto com mucosas ou pele onde há presença de lesões da Sífilis, por transfusão sanguínea (rara atualmente) ou através da placenta (transmissão da mãe para o bebê).

Quando a mãe está contaminada com a Sífilis, a doença costuma ser passada para o feto por volta das 16-18 semanas, mas pode ocorrer durante o parto vaginal, se houver lesões ativas no momento.



A Sífilis na gestação pode causar algumas consequências negativas, como abortamento tardio, trabalho de parto prematuro, morte fetal e Sífilis Congênita (quando o bebê já nasce com a doença) [12].

Por fim, recomenda-se que o teste para detecção da doença seja feito na primeira consulta, no 3º trimestre de gestação e no momento da internação hospitalar. Caso o resultado seja positivo, a mulher deve ser encaminhada para o tratamento imediatamente - este é simples e eficaz, realizado com injeções de antibiótico (Penicilina), de acordo com o protocolo para cada caso [2].

S

i

F

i

L

i

S

TESTE PARA HIV

O HIV é o vírus causador da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), que afeta o sistema imunológico do indivíduo, deixando-o mais suscetível a doenças.



Este vírus é transmitido através do contato sexual desprotegido, contato com objetos perfurocortantes contaminados ou através da placenta (transmissão da mãe para o bebê).

É importante lembrar que possuir o vírus HIV não quer dizer que você irá desenvolver a AIDS, pois sob tratamento adequado, uma pessoa poderá viver toda a vida com o vírus, sem nunca desenvolver a doença [13].

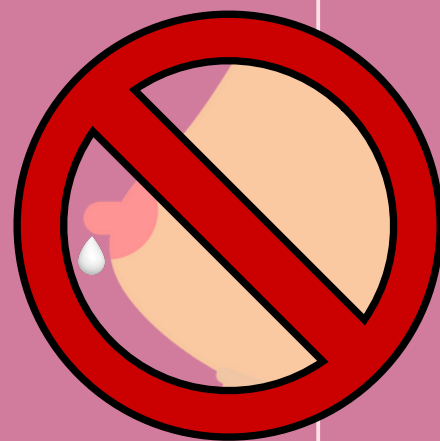
Com um acompanhamento adequado durante o pré-natal da mulher que vive com o HIV, é possível impedir a transmissão do vírus da mãe para o bebê e manter a carga viral materna próxima de zero (ou indetectável).

Além de impactar na qualidade de vida da mulher, o tratamento correto para o HIV irá diminuir as chances da transmissão vertical e,



desde que a mulher esteja com a doença controlada, o parto vaginal não será contraindicado [14].

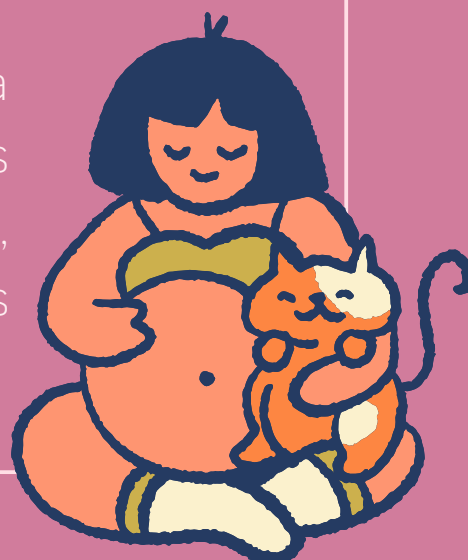
No entanto, mesmo que a mulher esteja indetectável para o HIV (com uma quantidade tão baixa do vírus no sangue, que os testes não conseguem detectá-lo), a amamentação ainda será contraindicada e deverá ser inibida por meio de medicamentos [14].



Por fim, recomenda-se que o teste para detecção da doença seja feito na primeira consulta e no 3º trimestre de gestação e, caso o resultado for positivo, a mulher deve ser encaminhada para o tratamento imediatamente. Este teste também é realizado no momento da internação para o parto [14].

TOXOPLASMOSE

A Toxoplasmose pode ser transmitida através da ingestão de carnes contaminadas mal passadas ou cruas, água e outros alimentos contaminados ou contato direto com fezes de gatos



contaminados [16]. Costuma apresentar, no indivíduo, sintomas leves, a depender do estágio da infecção, como sintomas gripais, dores musculares e alterações de linfonodos [17]. Na gestação, a toxoplasmose poderá causar abortamento, bebês com icterícia (pele amarela por alterações no sangue), microcefalia, macrocefalia e/ou crises convulsivas [17].



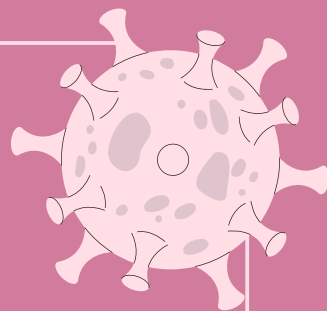
IgM
IgG

Após de conversarmos sobre a Toxoplasmose, é importante que saibamos o conceito e a diferença entre os termos IgM e IgG, por vezes presentes em alguns exames - inclusive no próprio exame para detectar a toxoplasmose.

As sorologias são exames que detectam a presença de alguns tipos de anticorpos no nosso sangue e, os mais comuns de serem avaliados são os chamados "IgM" e "IgG".

Um teste com IgM positivo, quer dizer que a pessoa está com a **doença ativa no organismo**

naquele momento (nesse caso, está contaminada com toxoplasmose no momento do teste).



Já o IgG positivo significa que a pessoa já teve contato com a doença em algum momento da vida (nesse caso, já teve contato com a toxoplasmose durante a vida), mas não necessariamente está doente [15]. Na dúvida, o seu pré-natalista poderá explicar melhor sobre os resultados deste exame!

TESTE PARA HEPATITE B



A Hepatite B é uma infecção sexualmente transmissível que causa inflamações no tecido do fígado, podendo evoluir para câncer hepático.

Ela é transmitida através do contato com secreções genitais ou sangue contaminados, objetos perfurocortantes contaminados ou através da placenta (mãe-bebê) [18]. Inicialmente pode causar sintomas como febre, cansaço, perda de apetite, vômitos, dor abdominal e urina escura[19].



Durante a gestação, a infecção pela Hepatite B pode causar descolamento ovular, diminuição do líquido amniótico, rompimento prematuro das membranas que envolvem o bebê, parto prematuro, abortos espontâneos, baixo peso ao nascer e morte fetal ou neonatal [18].



Por fim, recomenda-se que o teste para a detecção da doença seja feito no primeiro e terceiro trimestres [2] e, caso a mulher ainda não possua imunidade para a Hepatite B, deverá ser vacinada de acordo com o seu cartão vacinal, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde [19].

UROCULTURA - URINA I

O exame de Urocultura trará resultados indicando a presença ou não de infecções no trato urinário, com atenção para a Bacteriúria Assintomática, que se trata do quadro em que a mulher não possui sintomas, mas a infecção está presente. Já o exame de Urina I, apresentará presença ou não de alterações nos



componentes da urina, com atenção para a proteinúria (presença de proteína na urina), que pode ser sugestivo da presença de pré-eclâmpsia [3]. Sabe-se que a infecção

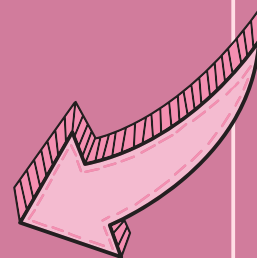


urinária durante a gestação é uma condição muito recorrente, devido às alterações fisiológicas próprias desse período. No entanto, a presença de infecções urinárias é preocupante pois pode aumentar os riscos de complicações durante a gravidez, tanto para a mãe, quanto para o bebê.

Portanto, os exames de Urina I e Urocultura devem ser solicitados de rotina segundo protocolo, mesmo que a mulher não esteja apresentando sintomas [20].



COMO REALIZAR A COLETA DE URINA?

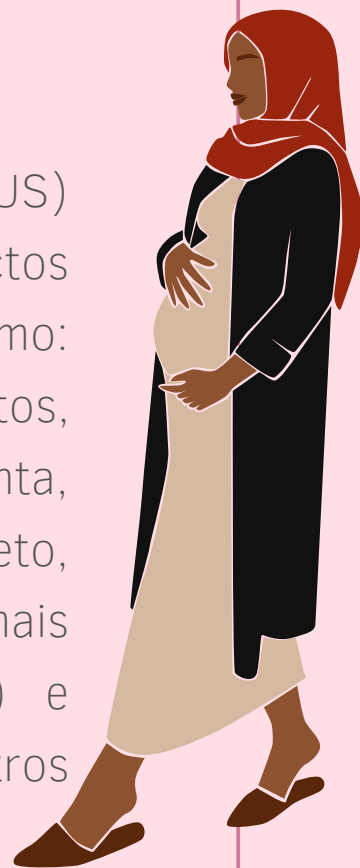


Para realizar a coleta do exame de urina, é importante que você siga alguns cuidados: realizar uma boa higienização das mãos e da vulva (parte de fora do genital), desprezar o primeiro jato de urina e, então, realizar a coleta sem tocar nas bordas internas do frasco e da tampa.



ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

Durante o exame de Ultrassonografia (US) Obstétrica, são avaliados diferentes aspectos relacionado ao bebê e à gestação, tais como: atividade cardíaca fetal, número de fetos, posição e grau de amadurecimento da placenta, idade gestacional, tamanho e posição do feto, presença de todas as partes do corpo (mais eficiente após 18 semanas de gestação) e quantidade de líquido amniótico, além de outros detalhes [21].



- **Ultrassonografia Precoce (< 24 semanas):** recomenda-se a realização de uma US antes de 24 semanas para estimar a idade gestacional, detectar a presença de gestações de gêmeos e melhorar a experiência gestacional da mulher [21, 22].
- **Ultrassonografia Translucência Nucal (entre 11 e 13 semanas):** associado à idade materna, o exame de translucência nucal costuma detectar cerca de 75% dos casos de bebês com Síndrome de Down. No entanto, a mulher e família deverão ser orientados sobre o exame, função e risco de falsos-positivos [22].

- Ultrassonografia Morfológica (entre 20 e 24 semanas): nos casos de gestantes de baixo risco, pesquisas mostram que essa US não melhora o desfecho da gestação, no entanto, aumenta a detecção de malformações congênitas [22].



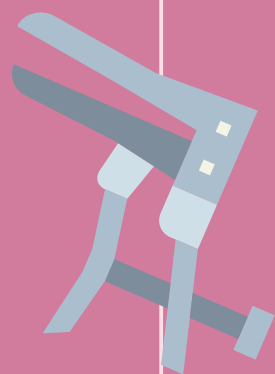
- Ultrassonografia tardia (após 24 semanas): não recomendado para gestantes de baixo risco se a US precoce já foi realizada [21, 22]. Porém, poderá ser solicitada em situações específicas.



CITOPATOLÓGICO DE COLO DO ÚTERO

Também conhecido como C.O., papanicolau ou preventivo, o citopatológico de colo do útero é o exame que detecta a presença de lesões sugestivas do câncer de colo do útero [23].

Esse câncer é causado através da infecção por alguns tipos do vírus HPV (Papiloma Vírus Humano) que podem levar à alterações do tecido do colo do útero e evoluir para o câncer [23].



O exame é simples, no qual são colhidas algumas células do colo uterino e avaliadas em microscópio [24]. Caso a mulher esteja com a coleta deste exame em atraso, ele poderá ser realizado em qualquer período gestacional, porém alguns profissionais preferem adiar a coleta para o segundo trimestre, já que sangramentos e abortos costumam ser mais comuns durante o primeiro trimestre. A técnica utilizada para coleta do exame em gestantes é um pouco diferente e não traz riscos à saúde da mulher e do bebê [3].



EXAME DE SECREÇÃO VAGINAL (EXAME DO COTONETE)



Este exame tem como função a verificação da presença da bactéria estreptococo do grupo B (EGB) na região genital/anal da gestante.

O EGB pode ser transmitido ao bebê durante o trabalho de parto (através da subida da bactéria pelo canal vaginal até o útero) ou durante a passagem dele pelo canal de parto.



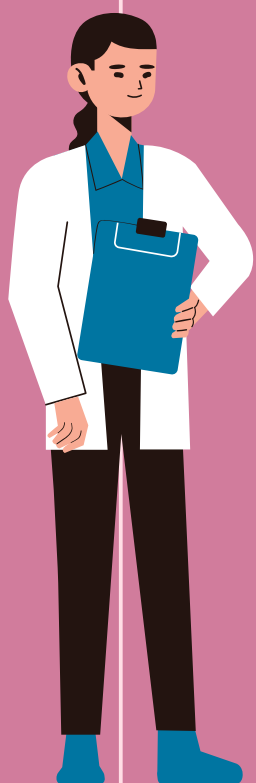
Se contaminado pelo EGB, o recém-nascido poderá desenvolver pneumonia, sepse ou até meningite.

Para a detecção da presença do EGB, recomenda-se a realização do exame de secreção vaginal e perianal entre 35 e 37 semanas de gestação. Em caso de um teste positivo, será necessário a administração de antibióticos durante o trabalho de parto, conforme protocolo institucional [25]. Lembre-se: a presença do EGB no momento do parto não impede o parto normal.

COMO SERÃO AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL?

Primeiramente, será necessário calcular a sua idade gestacional (IG, ou seja, com quantas semanas de gestação você está) e a data provável do parto (DPP, ou seja, o dia em que você completará 40 semanas de gestação)[2].

Em seguida, você e o profissional irão conversar sobre seu histórico de saúde, principalmente na primeira consulta, e será realizado o exame físico.



Por fim, poderão ser solicitados exames (a depender do momento gestacional) e orientações sobre suplementos, medicações e condições de saúde.

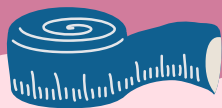


É muito importante que você aproveite o momento da consulta para conversar com o profissional de saúde sobre todas as suas dúvidas, medos e sentimentos[2]!

**O QUE VOCÊ GOSTARIA DE PERGUNTAR
DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL?**



EXAME FÍSICO



Medição da altura uterina (a partir de 12 semanas, em geral, a cada consulta).



Medição da pressão arterial, pulso, ausculta pulmonar e cardíaca (a cada consulta).



Peso (a cada consulta) - para verificação do ganho de peso e cálculo do IMC



Exame clínicos das mamas (quando necessário).



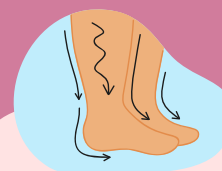
Exame vaginal (somente quando necessário, mas não é comum).



Palpação abdominal para perceber o tamanho do bebê e a sua posição (a cada consulta).



Ausculta dos batimentos cardíacos do bebê (a cada consulta).



Pesquisa de inchaços (a cada consulta).



ANAMNESE

(PRINCIPALMENTE NA 1ª CONSULTA)

Antecedentes Ginecológicos

data da última menstruação (DUM), regularidade dos seus ciclos menstruais, se fazia ou não o uso de anticoncepcionais, histórico de infecções sexualmente transmissíveis, última citologia oncológica realizada, etc.

Antecedentes Gerais

cirurgias que tenha feito, possíveis hospitalizações durante a vida, uso de medicações, alergias, se faz uso de álcool, cigarro ou outras drogas, calendário de vacinação, etc.

Antecedentes Obstétricos

quantas vezes engravidou, número de abortos, número de partos (e de qual tipo), se teve partos prematuros, complicações neonatais ou obstétricas, etc.

Antecedentes Familiares

hipertensão arterial, diabetes mellitus, malformações congênitas, gemelaridade, etc.

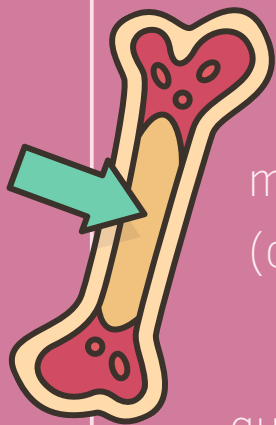
Atividade Sexual

número de parceiros, idade da primeira relação sexual, existência de dor na relação, etc.



ISOIMUNIZAÇÃO RH

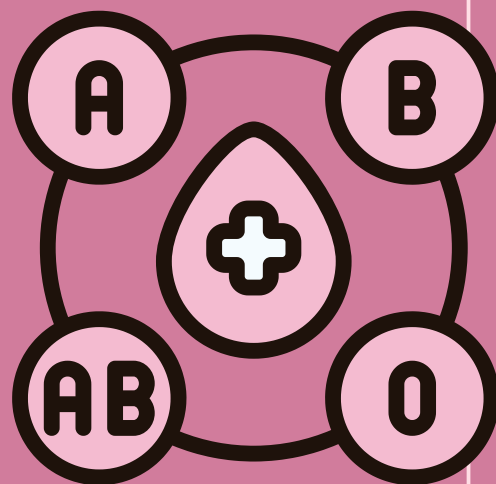
TIPOS SANGUÍNEOS - SISTEMA ABO E RH



O sangue é um tecido vivo, produzido na medula óssea dos chamados "ossos chatos" (como vértebras, costelas, quadris e crânio).

Durante a gestação, o sangue materno faz com que o bebê receba oxigênio (através de células chamadas glóbulos vermelhos ou hemácias), nutrientes e células de defesa.

Atualmente utiliza-se o sistema ABO e Rh para a classificação de tipos sanguíneos, identificados, portanto, como A+, A-, B+, B-, AB+, AB-, O+ e O- [26].

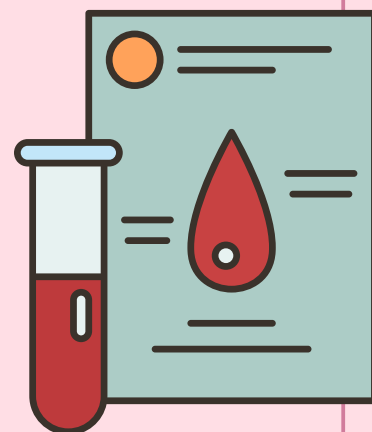


DOENÇA HEMOLÍTICA DO FETO OU RECÉM-NASCIDO (ERITROBLASTOSE FETAL OU NEONATAL)

Quando uma mulher que possui um tipo sanguíneo Rh negativo (A-, B-, AB- ou O-), engravida de um

bebê que possui um tipo sanguíneo com Rh positivo (A+, B+, AB+ ou O+), ela pode começar a produzir anticorpos contra o sangue do bebê.

Isso acontece pois o seu sistema imune compreende o sangue do feto como diferente do seu próprio.



O início da produção desses anticorpos acontece, em geral, durante o parto, quando o sangue fetal e materno entram em contato, mas pode também ocorrer durante o período do final da gestação [27].

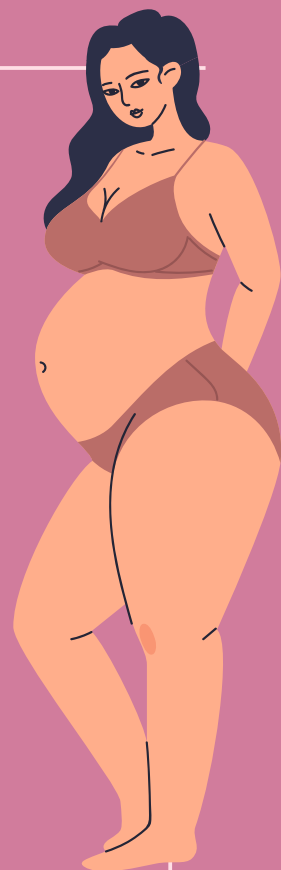


Mas, qual é o problema disso? Todos esses anticorpos que são produzidos pela mãe, permanecem circulando em seu sangue por anos.

Caso ocorra uma próxima gestação em que o bebê possua um tipo sanguíneo Rh positivo, estes anticorpos podem destruir os glóbulos vermelhos do feto, causando anemia e, em alguns casos, a morte deste bebê - essa é a chamada Doença Hemolítica do Feto ou Recém-Nascido [27].



Por isso, todas as gestantes devem fazer o exame de tipagem sanguínea (teste para saber qual é o seu tipo sanguíneo) e pesquisa destes anticorpos no sangue (Coombs Indireto) já na primeira consulta de pré-natal. É importante, também, a realização da testagem do pai do bebê, pois esta informação poderá auxiliar nas tomadas de decisão do profissional de saúde [28].



VACINAÇÃO

A seguir temos uma tabela sobre a vacinação durante a gravidez, quais vacinas são indicadas de rotina, as que são indicadas apenas em casos especiais, e aquelas contraindicadas, ou seja, que não devem ser administradas durante a gestação [30, 31]. Converse com os profissionais de saúde que te acompanham e não deixe de levar sua carteira vacinal durante as consultas de pré-natal!



SUA VACINAÇÃO ESTÁ EM DIA?

☐

SIM

☐

NÃO



INDICADAS

dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche) e dT
(Difteria e Tétano)

Hepatite B

Influenza (Gripe)

COVID-19

INDICADAS APENAS EM
SITUAÇÕES ESPECIAIS

Hepatite A

Hepatite A e B

Pneumocócicas

Meningocócicas Conjugadas ACWY ou C

Meningocócica B

Febre Amarela

CONTRAINDICADAS

Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola)

HPV (Papiloma Vírus Humano)

Varicela (Catapora)

Dengue

Capítulos desta série:

- I. O que preciso saber sobre a amamentação?
- II. O que devo saber sobre o parto?
- III. Como aliviar a dor no trabalho de parto?
- IV. Normas e rotinas do hospital.
- V. O que mudará no meu corpo na gestação?
- VI. Por que devo fazer o pré-natal?
- VII. Indução de parto, vamos entender?
- VIII. Parto Normal ou Cesárea?

"É justo que muito custe,
o que muito vale."

- Santa Teresa D'Ávila



Este material foi desenvolvido pela aluna de graduação em Enfermagem Thais Munhoz Bueno da Faculdade de Enfermagem da Unicamp (FEnf/UNICAMP) com orientação da Profa. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice (FEnf/UNICAMP) e financiamento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), no período de 2022-2023.



CAPÍTULO VII

GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO – HES

INDUÇÃO , DE PARTO, VAMOS ENTENDER?



1ª edição



Capítulos I a IV
Cartilha – Parte I



Referências
Capítulos I a IV



Capítulos V a VIII
Cartilha – Parte II



Referências
Capítulos V a VIII

SUMÁRIO

Indução de Parto: o que é isso?.....	4
Quais são as indicações para indução?.....	5
Quais são as contraindicações para indução?.....	7
Contraindicações absolutas.....	7
Contraindicações relativas.....	9
Riscos da Indução do parto.....	10
Tipos de Indução.....	12
Métodos Naturais.....	12
Descolamento de Membranas.....	13
Cateter Foley (Método de Krause ou Indução por Balão).....	15
Misoprostol.....	17
Ocitocina.....	19
Rompimento de Membranas (Amniotomia).....	21
E se a indução falhar?.....	23

INDUÇÃO DE PARTO: O QUE É ISSO?

A indução de parto é um processo que tem como objetivo estimular as contrações do útero, naquelas mulheres que ainda não iniciaram a atividade uterina, para que o nascimento do bebê ocorra por via vaginal [1].



A indução pode ser feita através de métodos farmacológicos (com medicamentos), métodos mecânicos ou métodos naturais [1].

O método escolhido para a indução do seu parto deverá levar em consideração a saúde da mãe e do bebê, as contraindicações de cada método e o nível de amadurecimento do colo do útero, para que se evite procedimentos com maior chance de falha.





ATENÇÃO!

Cabe à equipe de saúde examinar e conversar com a gestante para sugerir o melhor método de indução [2]. Conversaremos mais sobre estes métodos neste capítulo.

QUAIS SÃO AS INDICAÇÕES PARA INDUÇÃO?

As indicações para a indução do parto são aquelas usadas nos casos em que há alguma condição específica ou patologia materna/fetal, indicando que a continuidade da gestação pode comprometer a saúde da mulher e/ou do bebê.



Abaixo estão listadas as principais indicações para a indução do parto [3]:

- Ruptura prematura das membranas ao redor do bebê, sem sinais de trabalho de parto [3];



- Infecção ovular (infecção que acomete os tecidos ao redor do feto, como membranas, placenta e líquido amniótico) [3];
- Restrição de crescimento do bebê dentro do útero [3];
- Nefropatias (doenças que causam alterações nos rins) [3];
- Síndromes hipertensivas (alterações nos valores da pressão arterial) [3];
- Gestação prolongada (no Brasil, considera-se, nesses casos, as gestações acima de 41 semanas) [3].
- Pneumopatias (doenças que causam alterações nos pulmões) [3];
- Diabetes Mellitus (alterações nos níveis de açúcar no sangue) [3];



QUAIS SÃO AS CONTRAINDICAÇÕES PARA INDUÇÃO?



Assim como as indicações, abaixo estão listadas as contraindicações absolutas e relativas com relação à indução de parto.

Lembre-se: todas as informações deverão ser discutidas com a equipe de saúde que te acompanha e você deverá ser informada dos riscos e benefícios envolvidos no seu caso.

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

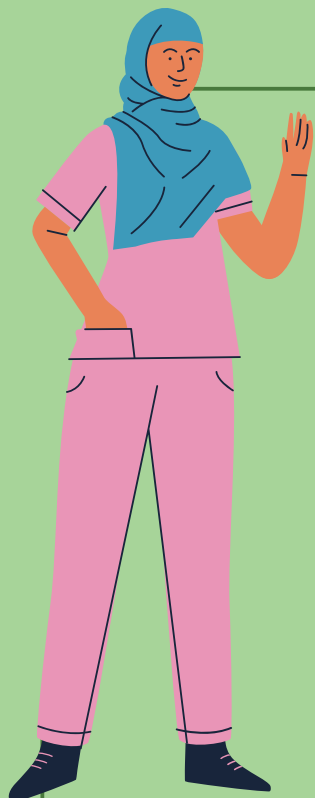
- Placenta prévia (quando a localização da placenta está por cima ou muito próxima ao colo do útero) [4];



- Vasa prévia (quando há a presença de vasos sanguíneos vindos da placenta que acabam localizados por cima ou muito próximos à entrada do colo do útero) [4];

- Prolapso de cordão umbilical (saída do cordão umbilical pela vagina, antes do bebê) [4];
- Apresentação transversa (bebê “atravessado no útero”) [4];
- Anormalidades na pelve materna [4];
- Herpes genital (HSV) com presença de lesões (feridas) no canal vaginal e/ou vulva no momento do parto [4];
- Tumores prévios (tumor de colo de útero ou vagina e mioma uterino) [4];
- Cesárea anterior com cicatriz na vertical e/ou outras cicatrizes uterinas prévias (como nos casos de retiradas de miomas, por exemplo) [4];

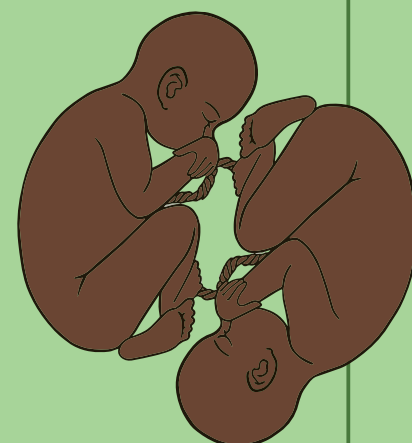
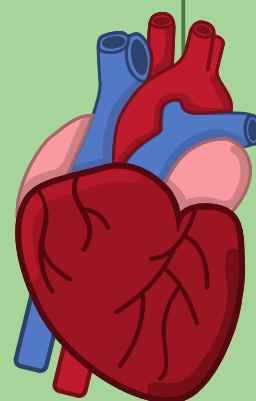


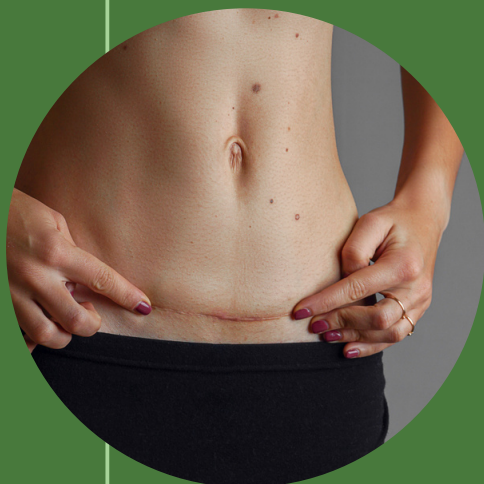


- Desproporção cefalopélvica (nos casos em que a cabeça do bebê é desproporcional à pelve da mãe [4] - mas essa questão é avaliada durante o trabalho de parto).

CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- Eventuais alterações na frequência de batimentos do coração do bebê [4, 5];
- Macrosomia fetal (casos de bebês com peso maior que 5000 g em mulheres sem diabetes e bebês com peso maior que 4500 g em mulheres com diabetes) [4, 5];
- Polidrâmnio (presença de excesso de líquido amniótico) [4, 5];
- Gestação gemelar (nos casos que o primeiro bebê não está cefálico [com a cabeça no colo no útero] ou em que os bebês dividem a mesma bolsa amniótica) [4, 5];

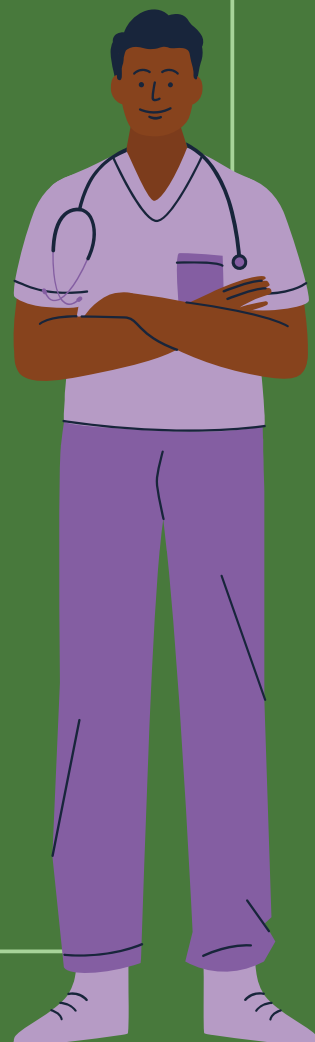




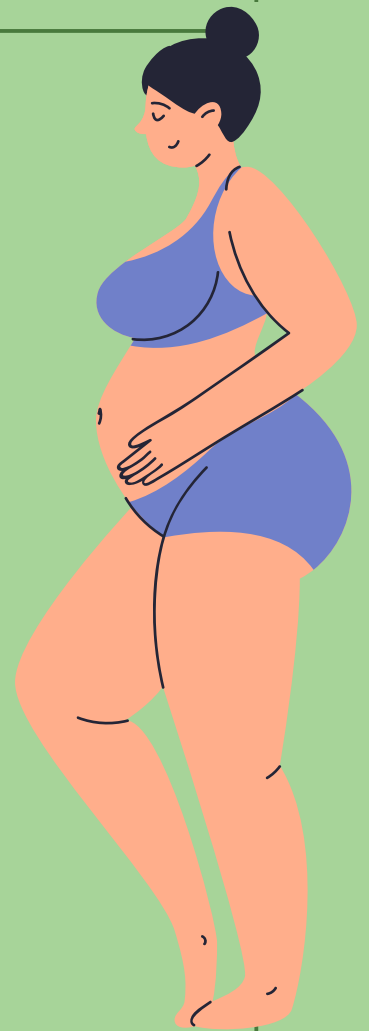
- Apresentação pélvica (bebê “sentado” na barriga) [4, 5];
- Cirurgia cesariana anterior (cicatriz horizontal - a mais comum de ser realizada no Brasil) [4, 5];
- Multiparidade (várias gestações) [4, 5].
- Doença cardíaca materna [4, 5];
- Oligoidrâmnio (presença de pouco líquido amniótico) [4, 5];

RISCOS DA INDUÇÃO DO PARTO

A indução de parto é um procedimento seguro, no entanto, como todos os demais procedimentos relacionados à saúde, não está isento de riscos. Algumas possíveis complicações relacionadas à indução de parto são[6]:



- Aumento da incidência de nascimentos via cirurgia cesariana;
- Atividade uterina excessiva (quando ocorrem mais de 5 contrações em 10 minutos ou casos com contrações durando mais de 120 segundos);
- Anormalidades na frequência dos batimentos do coração do bebê;
- Ruptura da parede do útero;
- Prematuridade (ocorrendo por possíveis erros no cálculo da idade gestacional);
- Prolapso de cordão umbilical através da vagina (quando ocorre, o cordão poderá ficar comprimido entre o bebê e a saída vaginal, acabando por interromper o fluxo de oxigênio e sangue para o feto).



TIPOS DE INDUÇÃO

O processo de indução do parto pode ser realizado através de diferentes métodos. Entre eles estão os métodos naturais, métodos farmacológicos e métodos mecânicos, os quais serão detalhados a seguir.

MÉTODOS NATURAIS

No caso dos métodos naturais para a indução do parto, não existem relatos de que possam causar algum efeito negativo à mulher e ao bebê. Os mais conhecidos popularmente são: comidas termogênicas (gengibre, pimenta...), escalda-pés, chás de ervas, relação sexual, entre outros. No entanto, é necessário ressaltar que a efetividade destas técnicas não são bem definidas, pois ainda não existem estudos científicos comprovando seus efeitos [2].



VOCÊ JÁ OUVIU FALAR SOBRE INDUÇÃO DE PARTO COM MÉTODOS NATURAIS? QUAIS?



DESCOLAMENTO DE MEMBRANAS

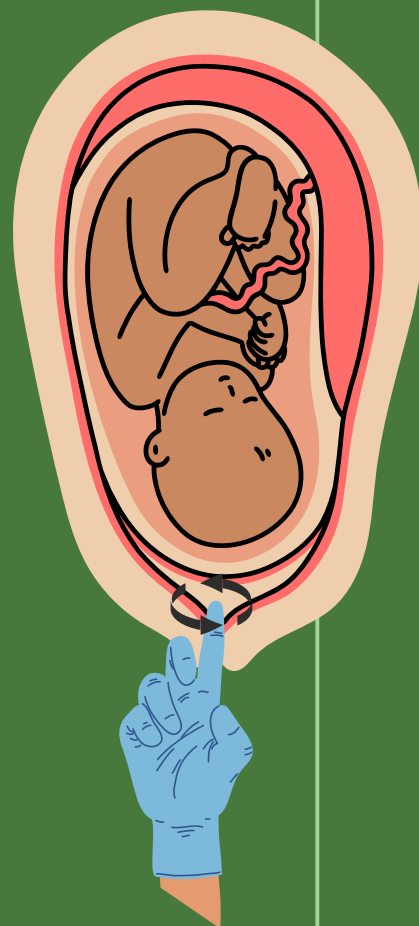


É um método usado há muito tempo na indução do parto e consiste na separação das membranas da bolsa de águas do colo do útero.

Esse procedimento terá o potencial de auxiliar no aumento da produção local de substâncias que ajudam no início do trabalho de parto [7].

COMO É REALIZADO?

O descolamento de membranas é realizado pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) obstetra, quando este faz a introdução de dois dedos na vagina, alcançando o colo do útero. Então, segue-se com um movimento circular dos dedos para o descolamento das membranas da bolsa de águas no local [8].



QUAIS SÃO OS RISCOS?

Podem ocorrer complicações como a ruptura da bolsa de águas, certo desconforto pela paciente, cólicas, além de pequeno sangramento local [7].

SURGIRAM DÚVIDAS? ANOTE AQUI!





CATETER DE FOLEY (MÉTODO DE KRAUSE OU INDUÇÃO POR BALÃO)

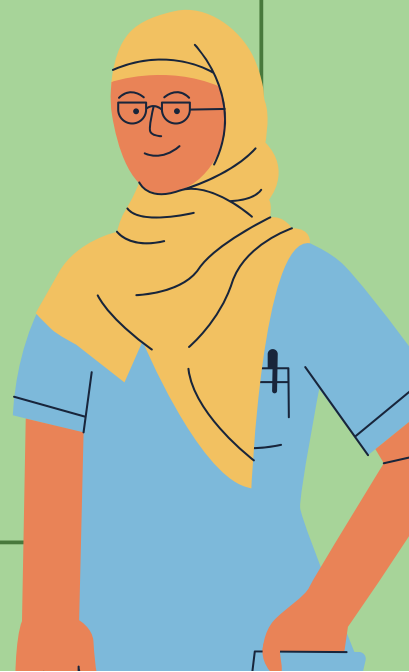


Neste método, a gestante irá utilizar uma sonda (semelhante a uma “mangueira flexível”, com um pequeno balão inflável na ponta) a qual será inserida

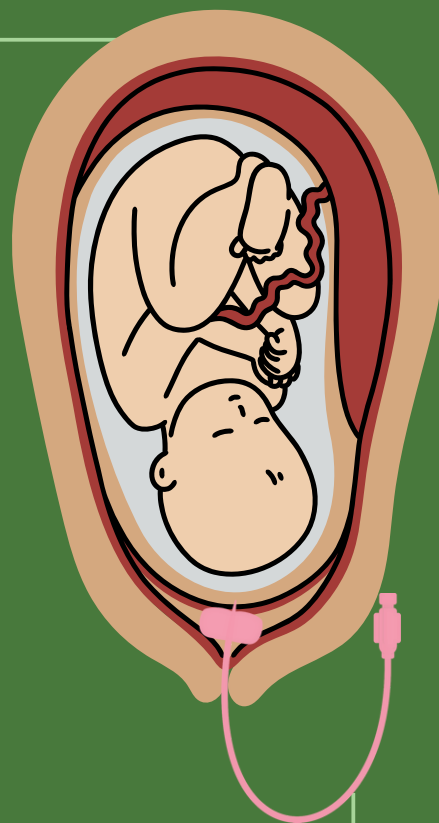
na entrada do colo uterino para realizar o seu amadurecimento, tornando-o mais fino, macio e um pouco dilatado [2].

COMO É REALIZADO?

Em um procedimento estéril, é realizada a inserção da sonda (cateter de Foley) através do colo do útero e, após a inserção, será inserido entre 30 e 60 mL de



água dentro do balão localizado na ponta do cateter. Esse dispositivo deverá ficar no lugar por até 24h ou até que se solte sozinho. Caso não haja início das contrações uterinas depois da retirada do cateter, outros métodos poderão ser utilizados, segundo protocolo da instituição de saúde [6].



QUAIS SÃO OS RISCOS?

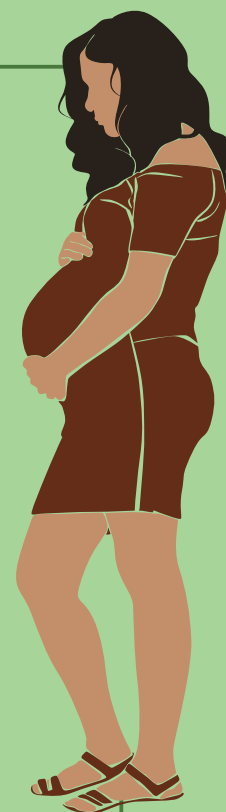
As principais complicações relacionadas ao uso do catéter de Foley são o deslocamento do balão, ruptura de membranas que envolvem o bebê, desconforto materno com sinais de sangramento e infecção genital [2].

QUAIS SÃO AS CONTRAINDICAÇÕES?

O método de Krause não deve ser utilizado se a mulher estiver com a bolsa de águas rompida (risco de infecção), com placenta baixa ou sangramento uterino [6].



SURGIRAM DÚVIDAS? ANOTE AQUI!



MISOPROSTOL

O Misoprostol é uma medicação em comprimido que atua no colo do útero, modificando a sua estrutura (tornando-o mais amolecido e fino), o que facilita a dilatação e também pode ajudar a estimular as contrações uterinas [10].

COMO É ADMINISTRADO?

Os comprimidos de Misoprostol poderão ser administrados por vias como vaginal, oral, sublingual e retal, no entanto, estudos científicos mostram que a forma mais indicada para a indução do parto é a via vaginal [11].



QUAIS SÃO OS RISCOS?

As duas principais complicações do uso do comprimido de Misoprostol são a atividade uterina excessiva (quando há a presença de mais de 5 contrações em 10 minutos ou contrações durando mais de 120 segundos) e a Síndrome de Hiperestimulação Uterina (quando há aumento das contrações uterinas juntamente com alterações na frequência cardíaca do bebê) [6].

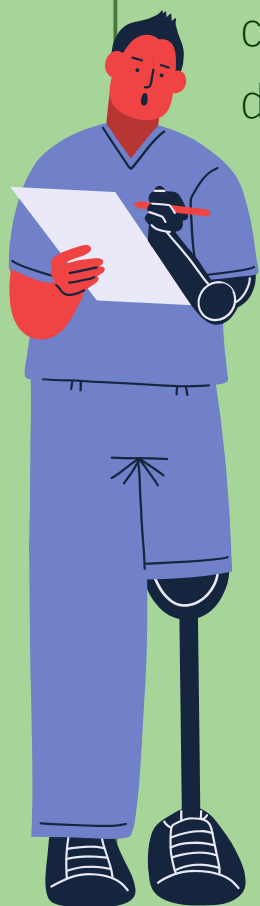
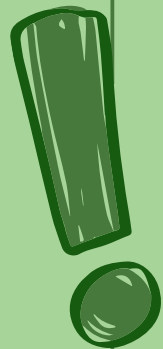


QUAIS SÃO AS CONTRAINDICAÇÕES?

O Misoprostol não pode ser utilizado em mulheres que já passaram por uma cirurgia uterina ou cesariana, pelo risco de rompimento do útero no local da cicatriz uterina [12].

SURGIRAM DÚVIDAS? ANOTE AQUI!





OCITOCINA

A ocitocina é um hormônio e é o medicamento mais utilizado para a indução do trabalho de parto. As principais ações da ocitocina no organismo são: 1) causar contrações uterinas e 2) realizar a ejeção de leite durante a amamentação [9].

COMO É ADMINISTRADA?

Em geral, a ocitocina é administrada de forma endovenosa (por um dispositivo colocado na veia, com auxílio de uma bomba de infusão) e sua dosagem deve ser controlada de forma rigorosa pela equipe de saúde [9].

QUAIS SÃO OS RISCOS?

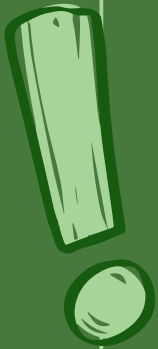
O uso da ocitocina pode levar a duas principais complicações,





como a atividade uterina excessiva (quando há a presença de mais de 5 contrações em 10 minutos ou contrações durando mais de 120 segundos) e a Síndrome de Hiperestimulação Uterina (quando há aumento das contrações juntamente com alterações na frequência cardíaca do bebê) [6].

SURGIRAM DÚVIDAS? ANOTE AQUI!

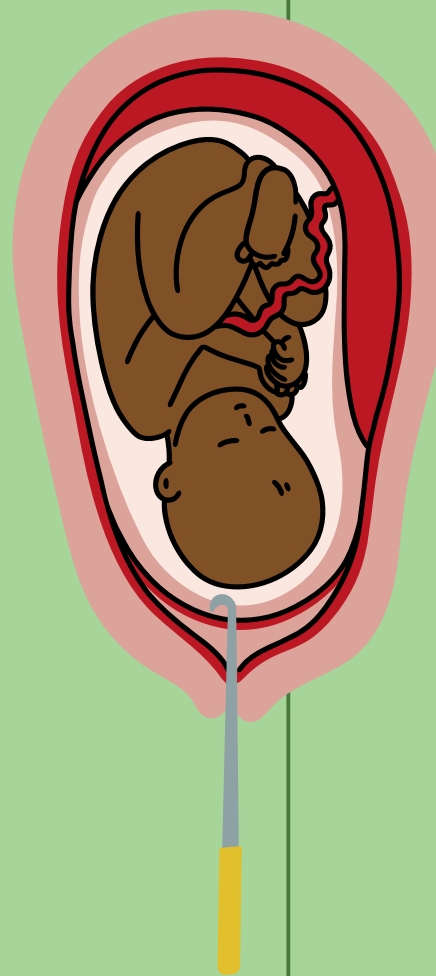


ROMPIMENTO DE MEMBRANAS (AMNIOTOMIA)

Este método trata-se do rompimento artificial das membranas que recobrem o bebê dentro do útero [2].

COMO É REALIZADO?

O rompimento de membranas (amniotomia) é realizado através de um instrumento chamado amniótomo [13]. Como mostrado na imagem ao lado, é um utensílio semelhante a uma agulha de crochê, inserido através do colo do útero e usado para o rompimento das membranas que estão em volta do bebê dentro do útero materno.



QUAIS SÃO OS RISCOS?

É importante lembrar, que, apesar da amniotomia poder acelerar o trabalho de parto, ela pode causar algumas complicações. As principais complicações relacionadas ao uso da amniotomia são



possíveis alterações na frequência cardíaca do bebê [14], desenvolvimento de inflamação das membranas que o recobrem, possível prolapso ou compressão do cordão umbilical, e alta variação do tempo entre o rompimento da bolsa e o início das contrações uterinas [2].



QUAIS SÃO AS CONTRAINDICAÇÕES?

O rompimento de membranas não é indicado nos casos da presença de infecções como HIV e HPV [2].

SURGIRAM DÚVIDAS? ANOTE AQUI!



E SE A INDUÇÃO FALHAR ?

A falha na indução de parto se dá quando há a ausência de contrações uterinas depois de 24 a 48 horas do início do processo de indução, ou conforme protocolo institucional[5]. Caso isso ocorra, a equipe de saúde deverá avaliar qual é a urgência para que o parto aconteça. Nos casos de urgência para o nascimento do bebê, poderá ser realizada uma cesárea; já nos casos em que não há essa urgência, a equipe poderá repetir o mesmo processo de indução ou tentar outro método [5].

Cada método de indução é passível de falha!

Portanto, há o caso em que um método falha e você progride para tentar outra forma de indução; e o caso em que todos os métodos de indução falham - levando ao que chamamos de falha no processo de indução de parto. Neste caso, a única opção que resta para o nascimento do bebê é a cirurgia cesariana.



Capítulos desta série:

- I. O que preciso saber sobre a amamentação?
- II. O que devo saber sobre o parto?
- III. Como aliviar a dor no trabalho de parto?
- IV. Normas e rotinas do hospital.
- V. O que mudará no meu corpo na gestação?
- VI. Por que devo fazer o pré-natal?
- VII. Indução de parto, vamos entender?**
- VIII. Parto Normal ou Cesárea?

"É justo que muito custe,
o que muito vale."

- Santa Teresa D'Ávila



Este material foi desenvolvido pela aluna de graduação em Enfermagem Thais Munhoz Bueno da Faculdade de Enfermagem da Unicamp (FENf/UNICAMP) com orientação da Profa. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice (FENf/UNICAMP) e financiamento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), no período de 2022-2023.



CAPÍTULO VIII

GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO – HES

PARTO NORMAL OU CESÁREA?



1ª edição



Capítulos I a IV
Cartilha – Parte I



Referências
Capítulos I a IV



Capítulos V a VIII
Cartilha – Parte II



Referências
Capítulos V a VIII



SUMÁRIO

Meu parto está chegando... E agora?.....	4
Parto Normal.....	6
Mitos e Verdades sobre o Parto Normal.....	10
Cirurgia Cesariana.....	19
Possíveis Benefícios.....	20
Potenciais Riscos.....	20
Mas, quais são as situações em que a cesárea deverá ser feita?.....	21
Eu posso pedir por cesariana?!.....	22
No caso de uma emergência, a cesariana será realizada?.....	23
Vamos comparar os tipos de parto?.....	25
Plano de Parto.....	26
Vamos Escrever?.....	30

MEU PARTO ESTÁ CHEGANDO... E AGORA?

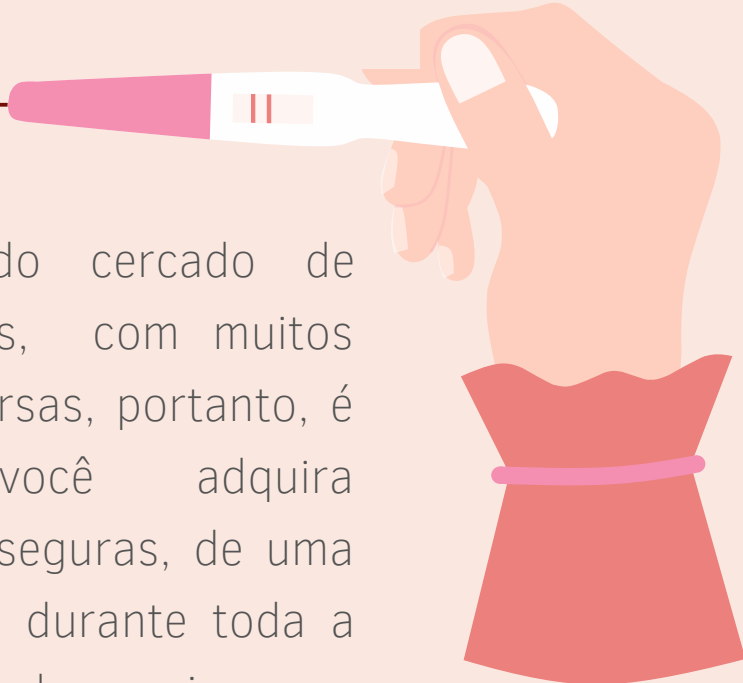
A gravidez é um evento natural do corpo da mulher e ocorre, na maior parte das vezes, sem a necessidade de intervenções da equipe de saúde.

Este processo costuma vir acompanhado de muitas mudanças, sejam elas físicas, emocionais, psicológicas, de rotina, tanto na vida da mulher, quanto na de sua parceria (marido/esposa) e, também, da família [1].

Para que tudo ocorra da forma mais tranquila possível, é muito importante que a mulher possua uma rede de apoio familiar e profissional, tenha acesso às informações referentes à gestação e o parto, além de suporte técnico e emocional de acordo com suas necessidades [2].



**QUANDO SE ESTÁ GESTANTE,
UMA DAS PRINCIPAIS DÚVIDAS PARA A
MULHER É O TIPO DE PARTO!**



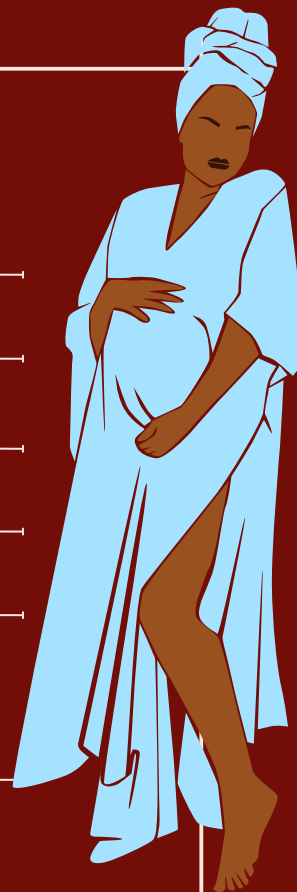
Esse é um período cercado de expectativas e incertezas, com muitos mitos e informações diversas, portanto, é fundamental que você adquira conhecimento de fontes seguras, de uma maneira clara e objetiva, durante toda a gestação, para entender todos os riscos e benefícios de cada tipo de parto e, assim, poder fazer uma opção segura e informada [2].

O momento do parto consiste no encerramento da gestação e pode acontecer por duas vias diferentes: a via baixa, também chamada de parto vaginal ou parto normal; e a via alta, que é a cirurgia cesariana [1].

A seguir, neste capítulo, iremos conversar mais sobre ambas as vias de parto, seus riscos, benefícios e diferenças. Ressaltamos que toda e qualquer gestante deverá ser orientada pela sua equipe de saúde sobre a melhor via de parto para ela e seu bebê, ou seja, aquela que melhor atenderá às condições do binômio [3].



QUAIS DESEJOS VOCÊ TEM PARA O SEU PARTO?



PARTO NORMAL

O parto normal, também conhecido como parto vaginal, é a maneira mais natural de um bebê nascer, pois é um processo que pertence ao corpo da mulher desde o início da humanidade.

Possui uma série de vantagens em comparação com a cirurgia cesariana, tornando-o uma forma muito segura de nascimento, na maioria dos casos [3].

Listaremos abaixo os principais benefícios do parto normal:

- É um acontecimento fisiológico [3];





- A recuperação pós-parto da mulher tende a ser consideravelmente **mais rápida e menos dolorosa** [3,4];
- A perda de sangue durante o parto normal é **menor** que na cesariana [4];
- O bebê tem **menor risco de desenvolver problemas respiratórios** - o trabalho de parto auxilia no preparo final dos pulmões do feto, e durante a passagem pela vagina da mãe, o tórax do bebê é comprimido, o que o ajuda a expulsar possíveis líquidos ainda presentes nos pulmões, facilitando a sua respiração ao nascer [3];
- Possui um custo **baixo** [3];



- Há um **menor risco** para o desenvolvimento de infecções no trato urinário e no útero da mulher [4];
- Não compromete futuras gestações da mulher - como é o caso de repetidas cesáreas [5];

- Há um menor índice de nascimentos de bebês prematuros [5];
- Possibilita à mulher a escolha da posição mais confortável para poder parir [5];
- O aleitamento materno pode ocorrer de forma mais precoce [5].

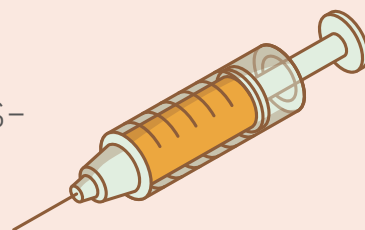


Aqui listamos uma série de orientações que devem ser **encorajadas** durante o pré-natal e no atendimento ao parto, e que aumentam a segurança de um parto normal [6]:

- Construção de Plano de Parto em conjunto com a mulher durante toda a gestação – informar a parceria e/ou família, se aplicável [6], saiba mais sobre o Plano de Parto na página 26 deste capítulo;
- Avaliar os fatores de risco da gestação durante todos os atendimentos de pré-natal [6];



- Realizar a monitorização do bem-estar da mulher durante o processo de pré-parto, parto e pós-parto [6];
- Respeitar a privacidade da mulher, tanto durante o pré-parto, parto e pós-parto [6];
- Respeitar a escolha de acompanhante da mulher para esse momento [6], de acordo com a Lei do Acompanhante 11.108/2005 (leia mais sobre a escolha do acompanhante no capítulo 3 “Como aliviar a dor no trabalho de parto?”, desta série);
- Esclarecer todas as dúvidas da gestante, sobre qualquer situação ou procedimento [6];
- Incentivar a liberdade de movimentação durante o trabalho de parto (leia mais sobre movimentação livre no capítulo 3 “Como aliviar a dor no trabalho de parto?”, desta série) [6];
- Administrar a ocitocina no pós-parto para evitar hemorragias [6];





- Monitorar a evolução do trabalho de parto, segundo orientações da Organização Mundial da Saúde [6];
- Estimular o contato pele a pele entre mãe e bebê de forma precoce, de modo a estimular a amamentação [6].

MITOS E VERDADES SOBRE O PARTO NORMAL



Uma das coisas que mais atrapalha a mulher quando o assunto é o tipo de parto, é a quantidade de informações que ela recebe sobre esse assunto. São tantas opiniões que fica difícil saber o que é verdade ou não. Dessa forma, listamos abaixo algumas das principais informações sobre o tema e vamos desvendar juntas o que é mito e o que é verdade!

"A DOR DO PARTO NORMAL PODE SER CONTROLADA!"



A dor sentida durante o trabalho de parto ocorre por causa de algumas alterações fisiológicas, como a compressão na região pélvica, canal uretral e na



bexiga; contrações uterinas; além da própria dilatação do colo do útero e alongamento do canal vaginal [8]. Questões como frio, cansaço, jejum, desamparo emocional e social, medo, formas pessoais de enfrentamento da dor, experiências traumáticas e ansiedade contribuem para a interpretação dessa experiência pela mulher e, conseqüentemente, na dor sentida durante o processo [9].

Logo, a dor é pessoal e pode variar muito de uma pessoa para outra, e até mesmo de um parto para o outro. Com preparo e informação, a dor sentida durante o trabalho de parto e o parto podem ser muito bem controlada!

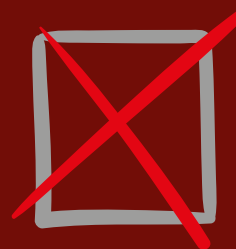


Além disso, para o alívio da dor, é possível utilizar métodos naturais e medicamentosos (leia mais sobre no capítulo 3 “Como aliviar a dor no trabalho de parto?”, desta série).



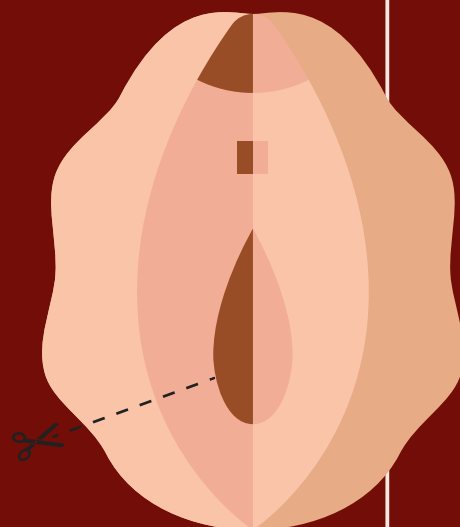
O QUE VOCÊ PENSA E COMO SE SENTE EM RELAÇÃO À DOR NO TRABALHO DE PARTO?

"A EPISIOTOMIA DEVE ACONTECER EM TODO PARTO NORMAL!"

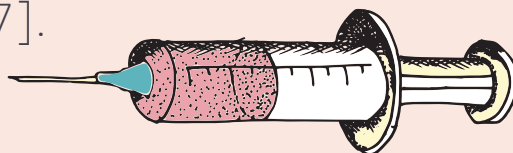


Episiotomia é aquele corte realizada na vagina no momento do parto. O seu uso de forma rotineira (em todos os partos) **não é recomendado** para as gestantes que evoluíram para parto normal.

As pesquisas têm mostrado que sua realização para todas as mulheres não traz benefícios, além de aumentar os riscos e agravos durante o parto e pós-parto.



Caso seja necessário a execução do procedimento, é imprescindível que seja feita a administração de anestesia local de forma efetiva e também o consentimento claro da mulher antes da sua realização [7].



**VOCÊ JÁ TINHA OUVIDO
FALAR NA EPISIOTOMIA?**

☐

SIM

☐

NÃO

**"BEBÊS COM O CORDÃO ENROLADO NO
PESCOÇO PODEM NASCER POR
PARTO NORMAL!"**



Também conhecido como “circular de cordão”, o fato bebê estar com o cordão umbilical enrolado ao redor do pescoço não irá aumentar o risco para ele, nem significa que será necessária a realização de uma cesariana.



Ao longo da gestação, devido à movimentação do feto, o cordão umbilical poderá se enrolar e se soltar várias vezes - estima-se que entre 20 e 40% dos bebês nasçam com circular de cordão, sem maiores riscos [10].

"BEBÊS 'GRANDES' PODEM NASCER DE PARTO NORMAL!"



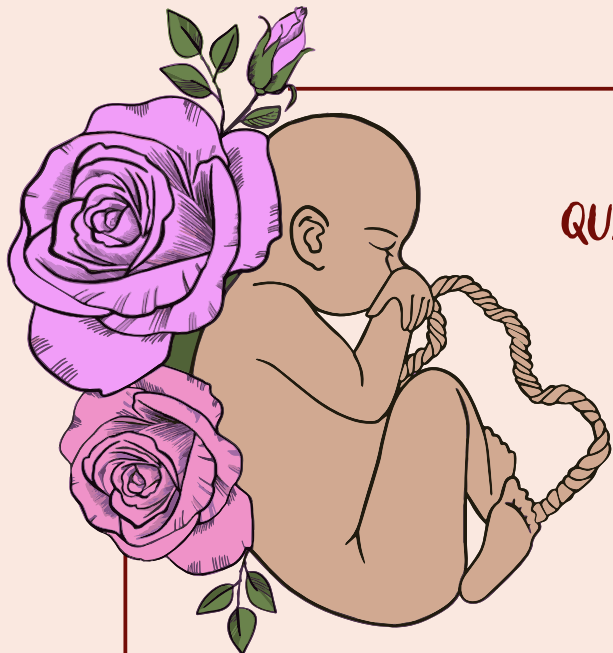
A indicação de cesárea relacionada ao tamanho de bebê acontece apenas nos casos em que o feto possui peso maior que 5000g em mulheres sem diabetes ou nos casos de bebês com mais de 4500g em mulheres com diabetes [11].



Lembre-se: mais importante do que o peso do bebê, é a forma como ele encaixa na pelve da mãe e como ele vai percorrendo seu trajeto para nascer.

Só é possível saber se um bebê um pouco maior vai nascer através do parto normal aguardando a mulher entrar em trabalho de parto e acompanhando todo o processo!



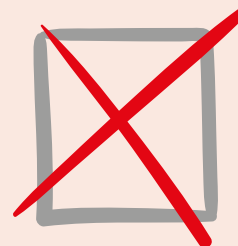


QUANTO SEU BEBÊ PESA ATUALMENTE?

_____ gramas.

_____ semanas.

**"O FÓRCEPS DEVE SEMPRE SER
UTILIZADO NO PARTO NORMAL!"**

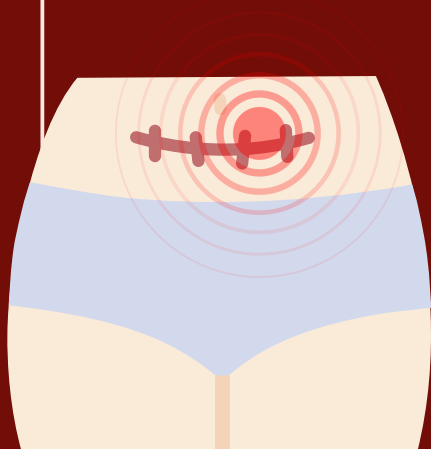
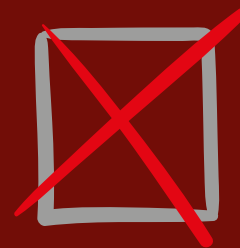


O fórceps é um instrumento obstétrico usado para apreender ("agarrar") a cabeça do bebê e auxiliar a sua saída pelo canal vaginal.

O seu uso pode ser feito diante de algumas indicações como: parturientes com cardiopatias e/ou pneumopatias em que há a necessidade de evitar o esforço próprio do período expulsivo; presença de aneurismas ou tumores cerebrais maternos; sofrimento fetal diagnosticado e parada na progressão do parto durante o período expulsivo. Portanto, é uma ferramenta utilizada de forma muito criteriosa, em situações específicas. [12].



"A CESÁREA NÃO DÓI!"



Estudos mostram que a dor após a realização da cirurgia cesariana pode acometer entre 77,4 e 100% das mulheres no pós-parto [13].

O desconforto no pós-operatório da cesárea se dá, principalmente, devido ao dano nos tecidos do abdômen, que foram cortados para o nascimento.

Mesmo sendo recorrente, a dor pós-operatória é, muitas vezes, deixada de lado, podendo diminuir a qualidade de vida da mulher.

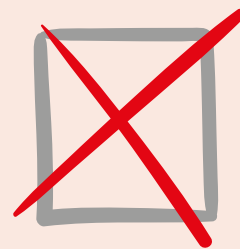


Portanto, é importante que essa situação seja avaliada e a mulher receba um cuidado humanizado, além de medicações para manejo da dor nesse momento [14].





"TENHO A 'BACIA ESTREITA', NÃO POSSO TER PARTO NORMAL!"



Quando pensamos em tamanho corporal, não há nenhuma contraindicação para o parto normal [15], salvo nos casos em que existem evidências concretas como: a presença de um bebê com mais de 5000 g em mulheres sem diabetes ou com mais de 4500g em mulheres com diabetes [11], presença de alguma alteração na estrutura óssea da pelve da mulher [15] ou nos casos de desproporção céfalopélvica (quando a cabeça do bebê é maior do que a pelve da mulher - comuns em situações de hidrocefalia fetal e diabetes materna) e, na maior parte dos partos, não é possível identificar essas ocorrências previamente [16].

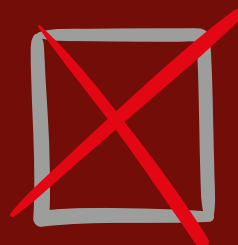
"TEM QUE FAZER CESÁREA SE O BEBÊ FIZER COCÔ (MECÔNIO) NA BARRIGA"



A presença de mecônio no líquido amniótico não apresenta indicação absoluta de cesárea. Nesses casos indica-se o acompanhamento rigoroso da

frequência cardíaca fetal, permitindo o parto normal [17], ou seja, pode ser necessária a cesárea, mas pode ser que não precise também!

"JÁ FIZ UMA CESÁREA, NUNCA MAIS POSSO TER UM PARTO NORMAL!"



Após a realização de uma cesárea, os riscos são maiores na realização de uma segunda cesárea do que um parto normal. Estudos mostram que o intervalo de 20 meses entre os dois partos diminui os riscos de complicações durante o trabalho de parto normal, porém, considera-se seguro e é recomendado a realização de um parto normal após cesárea, independente do intervalo entre os nascimentos [15].

VOCÊ JÁ OUVIU FALAR DE ALGUM OUTRO MITO SOBRE O PARTO NORMAL? ANOTE AQUI E PERGUNTE NA SUA PRÓXIMA CONSULTA DE PRÉ-NATAL !



CIRURGIA CESARIANA

A cesariana é uma cirurgia que foi desenvolvida para salvar a vida da mulher e/ou do bebê, quando acontecem complicações, tanto durante a gravidez, quanto no trabalho de parto ou mesmo no momento do parto efetivamente.



A cesárea também é indicada quando existem contraindicações para o parto normal. Trata-se, então, de uma estratégia que pode ser usada

quando existe algum risco para mulher e/ou para o bebê. Porém, é necessário lembrar que, apesar de seguro, a cesárea é um procedimento cirúrgico e, portanto, não é isento de riscos [18].



POSSÍVEIS BENEFÍCIOS

A realização da cesárea pode apresentar benefícios como conveniência (de datas, por exemplo) e desconforto mínimo para a mulher durante o nascimento do bebê [3].



POTENCIAIS RISCOS

A realização da cesárea pode apresentar alguns inconvenientes como um período de recuperação mais longo, aumento dos riscos de complicações maternas (parada cardíaca materna, histerectomia [retirada do útero], infecções pós-parto, hemorragias, complicações anestésicas, etc), aumento dos riscos de complicações respiratórias no bebê, maior mortalidade neonatal, além de maior chance de desenvolvimento de má formações da placenta em gestações futuras [3].

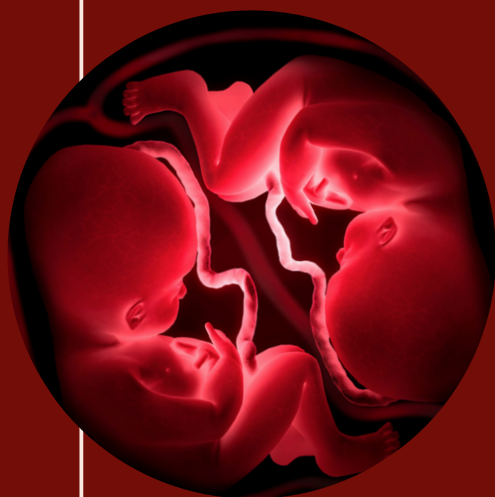


MAS, QUAIS SÃO AS SITUAÇÕES EM QUE A CESÁREA DEVERÁ SER FEITA?

- **Placenta Prévia:** localização da placenta por cima ou muito próxima ao colo do útero [11].
- **Vasa Prévia:** presença de vasos sanguíneos da placenta alocados por cima ou muito próximos ao colo do útero [11].
- **Placenta Acreta:** se trata dos casos em que a placenta se adere de uma forma excessivamente firme à parede do útero [11].
- **Infecção por HIV:** apenas nos casos em que a gestante possui a infecção por HIV e ainda não alcançou a carga viral indetectável [11, 19].
- **Infecção por Herpes (HSV):** nos casos em que há infecção por Herpes genital com lesões presentes no canal vaginal e/ou vulva durante o momento do parto [11].



- **Duas ou mais cesáreas anteriores:** nos casos em que a gestante já foi submetida a duas ou mais cirurgias cesarianas durante a vida [11].
- **Macrossomia Fetal:** bebês com peso maior que 5000 g em mulheres sem diabetes ou no caso de bebês maior que 4500 g em mulheres com diabetes [11].



- **Gemelaridade:** nos casos em que o bebê 1 (aquele mais próximo do colo do útero), não está na posição cefálica (com a cabeça no colo no útero) [11].

EU POSSO PEDIR POR CESARIANA?!

A partir da Resolução nº 2.284/20 do Conselho Federal de Medicina, as cesáreas realizadas a partir do pedido da gestante podem ser agendadas apenas a partir da 39ª semana (273º dia).



A gestante deverá informar seu desejo à equipe de saúde e será necessário a assinatura de um Termo de Consentimento em que ela declara estar ciente de todos os riscos, se responsabilizando por esta escolha [11, 20].



**QUAL TIPO DE PARTO TE DEIXOU MAIS SEGURA?
PENSE SOBRE ISSO E ESCREVA AQUI SUAS IDEIAS!**

**NO CASO DE UMA EMERGÊNCIA, A
CESARIANA SERÁ REALIZADA?**



Sim! Em alguns casos a equipe de saúde irá indicar a cirurgia para garantir segurança para você e/ou seu bebê. Isso ocorre nas seguintes situações:

- **Descolamento Prematuro de Placenta:** nos casos em que a placenta se descola da parede do útero materno antes do nascimento do bebê [11].
- **Vasa Prévia:** presença de vasos sanguíneos da placenta alocados por cima ou muito próximos ao colo do útero [11].
- **Prolapso de Cordão:** nos casos em que ocorrem a saída do cordão umbilical pela vagina, antes do bebê [11].
- **Falha na Progressão do Parto:** nos casos em que o trabalho de parto não evolui, podendo ocorrer por diversas razões [11].
- **Anormalidades na Frequência Cardíaca Fetal (FCF):** nos casos em que ocorrem mudanças preocupantes nos batimentos do coração do bebê, colocando a sua saúde em risco [11].



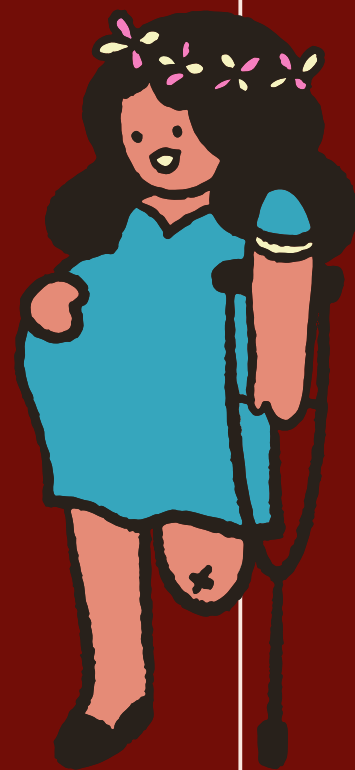
VAMOS COMPARAR OS TIPOS DE PARTO?

	Parto Normal	Cirurgia Cesariana
Prematuridade	menor risco	maior risco
Respiração do Bebê	favorece	não favorece
Dor no Trabalho de Parto	pode ser manejada com métodos de alívio da dor	sempre será realizada sob anestesia
Dor na Saída do Bebê	pode ser manejada com métodos de alívio da dor	sempre será realizada sob anestesia
Dor no Pós-Parto	menor	maior (deverão ser utilizados analgésicos durante sua recuperação)
Complicações	menos frequentes	mais frequentes (acidentes com anestesia e hemorragias)
Infecções no Pós-Parto	mais raras	mais frequente
Amamentação	mais fácil	mais difícil (a descida do leite pode demorar mais)
Recuperação	mais rápida	mais demorada (cirurgia abdominal de grande porte)
Custo	menor	maior
Cicatrizes	menor (possíveis lacerações vaginais)	maior (ferida operatória abdominal)
Risco de Vida	muito baixo	baixo, mas ainda maior que o parto normal
Futuras Gestações	menor risco	maior risco

(Quadro adaptado do Caderno de Atenção Básica - Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco) [3]

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é um documento elaborado pela gestante, preferencialmente em parceria com um profissional de saúde, em que ficam registrados todos os seus desejos e expectativas sobre os cuidados e procedimentos durante o trabalho de parto, parto, pós-parto e atendimento ao recém-nascido, sob condições de baixo risco, ou seja, nos casos em que não existem complicações [21].

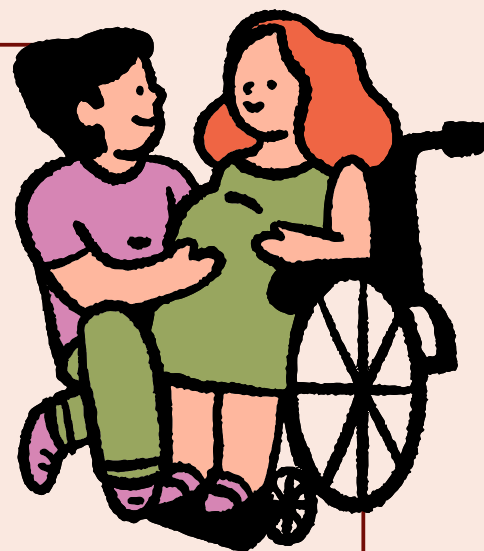


A construção de um Plano de Parto é uma ótima estratégia para incentivar a gestante a refletir sobre tudo o que ela imagina sobre seu trabalho de parto, parto e nascimento do seu bebê, e, principalmente, quais tipos de intervenções ela autoriza ou não.

Essa reflexão se mostra como um dos principais pilares para evitar a ocorrência de violência obstétrica neste período [1].



Ressaltamos que, segundo a OMS, a realização de um Plano de Parto está entre as principais estratégias para uma boa experiência durante o nascimento do seu bebê!



Este documento tem **validade legal** e deve ser entregue à equipe de saúde no momento da sua internação [21].



Lembre-se: todas as informações e preferências descritas no seu Plano de Parto podem e devem ser discutidas com a equipe de saúde que está acompanhando o seu pré-natal. Tire todas as suas dúvidas!



A seguir estão listados alguns dos assuntos mais importantes para reflexão durante sua gravidez e que poderão fazer parte da construção do seu Plano de Parto [22, 23]:



- ☐ Quem será seu acompanhante
- lembre-se que você está
amparada pela Lei do
Acompanhante 11.108/2005;
- ☐ Uso de ocitocina durante o trabalho de
parto;
- ☐ Rompimento artificial da bolsa de águas;
- ☐ Meios de indução de parto;
- ☐ Alimentação durante o trabalho de parto;
- ☐ Monitorização dos batimentos cardíacos do
bebê;
- ☐ Manejo da dor durante o parto;
- ☐ Frequência de exames de toque vaginais;
- ☐ Preferências sobre o ambiente
durante o trabalho de parto;
- ☐ Realização de episiotomia;

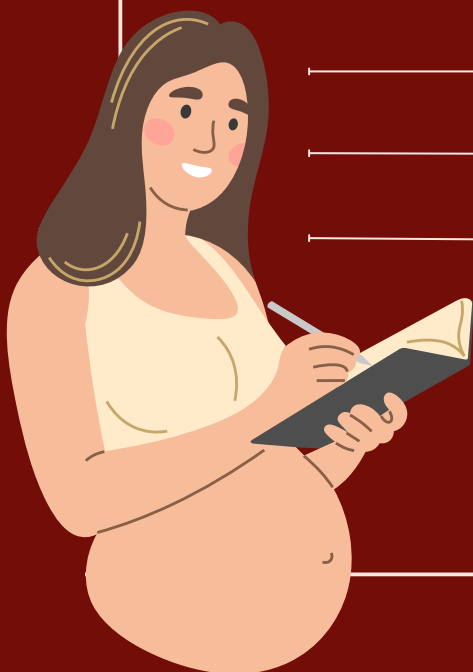


- ☐ Uso de instrumentos cirúrgicos para acelerar a saída do bebê durante o período expulsivo;
- ☐ Preferências durante a realização de uma possível cirurgia cesariana;
- ☐ Preferências sobre o momento do clampeamento e corte do cordão umbilical;
- ☐ Preferências para a Hora de Ouro (primeira hora após o nascimento do seu bebê);
- ☐ Preferências sobre a amamentação;
- ☐ Uso de fórmula láctea para recém-nascidos;
- ☐ Primeiros cuidados com o bebê;
- ☐ Uso do colírio de Nitrato de Prata no bebê;
- ☐ Administração de Vitamina K intramuscular no bebê;



VAMOS ESCREVER?

Abaixo deixamos um espaço que você poderá usar para anotar suas preferências e vontades para este momento tão especial!

A stylized illustration of a woman with long dark hair, wearing a yellow top, sitting and writing in a notebook. The background is dark red with horizontal white lines. The woman is positioned on the left side of the frame, facing right, and is holding a pen over an open notebook. The notebook has a dark cover and white pages. The background consists of a solid dark red color with thin, horizontal white lines spaced evenly across the entire width of the image.

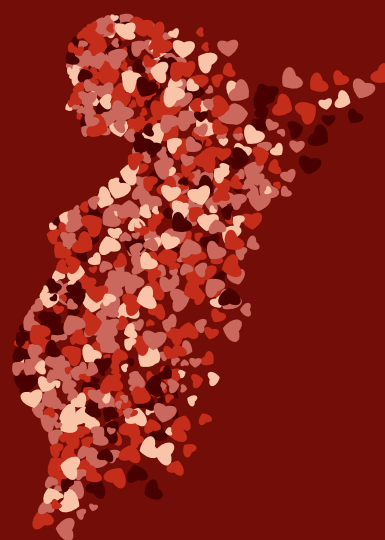


Capítulos desta série:

- I. O que preciso saber sobre a amamentação?
- II. O que devo saber sobre o parto?
- III. Como aliviar a dor no trabalho de parto?
- IV. Normas e rotinas do hospital.
- V. O que mudará no meu corpo na gestação?
- VI. Por que devo fazer o pré-natal?
- VII. Indução de parto, vamos entender?
- VIII. Parto Normal ou Cesárea?**

"É justo que muito custe,
o que muito vale."

- Santa Teresa D'Ávila



Este material foi desenvolvido pela aluna de graduação em Enfermagem Thais Munhoz Bueno da Faculdade de Enfermagem da Unicamp (FEnf/UNICAMP) com orientação da Profa. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice (FEnf/UNICAMP) e financiamento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), no período de 2022-2023.

