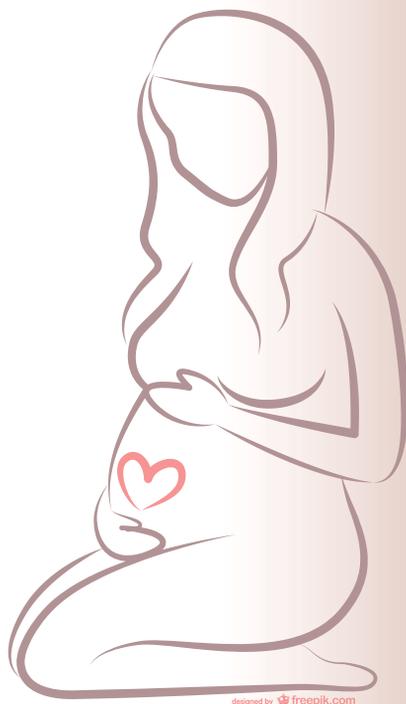


**Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde
Mestrado Profissional- PPGES**

ANA CARLA TAMISARI PEREIRA
LOURDES MISSIO

O QUE ESPERAR PARA A HORA DO NASCIMENTO DO MEU BEBÊ?



Guia para Gestantes

Dourados, 2019

Ficha Técnica

Este guia educativo produzido pelo Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde Mestrado Profissional foi destinada a gestantes assistidas nos serviços públicos e privados do município de Dourados, aos pais e respectivos familiares. Seu objetivo é orientar as gestantes sobre suas principais dúvidas sobre o trabalho de parto e o parto por meio de informações educativas de forma simples e objetiva.

Elaboração

Ana Carla Tamisari Pereira - Mestranda do Curso de Pós-graduação *Strictu Sensu* Ensino em Saúde - Mestrado Profissional.

Lourdes Missio - Doutora em Educação pela Unicamp - Docente do Curso de Pós-graduação *Strictu Sensu* Ensino em Saúde - Mestrado Profissional.

Projeto gráfico e diagramação

Vanda Laurentino

Ilustrações

Patrick Pereira

P489e Pereira, Ana Carla Tamisari
O que esperar para a hora do nascimento do meu bebê?/
Ana Cara Tamisari Pereira, Lourdes Missio. – Dourados, MS:
UEMS, 2019
23f.

Tecnologia Educativa (Mestrado Profissional) – Ensino em
Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2019.

ISBN: 978-85-7136-045-7

1. Educação em saúde 2. Gravidez 3. Parto – Preparação 4.
Gestantes I. Missio, Lourdes II. Título

CDD 23. ed. - 618.2

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
Estou com dor. E agora?	6
• Como saber se meu bebê está pronto para nascer?	6
• O que é falso trabalho de parto?	6
• Qual o momento ideal para procurar a maternidade?	6
• A bolsa amniótica pode estourar, mesmo não estando em trabalho de parto?	6
• Quando a bolsa estourar, tenho que ir para o hospital?	6
• Se chegar até 41 semanas de gestação e não entrar em trabalho de parto, o parto pode ser normal?	7
• O meu primeiro filho foi com parto cesáreo, o meu segundo vai ter que ser cesárea também?	8
• Quais os benefícios do parto normal para mulher?	8
• Quais os benefícios do parto normal para o bebê?	8
• Quando a cesariana é necessária?	8
Internei e agora?	10
• Quem vai acompanhar o parto no hospital: o médico ou a enfermeira?	10
• Posso ter um acompanhante durante trabalho de parto e parto? ..	10
• O que é uma doula?	10
• Posso levar uma doula e um acompanhante durante o meu trabalho de parto?	10
• A gestante pode comer durante o trabalho de parto?	11
• Como é a dor do parto?	11
• O que são métodos não farmacológicos para alívio da dor?	11
• O que é analgesia de parto?	13
• Quais as posições para o parto?	14
• Se eliminar fezes durante o trabalho de parto, contamina o bebê?	15

- Deve-se fazer o pique (episiotomia) para facilitar a saída do bebê? 15
- Se o meu bebê for grande e não passar pelo canal do parto? 16
- O que é um parto com fórcepe? 16

Hora de Ouro: momento do encantamento 17

REFERÊNCIAS 19

ANEXO I 21

APRESENTAÇÃO

Esta tecnologia educativa, apresentada em forma de guia, é resultado da pesquisa intitulada Construção de uma tecnologia textual: empoderamento da gestante para o trabalho de parto e parto, que faz parte do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde (PPGES), da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). O estudo avaliou o conhecimento sobre trabalho de parto e parto das gestantes que participaram da visita para conhecer a maternidade, através do projeto “Para uma vinda bem-vinda”.

Considerando que a maternidade é entendida como a experiência de se tornar mãe, momento único na vida de uma mulher e tornando-se um dos aspectos mais significativos da sua existência, este guia é destinado a você gestante que está se preparando para o parto.

A humanização do nascimento prevê que a sua preparação para o parto requer o uso de orientações e também tecnologias do cuidado, que promovam o conforto e o empoderamento para participar de forma ativa do nascimento do seu filho.

A ideia de produzir esse guia educativo surgiu após vivenciar, no centro obstétrico do Hospital Universitário de Dourados-MS, que muitas gestantes e seus parceiros tinham muitas dúvidas sobre o trabalho de parto e o parto e, conseqüentemente, essas dúvidas influenciaram no processo de nascimento do seu bebê.

Pensando em você, gestante, seja de primeira viagem ou que já tenha filhos, esse material foi produzido para responder muitas das dúvidas que permeiam esse período. Esperamos que o material possa ajudar na sua experiência de parto tornando-a mais prazerosa e significativa para você e sua família.

Faça bom uso desse material que foi elaborado com muito carinho.

Agradecemos às gestantes que participaram do projeto “Para uma vinda bem-vinda”, que visitaram a maternidade e contribuíram participando da pesquisa.

Estou com dor. E agora?

Como saber se meu bebê está pronto para nascer?

Muitas gestantes e os futuros pais têm medo de passar da hora do bebê nascer. O período considerado adequado para o nascimento do bebê é entre 38 a 42 semanas de gestação. Em média, 15 dias antes do parto, a gestante pode apresentar sinais de que vai entrar em trabalho de parto. O feto pode se encaixar na bacia, o que faz com que a barriga fique mais baixa e, conseqüentemente, melhora a respiração, mas, em contrapartida, vão mais vezes ao banheiro urinar.

Nessa fase, pode ser que você perceba perda de um muco com aspecto de um catarro grosso de coloração amarelada ou marrom, também pode acontecer de vir acompanhada de um pequeno sangramento. O colo do útero pode começar a modificar, dilatar e afinar, e as contrações podem iniciar de forma irregular, espaçadas de curta duração, tornando-se frequentes, uma seguida da outra e com maior intensidade.

O que é falso trabalho de parto?

Nesta fase a mulher pode apresentar contrações irregulares e o colo do útero não apresenta modificação. Essa condição gera uma grande ansiedade na gestante e no parceiro, sendo um dos grandes motivos que levam a procurar a maternidade.

Qual o momento ideal para procurar a maternidade?

O ideal é procurar o hospital quando sentir pelo menos 3 contrações num período de 10 minutos, com duração de pelo menos 40 segundos ou mais.

A bolsa amniótica pode estourar, mesmo não estando em trabalho de parto?

Sim. A membrana da bolsa das águas que protege o bebê durante toda gestação, pode romper antes do trabalho de parto, de 12 a 20% das gestações acontece esse fenômeno.

Quando a bolsa estourar, tenho que ir para o hospital?

Sim. Mesmo não estando com sinais de trabalho de parto, você deve

procurar o hospital. Quando estourar a bolsa das águas, vai escorrer um líquido que apresenta odor forte tipo cloro. É muito importante o médico avaliar a coloração do líquido, pois pode ter risco de infecção, dependendo do tempo que rompeu a bolsa.



Se chegar até 41 semanas de gestação e não entrar em trabalho de parto, o parto pode ser normal?

Sim, você pode optar pela indução do parto, se o colo do útero estiver fechado, pode ser induzido com misoprostol, que é um comprimido inserido via vaginal, no colo do útero ou o mais próximo possível. Seu efeito é dilatar e afinar o colo. Se a gestante já tiver colo fino, mas com contrações irregulares, é utilizada uma medicação chamada de ocitocina que auxilia na correção do padrão e intensidade das contrações. Antes de qualquer forma de indução, a avaliação fetal é muito importante. Para isso, é realizado o exame de cardiotocografia, onde duas fitas são colocadas ao redor da barriga da mãe e ligadas a um aparelho que consegue perceber os batimentos cardíacos do bebê, a movimentação dele e as contrações do útero.

O meu primeiro filho foi com parto cesáreo, o meu segundo vai ter que ser cesárea também?

Você pode sim ter um parto normal depois de um parto cesárea. Você pode entrar em trabalho de parto espontâneo ou induzir pelo método de Krauser no qual uma sonda é inserida pela vaginal chegando ao colo do útero, depois enche essa sonda com soro fisiológico, ficando como se tivesse um balão dentro do colo do útero, fazendo uma tensão local estimulando a dilatação e as contrações. Outro método é o descolamento da membrana amniótica. Não é utilizada indução farmacológica (misoprostol) pelo risco de ruptura uterina. Durante o pré-natal, você pode realizar exercícios para ajudar no fortalecimento da musculatura.

Quais os benefícios do parto normal para mulher?

- Recuperação mais rápida no pós-parto;
- Início imediato da amamentação;
- Favorece o vínculo mãe-bebê;
- Menos risco de infecção puerperal;
- Menor incidência de depressão pós-parto.

Quais os benefícios do parto normal para o bebê?

- Favorece a circulação e respiração do bebê;
- Menos risco de infecção durante o contato do bebê com mãe, devido os anticorpos maternos;
- Menos risco de desenvolver alergia e problemas respiratórios;
- Estabelece a amamentação na primeira hora de vida.
- O bebê nasce na hora que está pronto.

Quando a cesariana é necessária?

Existem as indicações absolutas, relativas e as discutíveis, vamos conhecer um pouco sobre elas.

- **Absolutas:** são as situações que realmente precisam fazer a cirurgia cesárea para salvar a mãe e o bebê. São elas: placenta prévia total (quando a placenta cobre o colo do útero); apresentação fetal transversa (feto não está encaixa-

do de cabeça para baixo); herpes genital com lesão recente; eclâmpsia (complicação da pressão alta na gestação caracterizada por convulsões); prolapso de cordão (quando o cordão aparece antes da cabeça do bebê); descolamento prematuro da placenta (a placenta desprende do útero causando hemorragia e sofrimento fetal).

- **Relativas:** quando o médico percebe que o risco de continuar o trabalho de parto é maior do que fazer cesárea. São elas: desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça do bebê não passa pela bacia da mãe); parada de progressão (o trabalho de parto não evolui); sofrimento fetal agudo (aceleração ou desaceleração dos batimentos fetais após a contração); feto com apresentação pélvica; mulher com duas ou mais cesáreas prévias.

- **Discutíveis:** quando a indicação, mesmo não tendo evidências de que o bebê ou a mulher correm risco, ou quando a mulher acredita que necessita de cesárea. São elas: circular de cordão; bolsa rota; período expulsivo prolongado; falta de dilatação; passou das 40 semanas de gestação; pressão alta; bacia estreita; bebê muito grande; gestantes adolescentes ou idosas; presença de mecônio.



Importante saber que a cirurgia cesariana foi desenvolvida para que, nos casos onde haja risco materno ou fetal, o parto tenha um melhor desfecho, diminuindo a mortalidade materna e fetal. Não deve ser realizada de forma indiscriminada, sem indicação correta. Por isso é muito importante o profissional de saúde e a gestante terem sempre um diálogo aberto sobre suas condições de saúde.

Internei e agora?

Quem vai acompanhar o parto no hospital: o médico ou a enfermeira?

O médico e a enfermeira são responsáveis por acompanhar seu trabalho de parto e parto. A enfermeira com especialização em obstetrícia tem habilitação para realizar os partos normais, caso a gestação seja de alto risco ou tenha alguma complicação, o médico realizará o parto. Além disso, hoje, os centros obstétricos contam com uma equipe multidisciplinar para melhor atenderem as gestantes e os bebês, tudo para garantir um atendimento mais humanizado possível.

Posso ter um acompanhante durante trabalho de parto e parto?

Com a criação da Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005, todas as maternidades brasileiras, sejam públicas ou privadas, devem garantir a presença do acompanhante de livre escolha da mulher durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto. Na maternidade do HU-UFGD, na hora da internação o acompanhante fara um cadastro na recepção e terá a credencial para entrar junto com a gestante no hospital.

O que é uma doula?

“Doula” é uma palavra de origem grega que significa “mulher que serve outra mulher”. São acompanhantes de parto capacitadas para dar apoio físico, emocional e afetivo ao casal durante o trabalho de parto e parto.

A doula confere à mulher empoderamento e tranquilidade, favorecendo um ambiente tranquilo para a hora do parto, oferece e auxilia na realização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor.

No HU-UFGD você pode encontrar uma doula comunitária exercendo voluntariado. Você também tem a opção de levar uma doula de sua confiança para te ajudar no seu trabalho de parto, para isso ela deve realizar um cadastro junto ao HU-UFGD no qual terá uma carteirinha para adentrar ao hospital.

Posso levar uma doula e um acompanhante durante o meu trabalho de parto?

Sim. A Lei municipal de Dourados n. 4.218, de 16 de outubro de 2018, estabelece que qualquer maternidade de Dourados, seja pública ou privada deve

garantir a entrada de uma doula, se for da vontade da gestante.

O direito do acompanhante é lei federal conforme citado acima. Portanto, você pode sim entrar na maternidade com uma doula e um acompanhante de livre escolha sua.

A gestante pode comer durante o trabalho de parto?

A oferta de alimentos e bebidas leves é estimulada no HU-UFGD, durante a primeira fase do trabalho de parto, a gestante precisa de energia para chegar ao final desta fase. A medida que se aproxima do nascimento, os alimentos devem ser suspensos podendo, somente, ser ofertados líquidos (chás, sucos, água).

Como é a dor do parto?

Para muitas mulheres, a dor do parto é a segunda causa de preocupação perdendo, somente, para a segurança do bebê. A dor do parto é resultado da contração muscular do útero, enquanto o bebê passa pela bacia materna. Sua intensidade e localização vão depender da fase em que a mulher se encontra.

Na primeira fase do trabalho de parto (período em que o colo do útero deve dilatar os 10 cm), muitas mulheres descrevem a dor como cólicas menstruais mais fortes.

O período de transição do trabalho de parto (em torno dos 8 a 10 cm de dilatação) é a fase em que as mulheres mais querem desistir, sentem intensa dor lombar acompanhada de sensação de pressão no abdômen e náuseas.

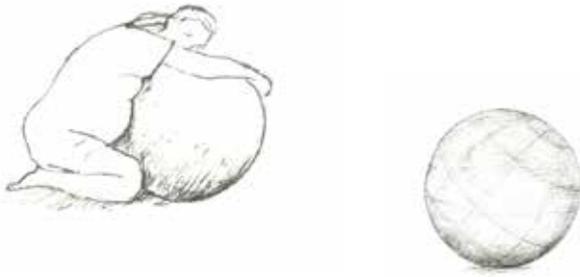
O período expulsivo (saída da cabeça do bebê) é descrito como sensação de queimação da vagina. Uma das formas de aliviar a dor durante o trabalho de parto é a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e analgesia de parto.

O que são métodos não farmacológicos para alívio da dor?

São tecnologias do cuidado não invasivas, que proporcionam bem estar à mulher, diminuindo a dor e o desconforto do trabalho de parto. Vamos agora citar alguns deles:

Bolsa Suíça ou bola de Bobath: é utilizada no início do trabalho de parto, quando a dor ainda é percebida como uma cólica, proporciona conforto à mulher por

dar suporte à quadril. Ao movimentar-se na bola permite um melhor encaixe do bebê na bacia, o que favorece a descida e dilatação.



Cavalinho: a gestante senta sobre o quadril realizando um movimento para frente e para trás favorecendo o encaixe do bebê.



Massagem na região lombar: para muitas mulheres, a massagem oferece uma sensação de alívio muito grande, durante as contrações. Esse momento também oportuniza a participação do(a) acompanhante. Pode-se fazer uma leve pressão com as mãos ou dedos, movimentando-os em círculos ou, simplesmente, deslizando as palmas das mãos na região das costas da gestante.



Banho de chuveiro morno: proporciona à mulher um efeito relaxante, aliviando as dores do trabalho de parto

Deambulação e mudança de posição: o ato de caminhar auxilia muito a progressão do trabalho de parto, porque permite a mobilidade do quadril e descida do bebê.

A mudança de posição (sentada, deitada do lado esquerdo ou direito, semi-sentada, em pé, quatro apoios, ajoelhada, cócoras), junto com a mobilidade do quadril permite um maior conforto para a gestante, estimula e diminui o tempo do trabalho de parto.



Respiração: durante as contrações a gestante deve puxar o ar pelo nariz lentamente e soltar o ar pela boca, isso melhora a oferta de oxigênio para o bebê.

O que é analgesia de parto?

Após utilizar os métodos não farmacológicos para alívio da dor, não havendo melhora do quadro, a gestante pode solicitar os recursos farmacológicos.

A mais utilizada no Brasil é a analgesia nas costas (peridural ou raque baixa). É injetado anestésico na região da coluna lombar, causando bloqueio da dor. A mulher fica consciente e não perde a movimentação das pernas, com isso ela pode se exercitar durante o trabalho de parto e adotar posições mais verticalizadas para o nascimento do bebê.



Quais as posições para o parto?

Para o parto normal a movimentação da mulher e a adoção de posições mais verticalizadas auxiliam na progressão do trabalho de parto, pois a gravida empurra o bebê para baixo, aumentando a dilatação e a descida pela bacia. Seguem algumas posições que os profissionais da equipe multiprofissional do HU-UFGD podem sugerir para facilitar e auxiliar no seu trabalho de parto:

Posição de cócoras: Nesta posição a bacia atinge seus maiores diâmetros e a força da gravidade ajuda o bebê a descer. A gestante deve ficar de cócoras durante as contrações.



Posição deitada de lado: Nesta posição o osso do sacro fica livre, não dispõe muito da força de gravidade para descida do bebê, proporciona muito conforto para gestante.



Posição de Quatro apoios: Essa posição consiste em ficar de joelhos, inclinando o corpo para frente, e colocando as duas mãos sobre o colchão ou no chão. Permite movimentação suave da bacia para ajudar na rotação da cabeça à medida em que o bebê estiver descendo.



Posição semi-sentada: Nesta posição, a cabeceira da cama fica elevada num ângulo de 45 graus, muito utilizada quando a gestante está deitada no leito PPP (cama serve para Pré- parto, Parto e Pós-parto).

Parto na banqueta: É o parto em posição de cócoras, onde é utilizada a banqueta de parto que apoia a mulher na posição sentada. Nesta posição o acompanhante, pode sustentar a mulher atrás, servindo de apoio para a mesma. Existe a possibilidade de associar o parto na banqueta com o banho de chuveiro morno.

Se eliminar fezes durante o trabalho de parto, contamina o bebê?

Existem duas maneiras de eliminar fezes no trabalho de parto: uma delas é após a lavagem intestinal, sendo este considerado um procedimento não recomendado; Outra forma é durante o período expulsivo no qual a mulher faz a força de forma involuntária empurrando o bebê. Caso isso aconteça não se preocupe, pois as fezes saem do lado oposto à saída do bebê. Não fique constrangida pois esse fenômeno é considerado normal pelos profissionais de saúde.

Deve-se fazer o pique (episiotomia) para facilitar a saída do bebê?

A episiotomia é um corte feito na abertura da vagina, com o objetivo de ampliar o canal de parto. As evidências científicas mostram que seu uso de forma

rotineira, não traz grandes benefícios em relação aos casos realizados de forma restrita. Portanto, não se realiza mais o pique de rotina. A própria descida do bebê, pelo canal vaginal, prepara o períneo. O profissional que estiver assistindo o parto, no momento do desprendimento da cabeça precederá os cuidados necessários para evitar o rompimento de pele e tecidos no canal da vagina chamado de laceração. Caso aconteça, a laceração é menos agressiva que uma episiotomia. Lembrando que, em algumas situações como sinal de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau a episiotomia é indicada.



Se o meu bebê for grande e não passar pelo canal do parto?

Alguns bebês considerados macrossômicos (peso maior de 4 quilos), de gestantes diabéticas ou obesas, podem apresentar dificuldades de passar pelo canal de parto, demorando a descida fetal. Isso vai depender da bacia materna, se a gestante já teve outros partos. Caso isso aconteça, será avaliada a necessidade de anestesia, parto fórcepe ou cesárea para facilitar a saída do bebê.

O que é um parto com fórcepe?

Quando o bebê está com dificuldades de passar pelo canal de parto, o médico pode utilizar o fórcepe, é um instrumento cirúrgico formado por duas colheres, que são posicionadas na lateral da cabeça do bebê auxiliando no desprendimento do polo cefálico e dos ombros. É realizado sobre anestesia lombar ou local.



Hora de Ouro: momento do encantamento

Logo após o nascimento do bebê, inicia-se a hora de ouro, momento esse mais importante da vida do recém-nascido, no qual se estabelece o vínculo afetivo mãe-bebê. O bebê é colocado em contato pele a pele com a mãe, é coberto com um cueiro, e ficam por, no mínimo, uma hora em contato um com o outro, o calor do corpo da mãe o aquece. Lembrando que, somente, se faz o contato pele a pele se o recém-nascido estiver ativo, já estabelecido sua respiração fora do ventre materno, não necessitando de nenhum tipo de cuidado do pediatra.



REFERÊNCIAS

BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto natural. 3 ed. São Paulo: Editora Ground, 2015.

BARROS, S.M.O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**: guia para a prática assistencial. 2. Ed. São Paulo: Roca, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

DINIZ, S.G. **Parto normal ou cesárea**: o que toda mulher deve saber. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade Segura**. Assistência a parto normal: guia prático, Genebra, OMS, 1996.

REBERTE, L.M; HOGA, L.A.K. **Cartilha Educativa**: Celebrando a Vida. 1. Ed, São Paulo: Oboré, 2009. Disponível em: file:///C:/Users/user/Documents/cartilha-celebrando-a-vida-eeusp.pdf. Acesso em 15 de jan de 2019.

ILUSTRAÇÕES: utilizadas como modelo para as ilustrações dessa publicação

Quadro caminhando para o parto normal. Disponível em: www.humanization.org.br. Acesso: 30 jul 2019.

ANEXO I

Seguem, abaixo, as recomendações da Organização Mundial de Saúde (1996) para a assistência ao parto normal:

Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

1. Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher, durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro;
2. Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
3. Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
4. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
5. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
6. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
7. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
8. Fornecimento, às mulheres, sobre todas as informações e explicações que desejarem;
9. Oferta de líquidos, por via oral, durante o trabalho de parto e parto;
10. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
11. Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
12. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
13. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
14. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
15. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
16. Administração profilática de ocitocina, no terceiro estágio do parto, em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
17. Condições estéreis ao cortar o cordão;
18. Prevenção da hipotermia do bebê;
19. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da

amamentação, na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;

20. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Categoria B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

1. Uso rotineiro de enema;
2. Uso rotineiro de tricotomia;
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
4. Cateterização venosa profilática de rotina;
5. Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
6. Exame retal;
7. Uso de pelvimetria por Raios-X;
8. Administração de ocitócitos, em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permite controlar seus efeitos;
9. Uso de rotina da posição de litotomia, com ou sem estribos, durante o trabalho de parto;
10. Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva), durante o segundo estágio do trabalho de parto;
11. Massagem e distensão do períneo, durante o segundo estágio do trabalho de parto;
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
14. Lavagem uterina rotineira após o parto;
15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

Categoria C: Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão:

1. Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como er-vas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
2. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto;
3. Pressão do fundo durante o trabalho de parto;

4. Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico, no momento do parto;
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto;
6. Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto;
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical;
8. Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina, durante o terceiro estágio do trabalho de parto;
9. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
10. Controle da dor por agentes sistêmicos;
11. Controle da dor por analgesia peridural;
12. Monitoramento eletrônico fetal;
13. Uso de máscaras e aventais estéreis, durante a assistência ao trabalho de parto;
14. Exames vaginais repetidos, ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
15. Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
16. Transferência rotineira da parturiente para outra sala, no início do segundo estágio do trabalho de parto;
17. Cateterização da bexiga;
18. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
19. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
20. Parto operatório;
21. Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
22. Exploração manual do útero após o parto.

