

**WINNYE MARQUES FERREIRA
MARIA EDUARDA BORGES FALEIROS
RAFAELA PÁDUA MANICARDI
DANILO CAETANO SILVA
GABRIELLE FREITAS RIBEIRO
JULIA GOMES FARIA
VANESSA COSTA NEIVA
DANDHARA SANTOS DAMIÃO
LORENA LUIZA PIMENTA MAGALHÃES**



OBSTETRÍCIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E DISCUSSÕES



SÃO PAULO | 2025

**WINNYE MARQUES FERREIRA
MARIA EDUARDA BORGES FALEIROS
RAFAELA PÁDUA MANICARDI
DANILO CAETANO SILVA
GABRIELLE FREITAS RIBEIRO
JULIA GOMES FARIA
VANESSA COSTA NEIVA
DANDHARA SANTOS DAMIÃO
LORENA LUIZA PIMENTA MAGALHÃES**



OBSTETRÍCIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E DISCUSSÕES



SÃO PAULO | 2025

1.^a edição

Autores

**Winnye Marques Ferreira
Maria Eduarda Borges Faleiros
Rafaela Pádua Manicardi
Danilo Caetano Silva
Gabrielle Freitas Ribeiro
Julia Gomes Faria
Vanessa Costa Neiva
Dandhara Santos Damião
Lorena Luiza Pimenta Magalhães**

**OBSTETRÍCIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS
E DISCUSSÕES**

ISBN 978-65-01-67674-6



Autores

Winnie Marques Ferreira
Maria Eduarda Borges Faleiros
Rafaela Pádua Manicardi
Danilo Caetano Silva
Gabrielle Freitas Ribeiro
Julia Gomes Faria
Vanessa Costa Neiva
Dandhara Santos Damião
Lorena Luiza Pimenta Magalhães

OBSTETRÍCIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E
DISCUSSÕES

1.^a edição

SÃO PAULO
EDITORA ARCHÉ
2025

Copyright © dos autores e das autoras.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença *Creative Commons Internacional* (CC BY-NC 4.0).



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

O13

Obstetrícia na prática médica [livro eletrônico] : diagnóstico, condutas e discussões / Winnye Marques Ferreira... [et al]. – 1. ed. – São Paulo, SP: Editora Arché, 2025.
74 p.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-01-67674-6

1. Gestação – Brasil. 2. Pré-natal – Brasil. 3. Obstetrícia – Diagnóstico. 4. Obstetrícia – Condutas. 5. Saúde da mulher – Brasil. I. Ferreira, Winnye Marques. II. Faleiros, Maria Eduarda Borges. III. Manicardi, Rafaela Pádua. IV. Silva, Danilo Caetano. V. Ribeiro, Gabrielle Freitas. VI. Faria, Julia Gomes. VII. Neiva, Vanessa Costa. VIII. Damião, Dandhara Santos. IX. Magalhães, Lorena Luiza Pimenta.

CDD 618.2

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.

São Paulo- SP

Telefone: +55 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br>

contato@periodicorease.pro.br

1ª Edição- *Copyright* © 2025 dos autores.

Direito de edição reservado à Revista REASE.

O conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade do (s) seu(s) respectivo (s) autor (es).

As normas ortográficas, questões gramaticais, sistema de citações e referenciais bibliográficos são prerrogativas de cada autor (es).

Endereço: Av. Brigadeiro Faria de Lima n.º 1.384 — Jardim Paulistano.

CEP: 01452 002 — São Paulo — SP.

Tel.: 55(11) 5107-0941

<https://periodicorease.pro.br/rease>

contato@periodicorease.pro.br

Editora: Dra. Patrícia Ribeiro

Produção gráfica e direção de arte: Ana Cláudia Néri Bastos

Assistente de produção editorial e gráfica: Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Projeto gráfico: Ana Cláudia Néri Bastos

Ilustrações: Ana Cláudia Néri Bastos, Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Revisão: Ana Cláudia Néri Bastos e Talita Tainá Pereira Batista, Cintia Milena Gonçalves Rolim

Tratamento de imagens: Ana Cláudia Néri Bastos

EQUIPE DE EDITORES

EDITORA- CHEFE

Dra. Patrícia Ribeiro, Universidade de Coimbra- Portugal

CONSELHO EDITORIAL

Doutoranda Silvana Maria Aparecida Viana Santos- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales - FICS

Doutorando Alberto da Silva Franqueira-Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Me. Ubiranilze Cunha Santos- Corporación Universitaria de Humanidades Y Ciencias Sociales de Chile

Doutorando Allysson Barbosa Fernandes- Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Doutor. Avaetê de Lunetta e Rodrigues Guerra- Universidad del Sol do Paraguai- PY

Me. Victorino Correia Kinham- Instituto Superior Politécnico do Cuanza Sul-Angola

Me. Andrea Almeida Zamorano- SPSIG

Esp. Ana Cláudia N. Bastos- PUCRS

Dr. Alfredo Oliveira Neto, UERJ, RJ

PhD. Diogo Vianna, IEPA

Dr. José Faijardo- Fundação Getúlio Vargas

PhD. Jussara C. dos Santos, Universidade do Minho

Dra. María V. Albaronedo, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Dra. Uaiana Prates, Universidade de Lisboa, Portugal

Dr. José Benedito R. da Silva, UFSCar, SP

PhD. Pablo Guadarrama González, Universidad Central de Las Villas, Cuba

Dra. Maritza Montero, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Dra. Sandra Moitinho, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Eduardo José Santos, Universidade Federal do Ceará,

Dra. Maria do Socorro Bispo, Instituto Federal do Paraná, IFPR

Cristian Melo, MEC

Dra. Bartira B. Barros, Universidade de Aveiro-Portugal

Me. Roberto S. Maciel- UFBA

Dra. Francisne de Souza, Universidade de Aveiro-Portugal

Dr. Paulo de Andrada Bittencourt – MEC

PhD. Aparecida Ribeiro, UFG

Dra. Maria de Sandes Braga, UFTM

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio acadêmico e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Editora Arché declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art.º 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *ecommerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 01	13
PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: ROTINAS E CONDUTAS INICIAIS	
Maria Eduarda Borges Faleiros	
Rafaela Pádua Manicardi	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 02	21
ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO	
Danilo Caetano Silva	
Gabrielle Freitas Ribeiro	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 03	29
DIABETES GESTACIONAL: DIAGNÓSTICO, SEGUIMENTO E CONDUTA	
Julia Gomes Faria	
Vanessa Costa Neiva	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 04	37
INFECÇÕES NA GESTAÇÃO: PRINCIPAIS AGENTES E CONDUTAS	
Dandhara Santos Damião	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 05	45
TRABALHO DE PARTO: DIAGNÓSTICO, FASES E ASSISTÊNCIA	
Lorena Luiza Pimenta Magalhães	
Vanessa Costa Neiva	
Winnye Marques Ferreira	
CAPÍTULO 06	53
HEMORRAGIAS NA GESTAÇÃO: ABORDAGEM E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
Danilo Caetano Silva	

Gabrielle Freitas Ribeiro
Winnye Marques Ferreira

CAPÍTULO 0761

ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO IMEDIATO E TARDIO

Lorena Luiza Pimenta Magalhães

Vanessa Costa Neiva

Winnye Marques Ferreira

ÍNDICE REMISSIVO69

INTRODUÇÃO

A obra *Obstetrícia na Prática Médica: Diagnóstico, Condutas e Discussões* nasce da necessidade de oferecer um material técnico, objetivo e atualizado voltado para o enfrentamento das situações mais recorrentes no cotidiano da prática clínica e da assistência à mulher. Com linguagem acessível, porém cientificamente fundamentada, este livro reúne temas centrais da Obstetrícia, apresentando-os de forma aplicada à realidade dos serviços de saúde, com foco na tomada de decisão clínica.

O principal objetivo desta publicação é consolidar conhecimentos práticos, oferecendo ao leitor um suporte teórico que o auxilie na condução segura e eficiente de casos ginecológicos. Buscamos, com este conteúdo, facilitar a integração entre a teoria acadêmica e a vivência prática, valorizando a abordagem centrada na paciente, o raciocínio clínico e a conduta baseada em evidências.

O público-alvo deste livro compreende estudantes de medicina, médicos em formação, residentes e demais profissionais da saúde interessados em aprofundar sua atuação na área da saúde da mulher. A escolha dos temas reflete uma curadoria técnico-científica voltada para os principais desafios enfrentados nos atendimentos ginecológicos ambulatoriais e hospitalares. Cada capítulo aborda uma situação clínica frequente ou de relevância epidemiológica, trazendo aspectos diagnósticos, manejo inicial e condutas recomendadas.

A orientação científica de toda a obra ficou a cargo da Dra. Winnye Marques Ferreira, médica formada pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos, em 2022, atualmente residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG, com término

previsto para 2026. Sua atuação prática na área, aliada ao compromisso com a formação médica de qualidade, garantiu consistência técnica e alinhamento com a realidade dos serviços de saúde, além de promover o desenvolvimento acadêmico dos participantes do projeto.

Cada capítulo contou com a contribuição de três coautores, acadêmicos de medicina e médicos recém-formados, que participaram ativamente da construção dos textos sob a supervisão direta da orientadora. Essa colaboração favoreceu a troca de experiências e a formação científica, sem comprometer o rigor técnico e a uniformidade do conteúdo apresentado.

A estrutura dos capítulos foi padronizada para oferecer uma leitura fluida, com linguagem objetiva e aplicada, permitindo que o leitor compreenda os principais aspectos clínicos e conduza suas decisões com base no raciocínio médico e no cuidado centrado na paciente. Ao final de cada capítulo, são apresentadas referências atualizadas, com predominância de literatura nacional.

Acreditamos que esta obra será uma aliada valiosa no processo de aprendizagem, atualização e atuação segura na assistência à saúde da mulher. Desejamos uma excelente leitura e que este material contribua para uma prática médica cada vez mais ética, técnica e humanizada.

CAPÍTULO 01

PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: ROTINAS E CONDUTAS INICIAIS

Maria Eduarda Borges Faleiros
Rafaela Pádua Manicardi
Winnye Marques Ferreira

PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: ROTINAS E CONDUTAS INICIAIS

Maria Eduarda Borges Faleiros¹
Rafaela Pádua Manicardi²
Winnie Marques Ferreira³

INTRODUÇÃO

O acompanhamento pré-natal é uma das principais estratégias de promoção da saúde materno-infantil, sendo decisivo na prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno de complicações gestacionais. No Brasil, a assistência ao pré-natal é parte integrante das políticas públicas de saúde e deve ser iniciada precocemente, com o objetivo de assegurar uma gestação saudável e segura para a gestante e o concepto. O pré-natal de baixo risco é aquele destinado a mulheres sem comorbidades significativas ou antecedentes obstétricos de risco, e representa a maior parte dos atendimentos na atenção primária à saúde.

Mesmo sendo considerado de menor complexidade, o pré-natal de baixo risco exige atenção criteriosa, escuta qualificada e atualização constante por parte do profissional de saúde. A cada consulta, deve-se realizar a avaliação clínica da gestante, revisar os exames solicitados, reforçar as orientações educativas e fortalecer o vínculo com a equipe de cuidado. A qualidade desse acompanhamento tem impacto direto na

¹Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG

²Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

³Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

experiência da gestação, na redução da mortalidade materna e neonatal e na promoção de nascimentos mais seguros.

Este capítulo tem como objetivo apresentar as principais rotinas e condutas adotadas no pré-natal de baixo risco, de acordo com diretrizes atualizadas e práticas baseadas em evidências. Serão abordadas a avaliação inicial, os exames recomendados, a periodicidade das consultas, as orientações essenciais para a gestante e os critérios de encaminhamento ao pré-natal de alto risco, promovendo uma assistência centrada na mulher e na integralidade do cuidado.

ROTINAS E CONDUTAS INICIAIS

O pré-natal de baixo risco é parte essencial da assistência à saúde da mulher e ao binômio materno-fetal. Ele se refere ao acompanhamento de gestantes que não apresentam comorbidades ou condições obstétricas que as classifiquem como de alto risco, e tem como principais objetivos prevenir complicações, promover a saúde e garantir um parto seguro. O cuidado qualificado desde o início da gestação contribui para a redução da mortalidade materna, fetal e neonatal, além de estreitar o vínculo entre gestante e profissionais de saúde.

O início precoce do pré-natal, idealmente até a 12ª semana de gestação, é uma recomendação amplamente aceita pelas diretrizes nacionais e internacionais. Na primeira consulta, realiza-se uma anamnese completa, incluindo histórico pessoal, familiar, ginecológico e obstétrico. Informações como idade materna, número de gestações anteriores, intercorrências passadas, hábitos de vida, uso de medicações, alergias e

condições clínicas são fundamentais para avaliar se a gestante realmente se enquadra em um perfil de baixo risco.

O exame físico inicial deve ser minucioso, contemplando avaliação do peso, altura, cálculo do índice de massa corporal (IMC), aferição da pressão arterial, palpação abdominal e inspeção das mamas. Quando indicado, realiza-se o exame ginecológico para coleta de citologia oncológica ou confirmação do tempo gestacional. O exame odontológico também é incentivado desde as primeiras semanas, considerando a importância da saúde bucal na gestação.

A estimativa da idade gestacional baseia-se, preferencialmente, na data da última menstruação (DUM) e deve ser confirmada, sempre que possível, por meio da ultrassonografia do primeiro trimestre. Essa etapa é essencial para definir corretamente o calendário de consultas e exames, além de ser referência para decisões futuras, como rastreamentos e indicação do parto.

A rotina laboratorial do pré-natal de baixo risco inclui a solicitação de exames básicos e sorologias. Na primeira consulta, devem ser solicitados: hemograma completo, glicemia de jejum, tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL, anti-HIV, HBsAg, anti-HCV, toxoplasmose IgG e IgM, rubéola, urina tipo I e urocultura. Ao longo da gestação, esses exames devem ser repetidos em momentos estratégicos, como a partir da 28ª semana, para rastrear infecções de transmissão vertical.

A ultrassonografia obstétrica é um exame complementar importante. A do primeiro trimestre, entre 11 e 14 semanas, permite avaliar a vitalidade fetal, número de fetos e translucência nuchal. A do segundo

trimestre, entre 20 e 24 semanas, é focada na morfologia fetal e na localização placentária. A depender da evolução da gestação, outras ultrassonografias podem ser solicitadas para acompanhamento do crescimento fetal.

As consultas de pré-natal devem ocorrer com regularidade, sendo recomendado um mínimo de seis ao longo da gestação, mas podendo ser mais frequentes conforme a necessidade individual. Em cada consulta, devem ser monitorados a pressão arterial, peso, altura uterina, batimentos cardíacos fetais, movimentação fetal (a partir da 20ª semana) e queixas referidas pela gestante.

A imunização é uma parte indispensável do cuidado pré-natal. Toda gestante deve ser vacinada contra hepatite B, influenza, Covid-19 e receber a dTpa a partir da 27ª semana, para proteção neonatal contra coqueluche. A vacinação é segura, eficaz e contribui significativamente para a prevenção de doenças evitáveis na gestação e no recém-nascido.

Além do acompanhamento clínico, o pré-natal é uma oportunidade para promover educação em saúde. Devem ser abordados temas como alimentação saudável, prática segura de atividade física, aleitamento materno, planejamento do parto, sinais de trabalho de parto, métodos contraceptivos pós-parto e direitos da gestante. O diálogo aberto, respeitoso e contínuo fortalece a autonomia e a confiança da mulher no processo de gestar e parir.

O profissional deve estar atento a possíveis alterações que possam modificar a classificação da gestação. Casos como hipertensão, diabetes gestacional, restrição de crescimento fetal, sangramentos ou doenças

intercorrentes devem ser prontamente avaliados e, se necessário, encaminhados para o pré-natal de alto risco. O bom julgamento clínico é crucial para garantir a segurança materna e fetal.

O vínculo estabelecido entre a gestante e a equipe multiprofissional é um fator determinante para a adesão ao acompanhamento e para a percepção de um cuidado integral. Profissionais de enfermagem, médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais têm papel complementar e indispensável no sucesso do pré-natal.

A organização do parto deve ser discutida progressivamente. As preferências da mulher, a escolha da maternidade, o plano de parto e a abordagem do medo ou da ansiedade relacionada ao nascimento são tópicos relevantes. A gestante deve ser estimulada a participar ativamente das decisões e a compreender as fases do trabalho de parto e do puerpério.

O pré-natal de baixo risco também deve incluir medidas para prevenir violências obstétricas, garantir a privacidade e respeitar a individualidade da gestante. O cuidado humanizado está baseado em escuta ativa, acolhimento, respeito à autonomia e na valorização da experiência subjetiva da mulher.

Outro aspecto relevante é o acompanhamento do estado emocional da gestante. Alterações de humor, ansiedade, depressão e medos relacionados à maternidade devem ser investigados com empatia, considerando a possibilidade de encaminhamento ao cuidado psicológico quando necessário. O sofrimento psíquico durante a gestação pode impactar negativamente a relação mãe-bebê e deve ser abordado com seriedade.

Por fim, o sucesso do pré-natal de baixo risco depende da combinação entre conhecimento técnico atualizado, sensibilidade às particularidades de cada mulher e organização dos serviços de saúde. Com um olhar integral e acolhedor, o profissional pode contribuir decisivamente para uma gestação saudável e uma experiência positiva de cuidado.

CONCLUSÃO

O pré-natal de baixo risco constitui uma etapa fundamental da assistência obstétrica e um dos principais instrumentos para a promoção da saúde materna e fetal. Seu êxito está diretamente relacionado à detecção precoce de agravos, à educação em saúde, ao fortalecimento do vínculo entre gestante e profissionais, e ao empoderamento da mulher sobre seu processo gestacional.

A realização de consultas regulares, exames laboratoriais e de imagem em tempo oportuno, imunizações adequadas e orientações educativas consistem em práticas indispensáveis. Contudo, mais do que um conjunto de protocolos, o pré-natal deve ser compreendido como um espaço de cuidado integral, escuta, acolhimento e construção de confiança.

A atuação sensível e tecnicamente embasada dos profissionais de saúde permite não apenas prevenir complicações, mas também garantir uma experiência de gestação mais segura, humanizada e positiva. Dessa forma, o pré-natal de baixo risco reafirma seu papel estratégico na consolidação de uma atenção obstétrica de qualidade e centrada na mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Gestação de Baixo Risco**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Rotinas em Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2022.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PINTO-NETO, A. M. et al. **Obstetrícia Baseada em Evidências**. São Paulo: Atheneu, 2019.

CAPÍTULO 02

ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

Danilo Caetano Silva
Gabrielle Freitas Ribeiro
Winnye Marques Ferreira

ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

Danilo Caetano Silva⁴
Gabrielle Freitas Ribeiro⁵
Winnie Marques Ferreira⁶

INTRODUÇÃO

As síndromes hipertensivas da gestação estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal no Brasil e no mundo. Sua apresentação pode variar desde formas leves e de boa evolução clínica até quadros graves, como a pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e a eclâmpsia. O acompanhamento cuidadoso e a intervenção oportuna são determinantes para garantir desfechos favoráveis tanto para a gestante quanto para o feto.

Durante o pré-natal, a vigilância da pressão arterial e a identificação precoce de fatores de risco são fundamentais para o diagnóstico e a condução adequada dos casos. A hipertensão gestacional, a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a hipertensão crônica são condições que exigem condutas distintas, embora compartilhem características clínicas importantes. A diferenciação entre esses quadros é essencial para definir o tratamento e o momento ideal para a interrupção da gestação, quando necessário.

Este capítulo tem como objetivo apresentar os critérios diagnósticos, a classificação das síndromes hipertensivas na gestação e as

⁴Acadêmico de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

⁵Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

⁶Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

principais estratégias de manejo clínico, com foco na abordagem ambulatorial e na identificação de sinais de gravidade. O conhecimento dessas condições é essencial para uma prática obstétrica segura, baseada em evidências e centrada na redução de riscos maternos e fetais.

ABORDAGEM DA HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

A hipertensão na gestação é uma condição clínica de alta prevalência e impacto significativo sobre os desfechos obstétricos. Está presente em cerca de 5% a 10% das gestações e representa uma das principais causas de complicações graves, como prematuridade, descolamento prematuro de placenta, restrição do crescimento fetal, e morte materna e perinatal. Dada sua complexidade, exige do profissional de saúde vigilância constante, capacidade de avaliação criteriosa e decisões clínicas baseadas em protocolos atualizados.

As síndromes hipertensivas na gestação são classificadas em quatro categorias principais: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia (com ou sem sinais de gravidade), eclâmpsia e hipertensão arterial crônica. A hipertensão gestacional é definida como pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg identificada após a 20ª semana de gestação, sem proteinúria significativa ou sinais de comprometimento de órgãos-alvo. Geralmente tem bom prognóstico, mas requer acompanhamento rigoroso, pois pode evoluir para pré-eclâmpsia.

A pré-eclâmpsia caracteriza-se por hipertensão associada à proteinúria (≥ 300 mg/24h) e/ou sinais de disfunção de órgãos maternos, como alterações hepáticas, renais, hematológicas ou distúrbios do sistema

nervoso central. Pode ocorrer em gestantes previamente normotensas e tende a se manifestar mais frequentemente no terceiro trimestre, embora possa surgir precocemente em casos de alto risco.

Quando a pré-eclâmpsia evolui para manifestações neurológicas, como convulsões tônico-clônicas generalizadas, configura-se o quadro de eclâmpsia, considerado uma emergência obstétrica. Essa forma grave da doença pode comprometer gravemente a saúde da mãe e do feto, exigindo internação imediata, controle pressórico intensivo e planejamento para interrupção da gestação.

Já a hipertensão arterial crônica é diagnosticada quando a pressão arterial elevada é identificada antes da 20ª semana de gestação ou persiste além de 12 semanas após o parto. Mulheres com essa condição requerem acompanhamento conjunto entre obstetra e clínico ou cardiologista, com especial atenção à adaptação da terapia anti-hipertensiva para fármacos seguros durante a gestação.

Na rotina do pré-natal, a aferição da pressão arterial deve ser realizada em todas as consultas, com técnica correta, em posição sentada, com o braço na altura do coração e utilizando manguito adequado. Alterações isoladas não são suficientes para diagnóstico, devendo-se repetir a medida em diferentes momentos antes de confirmar o quadro hipertensivo.

A anamnese deve buscar fatores de risco como idade materna avançada, história familiar de pré-eclâmpsia, primiparidade, gestação múltipla, obesidade, diabetes, doença renal pré-existente e doenças autoimunes. A presença desses fatores justifica vigilância mais estreita e,

em alguns casos, o uso de medidas preventivas como o ácido acetilsalicílico em baixas doses.

Nos casos suspeitos de pré-eclâmpsia, devem ser solicitados exames complementares como proteinúria de 24 horas, dosagem de ureia, creatinina, transaminases, bilirrubinas, hemograma completo, plaquetas e ácido úrico. Esses exames auxiliam na avaliação da gravidade e no planejamento da conduta terapêutica.

O tratamento ambulatorial da hipertensão na gestação está indicado nos quadros leves e sem sinais de gravidade, com controle rigoroso da pressão arterial e monitoramento clínico e laboratorial frequente. Os anti-hipertensivos de escolha incluem metildopa, nifedipina de liberação prolongada e labetalol. Diuréticos e inibidores da ECA devem ser evitados devido aos riscos fetais.

O repouso relativo pode ser recomendado em alguns casos, embora sua eficácia no prolongamento da gestação seja controversa. A gestante deve ser orientada quanto aos sinais de alerta, como cefaleia persistente, alterações visuais, dor epigástrica, edema abrupto, redução de movimentos fetais e sangramento vaginal, que indicam necessidade de reavaliação imediata.

O acompanhamento ultrassonográfico da vitalidade e do crescimento fetal é fundamental, especialmente nas gestantes com hipertensão crônica ou pré-eclâmpsia, pois há maior risco de restrição do crescimento intrauterino e sofrimento fetal. A dopplerfluxometria das artérias uterinas pode ser útil para avaliação da circulação placentária.

A decisão sobre o momento da interrupção da gestação depende da

gravidade do quadro clínico, da idade gestacional e da condição fetal. Em pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, a interrupção geralmente é indicada, independentemente da idade gestacional, visando preservar a vida materna. Quando possível, deve-se buscar estabilizar a paciente antes da indução ou realização da cesariana.

No puerpério, a vigilância deve ser mantida, pois muitas complicações podem surgir nesse período. A pressão arterial deve ser monitorada por pelo menos 72 horas após o parto e novamente entre 7 e 10 dias. Mulheres com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia devem ser orientadas sobre o risco aumentado de desenvolver hipertensão crônica e doenças cardiovasculares no futuro.

O apoio emocional é parte integrante da assistência à gestante com hipertensão. O medo da evolução da doença, o risco de prematuridade e a possibilidade de internações frequentes podem gerar ansiedade e insegurança. A comunicação clara, o acolhimento e o esclarecimento das dúvidas da gestante contribuem para a adesão ao tratamento e uma vivência mais tranquila da gestação.

Em resumo, a abordagem da hipertensão na gestação deve ser criteriosa, individualizada e baseada em evidências. A atuação precoce, a estratificação do risco e o acompanhamento contínuo são estratégias fundamentais para reduzir os riscos e garantir melhores desfechos para mãe e bebê.

CONCLUSÃO

As síndromes hipertensivas da gestação representam um dos principais desafios da prática obstétrica, tanto pela sua frequência quanto pela gravidade dos desfechos associados. A identificação precoce, a classificação correta e a condução adequada dessas condições são essenciais para preservar a saúde materna e fetal. Mesmo nos casos classificados como de baixo risco, a vigilância precisa e o acompanhamento contínuo são fundamentais, uma vez que a hipertensão pode surgir a qualquer momento da gestação.

O cuidado à gestante hipertensa deve ser centrado na escuta ativa, na educação em saúde e na adoção de condutas baseadas em evidências. O controle pressórico adequado, o acompanhamento laboratorial e a avaliação da vitalidade fetal constituem o tripé básico para uma assistência segura e eficaz. Em paralelo, o preparo para o parto e o suporte emocional devem ser conduzidos de maneira humanizada e acolhedora.

Por fim, a abordagem da hipertensão na gestação exige atuação integrada entre diferentes níveis de atenção à saúde, promovendo não apenas a redução da morbimortalidade materna e perinatal, mas também o fortalecimento de uma assistência obstétrica de qualidade, equitativa e respeitosa. O compromisso com a prevenção, o diagnóstico e o manejo apropriado dessas condições é indispensável para a construção de uma maternidade segura e digna para todas as mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Gestação de Alto Risco**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. **Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PINTO-NETO, A. M. et al. **Obstetrícia Baseada em Evidências**. São Paulo: Atheneu, 2019.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Diretrizes e Recomendações para Assistência à Gestante com Hipertensão Arterial**. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

CAPÍTULO 03

DIABETES GESTACIONAL: DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO E CONDUTA

Julia Gomes Faria
Vanessa Costa Neiva
Winnye Marques Ferreira

DIABETES GESTACIONAL: DIAGNÓSTICO, SEGUIMENTO E CONDOTA

Julia Gomes Faria⁷
Vanessa Costa Neiva⁸
Winnie Marques Ferreira⁹

INTRODUÇÃO

O diabetes gestacional é definido como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou diagnóstico durante a gestação, independentemente do uso prévio de insulina ou da persistência da alteração no pós-parto. Essa condição é uma das principais endocrinopatias da gravidez, com incidência crescente nas últimas décadas, especialmente devido ao aumento da idade materna, obesidade e sedentarismo. Sua detecção precoce é fundamental para reduzir complicações tanto para a mãe quanto para o feto.

As consequências do diabetes gestacional não tratado de forma adequada incluem maior risco de pré-eclâmpsia, parto cesáreo, macrossomia fetal, distócia de ombro, hipoglicemia neonatal e síndrome da angústia respiratória. Além disso, há evidências de que tanto a mãe quanto o filho apresentam maior probabilidade de desenvolver diabetes tipo 2 e obesidade ao longo da vida. Por isso, o acompanhamento rigoroso

⁷Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

⁸Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

⁹Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

e a adoção de medidas terapêuticas individualizadas são essenciais para garantir bons desfechos obstétricos e metabólicos.

Este capítulo tem como objetivo revisar os critérios diagnósticos mais atuais para o diabetes gestacional, bem como apresentar as principais estratégias de seguimento clínico, abordagem nutricional, monitoramento glicêmico e indicações de insulinoterapia. Também serão discutidos os cuidados no parto e no puerpério, com foco na continuidade do cuidado após o nascimento, promovendo uma assistência integral e segura à mulher e ao recém-nascido.

DIAGNÓSTICO, SEGUIMENTO E CONDUTA

O diabetes gestacional (DMG) é uma condição transitória, porém clinicamente relevante, que afeta a homeostase glicêmica durante a gestação. Surge como consequência de alterações hormonais típicas do período gestacional que levam à resistência insulínica, especialmente no segundo e terceiro trimestres. Em mulheres predispostas, essas alterações ultrapassam a capacidade compensatória do pâncreas, resultando em hiperglicemia. A prevalência do DMG varia entre 3% e 25%, dependendo da população avaliada e dos critérios diagnósticos adotados.

A identificação precoce do diabetes gestacional é fundamental para a redução das complicações materno-fetais. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o rastreio deve ser realizado para todas as gestantes entre 24 e 28 semanas, por meio do teste oral de tolerância à glicose com 75g (TOTG). Em gestantes com fatores de risco

como obesidade, história familiar de diabetes tipo 2, idade ≥ 35 anos ou antecedentes obstétricos desfavoráveis, o rastreio pode ser antecipado.

O diagnóstico é confirmado quando qualquer um dos seguintes valores está alterado: jejum ≥ 92 mg/dL, 1 hora ≥ 180 mg/dL ou 2 horas ≥ 153 mg/dL após ingestão da glicose. Basta que um dos valores esteja acima do ponto de corte para que o diagnóstico seja estabelecido. Em alguns serviços, a glicemia de jejum isolada também pode ser utilizada como triagem inicial, mas o TOTG continua sendo o padrão ouro.

Uma vez confirmado o diagnóstico, o seguimento da gestante deve ser intensificado. O plano de cuidado inclui orientações dietéticas, prática de atividade física leve a moderada e monitoramento glicêmico domiciliar. O objetivo é manter a glicemia de jejum abaixo de 95 mg/dL e a pós-prandial (1 hora após as refeições) abaixo de 140 mg/dL. Essas metas ajudam a reduzir os riscos de macrosomia fetal e complicações no parto.

O acompanhamento nutricional é parte fundamental do tratamento. A dieta deve ser fracionada em três refeições principais e três lanches intermediários, com controle da carga glicêmica e preferência por alimentos ricos em fibras e de baixo índice glicêmico. O plano alimentar deve ser individualizado, respeitando as preferências da gestante e suas necessidades energéticas, evitando restrições exageradas que possam comprometer o ganho de peso gestacional adequado.

A prática de atividade física, quando não houver contraindicações obstétricas, auxilia no controle glicêmico e na melhora da sensibilidade à insulina. Caminhadas, hidroginástica, alongamentos e exercícios de baixo impacto são geralmente seguros e recomendados, desde que orientados por

profissionais capacitados. A adesão às mudanças de estilo de vida deve ser encorajada de forma gradual e respeitosa.

Quando as medidas não farmacológicas não forem suficientes para manter a glicemia dentro dos parâmetros recomendados após cerca de 1 a 2 semanas, a introdução de tratamento farmacológico torna-se necessária. A insulina é o medicamento de escolha, por não atravessar a placenta e ter eficácia comprovada. A escolha entre insulinoterapia basal, em bolus ou ambas dependerá do padrão glicêmico da gestante.

O uso de antidiabéticos orais durante a gestação ainda é motivo de controvérsias. Em algumas situações específicas, e sob protocolos institucionais bem estabelecidos, a metformina pode ser utilizada como alternativa à insulina, embora seu uso deva ser criterioso, principalmente em gestantes com contraindicação ao uso de insulina ou que não aderem à terapia injetável.

Durante o acompanhamento pré-natal, é essencial a vigilância do bem-estar fetal, especialmente em casos de diabetes gestacional mal controlado. Exames como ultrassonografia obstétrica para avaliação do crescimento fetal, estimativa de peso e volume de líquido amniótico, além de cardiotocografia, podem ser solicitados em casos selecionados. A macrossomia fetal e o excesso de líquido amniótico são achados frequentes em gestantes com DMG descompensado.

A decisão sobre o momento e a via de parto deve considerar as condições maternas, o controle glicêmico, a idade gestacional e o peso estimado fetal. O parto vaginal é possível na maioria dos casos, mas a cesariana pode ser indicada em situações como macrossomia com peso

fetal estimado acima de 4.500g, descompensação metabólica, ou complicações obstétricas associadas. A indução do parto pode ser indicada a partir da 39ª semana em casos de bom controle glicêmico.

No momento do parto, deve-se monitorar a glicemia materna de forma rigorosa para evitar episódios de hipoglicemia, especialmente se estiver em uso de insulina. A equipe neonatal deve estar preparada para acolher o recém-nascido, que pode apresentar hipoglicemia neonatal nas primeiras horas de vida. A amamentação precoce é incentivada como medida protetora e de estabilização glicêmica do neonato.

No puerpério imediato, a maioria das mulheres com diabetes gestacional apresenta normalização dos níveis glicêmicos, permitindo a suspensão do uso de insulina. No entanto, recomenda-se que a avaliação da glicemia seja repetida entre 6 a 12 semanas após o parto, por meio de teste oral de tolerância à glicose ou glicemia de jejum. A persistência da hiperglicemia configura diabetes mellitus tipo 2.

Além disso, é fundamental o acompanhamento longitudinal dessas mulheres, com incentivo a mudanças permanentes no estilo de vida, já que cerca de 30% a 50% das mulheres com DMG desenvolverão diabetes tipo 2 nos 10 anos seguintes. A inclusão em programas de rastreamento contínuo, educação alimentar e prática de atividade física deve ser estimulada desde o puerpério.

Por fim, o cuidado integral à mulher com diabetes gestacional envolve não apenas o controle glicêmico, mas também o acolhimento psicológico, o respeito à sua autonomia e a valorização do vínculo com a equipe de saúde. A informação clara e o suporte contínuo contribuem para

a adesão ao tratamento e para uma experiência de gestação mais segura e positiva.

CONCLUSÃO

O diabetes gestacional representa um dos principais desafios do cuidado obstétrico moderno, tanto pela sua prevalência crescente quanto pelos riscos associados à saúde materna e fetal. O diagnóstico precoce, a adoção de condutas terapêuticas baseadas em evidências e o seguimento contínuo da gestante são determinantes para reduzir complicações e promover uma gestação segura.

A abordagem efetiva dessa condição requer uma equipe multidisciplinar preparada para orientar, acolher e acompanhar a gestante de forma humanizada e técnica. O controle glicêmico rigoroso, a educação alimentar, o estímulo à atividade física e, quando necessário, a insulinoterapia são pilares centrais no manejo do diabetes gestacional.

O sucesso do tratamento não se limita ao parto: ele se estende ao puerpério e ao longo da vida da mulher, exigindo acompanhamento contínuo e estratégias de prevenção para evitar a evolução para diabetes tipo 2. Dessa forma, o cuidado com a mulher com diabetes gestacional transcende o período gravídico, consolidando-se como oportunidade de intervenção em saúde ao longo do ciclo vital feminino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Atenção à Gestante com Diabetes Mellitus Gestacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Diabetes Mellitus na Gestação – Diretrizes FEBRASGO**. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. **Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Padrões de Atendimento Médico no Diabetes – 2023**. Diabetes Care, v. 46, supl. 1, 2023.

CAPÍTULO 04

INFECÇÕES NA GESTAÇÃO: PRINCIPAIS AGENTES E CONDUTAS

Dandhara Santos Damião
Winnye Marques Ferreira

INFECÇÕES NA GESTAÇÃO: PRINCIPAIS AGENTES E CONDUTAS

Dandhara Santos Damião¹⁰
Winnie Marques Ferreira¹¹

INTRODUÇÃO

Durante a gestação, o organismo materno passa por diversas adaptações imunológicas que o tornam mais suscetível a determinados agentes infecciosos. Algumas infecções, embora comuns na população geral, podem ter consequências mais graves quando ocorrem na gestante, afetando não apenas sua saúde, mas também o desenvolvimento fetal. Por isso, o reconhecimento precoce, a abordagem adequada e o manejo preventivo são fundamentais para a proteção materno-fetal.

Infecções como toxoplasmose, sífilis, HIV, hepatites virais, rubéola, citomegalovírus e herpes simples compõem o grupo das chamadas infecções congênitas ou TORCH, cujo rastreamento e tratamento são considerados prioritários no pré-natal. Além dessas, outras condições infecciosas, como infecções do trato urinário, gripe e infecções respiratórias virais, também devem receber atenção durante a gestação devido ao risco aumentado de complicações.

Este capítulo tem como objetivo revisar os principais agentes infecciosos que acometem a gestação, destacando suas vias de transmissão,

¹⁰Graduada em Medicina. Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG. Passos, MG.

¹¹Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

potenciais repercussões no conceito e as condutas clínicas recomendadas para o diagnóstico, tratamento e prevenção. O cuidado com infecções na gravidez deve ser sistemático, atualizado e sensível às especificidades de cada caso, promovendo um acompanhamento seguro e eficaz.

PRINCIPAIS AGENTES E CONDUTAS

Durante a gestação, o sistema imunológico da mulher sofre modificações naturais para permitir a manutenção da gravidez, o que a torna mais vulnerável a determinadas infecções. Além dos riscos maternos, muitos agentes infecciosos têm potencial de atravessar a placenta, causando malformações, restrição de crescimento intrauterino, abortos ou infecções congênitas. Por isso, o rastreamento e o manejo adequado das infecções fazem parte do protocolo básico de um pré-natal seguro.

Entre os agentes infecciosos de maior importância na gestação, destacam-se os componentes do grupo TORCH, acrônimo para toxoplasmose, outros (como sífilis e varicela), rubéola, citomegalovírus (CMV) e herpes simples. Cada um deles tem particularidades clínicas e laboratoriais que demandam abordagens específicas, tanto para diagnóstico quanto para tratamento e prevenção de sequelas.

A toxoplasmose é causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii* e pode ser adquirida pela ingestão de carne malcozida, contato com fezes de gatos infectados ou consumo de água contaminada. A infecção primária durante a gestação, especialmente no primeiro trimestre, pode levar a lesões graves no sistema nervoso central do feto. O diagnóstico é sorológico e deve ser feito já na primeira consulta do pré-natal, com

dosagem de IgG e IgM. Na suspeita de infecção recente, é fundamental realizar a avaliação da avidéz do IgG e, se necessário, iniciar tratamento com espiamicina ou, em casos confirmados de infecção fetal, associações medicamentosas mais potentes.

A sífilis, infecção sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*, permanece como importante causa evitável de morbimortalidade perinatal. Toda gestante deve realizar o teste rápido e o VDRL no início do pré-natal, no terceiro trimestre e no momento do parto. O tratamento é feito com penicilina benzatina, e o parceiro sexual também deve ser tratado para evitar a reinfeção. A sífilis congênita é grave e pode ser prevenida com intervenções simples e eficazes, desde que iniciadas em tempo oportuno.

A infecção pelo HIV na gestante requer diagnóstico precoce para permitir o início imediato da terapia antirretroviral, que reduz significativamente o risco de transmissão vertical. Com o tratamento adequado e medidas preventivas no parto e no puerpério, é possível alcançar taxas de transmissão inferiores a 1%. A via de parto deve ser avaliada de acordo com a carga viral, e a amamentação é contraindicada em mulheres HIV positivas, sendo indicado o uso de fórmula láctea desde o nascimento.

As hepatites virais B e C também devem ser rastreadas no pré-natal. A hepatite B pode ser prevenida com a vacina e, nos casos de mães positivas para o HBsAg, o recém-nascido deve receber imunoglobulina específica e iniciar o esquema vacinal nas primeiras 12 horas de vida. Já a hepatite C ainda não possui vacina, e a transmissão vertical pode ocorrer,

especialmente em mães com alta carga viral. O tratamento definitivo deve ser postergado para o pós-parto, devido à contraindicação dos antivirais durante a gestação.

A rubéola, quando adquirida durante a gestação, principalmente no primeiro trimestre, pode causar graves malformações congênitas, como surdez, catarata e cardiopatias. A vacinação prévia é a principal forma de prevenção, sendo contraindicada durante a gestação. Por isso, o ideal é verificar o status vacinal da mulher em idade fértil e atualizar a caderneta antes da concepção, quando possível.

O citomegalovírus (CMV) é uma das infecções congênitas mais frequentes e pode causar sequelas neurológicas severas, como surdez e atraso no desenvolvimento. A infecção primária durante a gestação é a mais preocupante, mas o diagnóstico é desafiador, pois muitas vezes é assintomática. A sorologia e, em casos suspeitos, a amniocentese para PCR viral podem ser utilizadas. Atualmente, não há tratamento antiviral amplamente recomendado para uso rotineiro durante a gestação, sendo a prevenção com higiene adequada a principal medida.

A infecção pelo vírus herpes simples (HSV), especialmente a primária durante o terceiro trimestre, pode ser perigosa para o recém-nascido, com risco de herpes neonatal disseminada. Em casos de lesões ativas no momento do parto, está indicada a cesariana. A terapia antiviral com aciclovir é utilizada tanto para tratamento quanto para profilaxia em gestantes com história de herpes genital recorrente, a partir da 36ª semana.

Além do grupo TORCH, outras infecções merecem destaque, como a infecção urinária, que é comum na gestação e pode evoluir para

pielonefrite se não tratada adequadamente. Toda gestante deve realizar urocultura no início do pré-natal e, se houver bacteriúria assintomática, o tratamento antibiótico está indicado. A escolha do antibiótico deve respeitar a segurança fetal e a sensibilidade da bactéria isolada.

As infecções respiratórias, especialmente por vírus como influenza e SARS-CoV-2, também podem cursar com formas mais graves em gestantes. A vacinação contra a gripe e a COVID-19 é recomendada e segura durante a gestação, devendo ser estimulada em todas as fases da gravidez como medida protetora para mãe e bebê.

A abordagem das infecções na gestação exige atualização constante por parte dos profissionais de saúde. As diretrizes clínicas e os protocolos podem sofrer alterações conforme surgem novas evidências, e a conduta deve sempre estar alinhada às recomendações mais recentes do Ministério da Saúde e das sociedades científicas especializadas.

Além do cuidado clínico, é fundamental oferecer acolhimento, escuta ativa e suporte emocional à gestante diagnosticada com qualquer infecção. O medo de repercussões para o bebê e o estigma social ainda presente em algumas condições, como o HIV, exigem uma postura ética, respeitosa e empática por parte da equipe de saúde.

O trabalho interdisciplinar entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos enriquece o cuidado e possibilita intervenções mais abrangentes, que ultrapassam o controle da doença e visam o bem-estar integral da mulher e do recém-nascido. O acompanhamento regular, o esclarecimento das dúvidas e o envolvimento da gestante nas decisões são pilares da assistência humanizada.

Por fim, a prevenção continua sendo a melhor estratégia. O fortalecimento da atenção básica, a ampliação da cobertura vacinal, o acesso facilitado a testes diagnósticos e o investimento em educação em saúde são medidas fundamentais para reduzir a incidência e o impacto das infecções durante a gestação. Com informação e cuidado de qualidade, é possível garantir segurança e saúde a duas vidas que caminham juntas.

CONCLUSÃO

As infecções na gestação representam um desafio constante na prática obstétrica, devido ao risco de complicações maternas, fetais e neonatais. A identificação precoce dos agentes infecciosos, o seguimento adequado das gestantes e a adoção de condutas baseadas em evidências são fundamentais para prevenir desfechos adversos e proteger a saúde de mãe e filho.

A realização de triagens sorológicas, a atualização do calendário vacinal, o tratamento oportuno das infecções e o aconselhamento adequado constituem pilares do cuidado pré-natal. Além disso, a abordagem humanizada, que respeita a individualidade da mulher e suas condições sociais e emocionais, é indispensável para promover adesão ao acompanhamento e reduzir o impacto psicológico de um diagnóstico infeccioso.

O controle das infecções gestacionais demanda um esforço conjunto entre os profissionais de saúde, os gestores do sistema e a própria gestante. Com educação, informação e acesso a cuidados de qualidade, é possível minimizar os riscos e proporcionar um ambiente seguro para o

desenvolvimento fetal, reforçando o compromisso com uma maternidade saudável e protegida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo da Atenção à Gestante: Atenção Especializada – Manual Técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Infecções na Gravidez – Diretrizes e Recomendações**. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. **Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

CAPÍTULO 05

TRABALHO DE PARTO: DIAGNÓSTICO, FASES E ASSISTÊNCIA

Lorena Luiza Pimenta Magalhães
Vanessa Costa Neiva
Winnye Marques Ferreira

TRABALHO DE PARTO: DIAGNÓSTICO, FASES E ASSISTÊNCIA

Lorena Luiza Pimenta Magalhães¹²

Vanessa Costa Neiva¹³

Winnye Marques Ferreira¹⁴

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto é um processo fisiológico complexo e dinâmico que marca o início do nascimento e exige atenção cuidadosa por parte da equipe de saúde. Caracteriza-se por contrações uterinas regulares e progressivas que promovem a dilatação cervical e a descida fetal pelo canal de parto. Seu diagnóstico preciso, a compreensão de suas fases e a adoção de condutas baseadas em evidências são essenciais para garantir segurança e conforto à gestante, respeitando seu protagonismo no processo de parir.

A assistência ao trabalho de parto exige não apenas conhecimento técnico sobre os aspectos clínicos e fisiológicos envolvidos, mas também sensibilidade e acolhimento. A avaliação da evolução do parto deve considerar o ritmo das contrações, as modificações do colo do útero e o comportamento materno, respeitando as particularidades de cada mulher. Fatores como ambiente, apoio emocional e liberdade de movimentação influenciam diretamente na experiência e nos desfechos do parto.

¹²Graduada em Medicina. Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, MG.

¹³Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

¹⁴Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

Este capítulo tem como objetivo revisar os critérios diagnósticos do trabalho de parto, suas fases clínicas — latente, ativa e período expulsivo —, bem como os cuidados recomendados em cada etapa. Além disso, aborda práticas seguras e respeitosas de assistência obstétrica que contribuem para a redução de intervenções desnecessárias, promovendo um parto mais humanizado e centrado na mulher.

DIAGNÓSTICO, FASES E ASSISTÊNCIA

O trabalho de parto é um processo fisiológico que envolve uma série de eventos coordenados que culminam com o nascimento do recém-nascido e a dequitação da placenta. Inicia-se de forma gradual, com modificações no colo uterino e contrações uterinas efetivas que promovem progressivamente a dilatação cervical e a descida do feto. O reconhecimento adequado do início do trabalho de parto e a correta avaliação de sua evolução são essenciais para uma assistência segura, eficaz e respeitosa.

O diagnóstico do trabalho de parto ativo baseia-se em três critérios fundamentais: presença de contrações uterinas regulares e dolorosas, apagamento e dilatação progressiva do colo uterino, e descida do polo cefálico fetal. As contrações, inicialmente irregulares e pouco dolorosas, tornam-se frequentes, intensas e ritmadas, com intervalos de 3 a 5 minutos e duração de 30 a 60 segundos. O toque vaginal é o principal exame para avaliar a dilatação cervical e a apresentação fetal.

O trabalho de parto é dividido em três fases principais: fase latente, fase ativa e período expulsivo. A fase latente corresponde ao período

inicial em que ocorrem contrações irregulares, com dilatação cervical até cerca de 5 cm. Nessa etapa, a gestante pode permanecer em casa, desde que não haja sinais de alerta. A fase ativa começa a partir de 5 a 6 cm de dilatação, com contrações mais intensas e regulares, exigindo maior vigilância da equipe de saúde.

Durante a fase ativa, a evolução do trabalho de parto deve ser monitorada com o uso do partograma, ferramenta que permite registrar parâmetros como dilatação cervical, frequência e duração das contrações, descida e posição fetal, frequência cardíaca fetal e outros dados relevantes. A utilização do partograma é recomendada pela Organização Mundial da Saúde como medida para reduzir intervenções desnecessárias e partos distócicos.

O período expulsivo inicia-se quando o colo atinge dilatação total (10 cm) e termina com a saída completa do recém-nascido. Nessa fase, as contrações são mais intensas e a gestante pode apresentar desejo espontâneo de fazer força. O acompanhamento deve ser contínuo, observando-se sinais de sofrimento fetal, progressão da apresentação e condições maternas. É fundamental respeitar o tempo fisiológico da descida fetal, evitando manobras desnecessárias.

A assistência ao parto deve ser baseada em evidências científicas e respeitar a autonomia da mulher. Medidas como liberdade de posição, presença de acompanhante, hidratação oral, suporte emocional e controle não farmacológico da dor contribuem para uma experiência positiva. A analgesia de parto, quando disponível e solicitada, também deve ser oferecida de forma segura.

A episiotomia, por muito tempo realizada de forma rotineira, atualmente é indicada apenas em situações específicas, como sofrimento fetal com necessidade de parto rápido ou perineo inelástico com risco de lacerações graves. O uso criterioso dessa intervenção é essencial para reduzir complicações e preservar a integridade do assoalho pélvico.

Após a saída do bebê, inicia-se a dequitação, fase em que ocorre a saída da placenta e das membranas fetais. Essa fase pode durar até 30 minutos e deve ser monitorada atentamente, pois complicações como retenção placentária e hemorragia pós-parto podem ocorrer. A administração de ocitocina no momento do nascimento é uma estratégia eficaz para prevenir a atonia uterina e o sangramento excessivo.

Durante todo o trabalho de parto, a avaliação contínua da vitalidade fetal é imprescindível. A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com sonar ou estetoscópio de Pinard, de acordo com a fase do trabalho de parto, permite a identificação precoce de alterações que possam indicar sofrimento fetal agudo. Em casos de anormalidades persistentes, outras estratégias como cardiotocografia contínua ou mesmo interrupção do parto por via cesariana podem ser consideradas.

A assistência ao parto deve incluir também o cuidado com o bem-estar psicológico da gestante. O medo, a dor e a insegurança podem influenciar negativamente a progressão do trabalho de parto. Por isso, o suporte emocional prestado pela equipe de saúde e pela rede de apoio da gestante, incluindo o acompanhante, tem papel decisivo na vivência do parto como um momento positivo e empoderador.

A abordagem humanizada do parto valoriza a fisiologia do nascimento e promove uma prática obstétrica centrada na mulher, evitando condutas intervencionistas desnecessárias. Entre as boas práticas recomendadas destacam-se o toque vaginal apenas quando necessário, o estímulo à mobilidade e posições verticais, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e a liberdade para vocalizar ou expressar-se durante o processo.

A cesariana, embora seja uma via segura quando bem indicada, deve ser reservada para situações clínicas que justifiquem sua realização. O aumento de cesarianas sem indicação adequada tem sido motivo de preocupação em muitos países, inclusive no Brasil, por estar associado a riscos cirúrgicos, recuperação mais lenta e complicações em gestações futuras. O parto vaginal, sempre que possível, deve ser encorajado como via de nascimento preferencial.

A comunicação clara entre profissionais e gestante é um elemento fundamental na assistência ao trabalho de parto. A mulher deve ser informada sobre a evolução do seu parto, ter suas dúvidas esclarecidas e ser envolvida nas decisões, respeitando seus desejos e preferências sempre que clinicamente possível. Essa postura fortalece o vínculo e melhora os desfechos maternos e neonatais.

Em síntese, o trabalho de parto é um evento fisiológico que exige conhecimento técnico, sensibilidade e respeito à individualidade de cada mulher. A atuação da equipe deve ser guiada por protocolos baseados em evidências, integrando tecnologia, humanização e segurança. Ao respeitar

o ritmo do corpo e as escolhas da gestante, é possível promover um nascimento digno, seguro e respeitoso.

CONCLUSÃO

A compreensão do trabalho de parto em sua totalidade — desde o diagnóstico até o acompanhamento de suas fases — é essencial para garantir uma assistência obstétrica segura, eficaz e centrada na mulher. O respeito à fisiologia do parto, aliado ao uso criterioso de intervenções médicas, permite reduzir riscos, promover boas experiências e favorecer desfechos positivos tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

Mais do que conhecimento técnico, a assistência ao parto requer escuta ativa, acolhimento e sensibilidade. A valorização da autonomia da gestante, o suporte emocional contínuo e a adoção de práticas humanizadas são aspectos indispensáveis para uma abordagem ética e respeitosa, que reconhece o parto como um evento não apenas biológico, mas também profundamente humano.

Dessa forma, o trabalho de parto deve ser conduzido com base em evidências científicas atualizadas e sob a perspectiva do cuidado integral, considerando o contexto físico, emocional e social da gestante. Promover o protagonismo feminino, a segurança clínica e o respeito mútuo são compromissos que devem guiar todos os profissionais envolvidos nesse momento único da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Parto Normal: Guia prático para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS para os cuidados no parto: versão resumida**. Genebra: OMS, 2018.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. **Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Diretrizes para a assistência ao parto e nascimento**. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

CAPÍTULO 06

HEMORRAGIAS NA GESTAÇÃO: ABORDAGEM E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Danilo Caetano Silva
Gabrielle Freitas Ribeiro
Winnye Marques Ferreira

HEMORRAGIAS NA GESTAÇÃO: ABORDAGEM E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Danilo Caetano Silva¹⁵
Gabrielle Freitas Ribeiro¹⁶
Winnie Marques Ferreira¹⁷

INTRODUÇÃO

A presença de sangramento durante a gestação é uma das queixas mais angustiantes tanto para a gestante quanto para a equipe médica, podendo indicar desde condições benignas até emergências obstétricas graves. A avaliação criteriosa da quantidade, do tempo gestacional, das características do sangramento e dos sinais clínicos associados é fundamental para o diagnóstico precoce e para a definição da conduta adequada.

As causas de hemorragia variam conforme a idade gestacional. No primeiro trimestre, as principais etiologias incluem ameaça de aborto, aborto em curso, gravidez ectópica e mola hidatiforme. Já no segundo e terceiro trimestres, destacam-se a placenta prévia, o descolamento prematuro de placenta e o rompimento de vasos pré-placentários, além de causas não obstétricas como lesões cervicais e infecções genitais. A distinção entre essas condições requer conhecimento técnico, sensibilidade clínica e, em muitos casos, o apoio de exames laboratoriais e de imagem.

¹⁵Acadêmico de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

¹⁶Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

¹⁷Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

Este capítulo tem como objetivo revisar as principais causas de hemorragia na gestação, suas manifestações clínicas, critérios para o diagnóstico diferencial e condutas recomendadas. Uma abordagem sistemática e humanizada diante desses quadros é essencial para garantir a segurança da mãe e do feto, reduzir complicações e oferecer um cuidado eficiente e empático.

O sangramento vaginal durante a gestação é uma intercorrência clínica que exige avaliação imediata e criteriosa. Embora nem sempre represente um risco iminente, pode indicar complicações graves com potencial de comprometimento materno e fetal. A abordagem deve ser sistematizada, levando em consideração a idade gestacional, o volume e a característica do sangramento, sintomas associados e a história obstétrica da paciente.

No primeiro trimestre da gestação, o sangramento vaginal é relativamente comum, podendo ocorrer em até 20% das gestações. As causas mais frequentes incluem a ameaça de aborto, o aborto em curso, o aborto retido, a gestação ectópica e a mola hidatiforme. A ameaça de aborto se manifesta por sangramento leve, geralmente sem dor intensa e com colo uterino fechado, sendo tratada de forma conservadora com repouso e acompanhamento. Já o aborto em curso envolve dor e sangramento mais intensos, com dilatação do colo, podendo requerer esvaziamento uterino.

A gestação ectópica, caracterizada pela implantação do embrião fora da cavidade uterina, mais comumente nas tubas uterinas, é uma causa grave de sangramento no início da gravidez. Pode se manifestar com dor

abdominal intensa, sangramento vaginal irregular e sinais de instabilidade hemodinâmica em casos de rotura tubária. O diagnóstico é feito por meio da dosagem de β -hCG e ultrassonografia transvaginal. O tratamento pode ser medicamentoso, com metotrexato, ou cirúrgico, dependendo da estabilidade clínica da paciente e da evolução do quadro.

Outra causa importante de sangramento no primeiro trimestre é a mola hidatiforme, uma gestação anormal resultante da fertilização de um óvulo com alterações cromossômicas. Caracteriza-se por sangramento vaginal escuro, aumento uterino desproporcional à idade gestacional e presença de vesículas ao exame. O diagnóstico é confirmado pela ultrassonografia com imagem típica em "flocos de neve" e por níveis muito elevados de β -hCG. O tratamento é feito com curetagem uterina e acompanhamento posterior com dosagens seriadas de β -hCG.

A partir do segundo trimestre, as causas de hemorragia mudam significativamente. A placenta prévia, na qual a placenta se implanta total ou parcialmente sobre o orifício interno do colo uterino, é uma das principais etiologias. O sangramento geralmente é indolor, vermelho vivo e de início súbito. O diagnóstico é feito por ultrassonografia, preferencialmente transvaginal. O manejo depende da idade gestacional, intensidade do sangramento e estabilidade materna e fetal, podendo requerer internação hospitalar e, em alguns casos, antecipação do parto por cesariana.

Outra causa importante é o descolamento prematuro de placenta, caracterizado pela separação parcial ou total da placenta antes do nascimento. Diferente da placenta prévia, o sangramento geralmente é

escuro, acompanhado de dor abdominal intensa, hipertonia uterina e sofrimento fetal. É uma emergência obstétrica com alto risco de mortalidade perinatal e materna, exigindo intervenção imediata. O diagnóstico é clínico, com suporte de exames de imagem e monitoramento fetal.

As roturas de vasos pré-placentários, como a vasa prévia, embora raras, podem causar hemorragias graves de origem fetal. O sangramento ocorre quando vasos fetais desprotegidos se rompem durante o trabalho de parto ou a ruptura das membranas. O diagnóstico é feito por ultrassonografia com doppler colorido, e o tratamento é a interrupção imediata da gestação, geralmente por cesariana.

É fundamental considerar também causas não obstétricas de sangramento vaginal durante a gestação. Lesões cervicais, como pólipos ou eversões do colo, podem causar sangramentos leves e intermitentes, especialmente após relações sexuais. Infecções vaginais ou cervicais, como vaginites e cervicites, também devem ser investigadas, pois podem provocar sangramento e desconforto, sendo tratadas com antimicrobianos apropriados.

A anamnese detalhada é o primeiro passo para esclarecer a origem do sangramento. A idade gestacional, intensidade e coloração do sangramento, presença de dor, febre ou outros sintomas associados são informações essenciais. O exame físico cuidadoso, incluindo inspeção genital externa e especular, deve ser realizado com precaução, principalmente em suspeita de placenta prévia, situação em que o toque vaginal está contraindicado antes da confirmação por imagem.

A ultrassonografia obstétrica é o principal exame complementar para avaliação de hemorragias gestacionais, permitindo a localização placentária, avaliação da vitalidade fetal, integridade uterina e presença de hematomas retroplacentários. Em casos selecionados, exames laboratoriais como hemograma, tipagem sanguínea, coagulograma e testes específicos (como sorologia para toxoplasmose, sífilis e β -hCG) são fundamentais para elucidação diagnóstica.

O manejo clínico depende da causa identificada, do volume do sangramento e da estabilidade clínica da gestante e do feto. Casos leves podem ser conduzidos ambulatorialmente com orientação e acompanhamento rigoroso. Situações mais graves demandam hospitalização, vigilância intensiva e, em algumas circunstâncias, antecipação do parto para preservar a vida materna e fetal.

A comunicação clara e empática com a gestante é fundamental durante todo o processo de avaliação e tratamento. O sangramento vaginal é, para muitas mulheres, um sinal alarmante que pode gerar medo, ansiedade e insegurança. Oferecer informação adequada, acolhimento emocional e envolvimento nas decisões terapêuticas melhora a experiência da gestação e fortalece o vínculo entre paciente e equipe de saúde.

A abordagem multidisciplinar é especialmente importante em casos complexos, envolvendo obstetras, anestesistas, neonatologistas, hematologistas e equipe de enfermagem. A atuação coordenada contribui para uma assistência segura, rápida e eficiente, sobretudo em cenários de emergência obstétrica.

Em resumo, a hemorragia na gestação é uma situação clínica de relevância que exige preparo técnico, atenção contínua e sensibilidade humana. O diagnóstico diferencial amplo, a condução individualizada e a adoção de protocolos baseados em evidências são as melhores estratégias para preservar a saúde materna e fetal, assegurando um pré-natal e parto seguros.

CONCLUSÃO

As hemorragias na gestação representam eventos clínicos que variam de quadros benignos a situações de alta gravidade, exigindo dos profissionais de saúde uma abordagem ágil, sistemática e fundamentada em evidências. A correta identificação da causa do sangramento, baseada na anamnese, exame físico e exames complementares, é fundamental para o direcionamento terapêutico e para a tomada de decisões clínicas adequadas.

A divisão das causas de sangramento conforme o trimestre gestacional facilita o raciocínio diagnóstico, sendo essencial reconhecer os sinais de alerta para patologias como gestação ectópica, mola hidatiforme, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta. Além disso, o atendimento humanizado, com escuta ativa e suporte emocional à gestante, contribui significativamente para o enfrentamento de situações potencialmente traumáticas.

Portanto, garantir o acesso a uma assistência qualificada, que envolva diagnóstico precoce, conduta segura e comunicação eficaz, é um compromisso ético e técnico indispensável para a redução de riscos e para

a promoção da saúde materna e fetal em todos os níveis de atenção obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Gestão de Alto Risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2022.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. **Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Guia de prática clínica: hemorragias na gravidez**. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Recomendações sobre os cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra: OMS, 2016.

CAPÍTULO 07

ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO IMEDIATO E TARDIO

Lorena Luiza Pimenta Magalhães
Vanessa Costa Neiva
Winnye Marques Ferreira

ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO IMEDIATO E TARDIO

Lorena Luiza Pimenta Magalhães¹⁸

Vanessa Costa Neiva¹⁹

Winnye Marques Ferreira²⁰

INTRODUÇÃO

O puerpério, também conhecido como período pós-parto, compreende a fase de recuperação física e emocional da mulher após o parto, sendo marcado por intensas transformações fisiológicas, hormonais e psicológicas. Esse período é tradicionalmente dividido em puerpério imediato (primeiras 24 horas), precoce (até 10 dias) e tardio (até 42 dias após o parto). A assistência adequada durante essas fases é fundamental para a promoção da saúde materna, prevenção de complicações e fortalecimento do vínculo entre mãe e recém-nascido.

Durante o puerpério, o corpo da mulher passa por processos naturais de involução uterina, eliminação do lóquio, reorganização hormonal e estabelecimento da lactação. Ao mesmo tempo, ela pode vivenciar desafios emocionais, como inseguranças com os cuidados ao bebê, mudanças na rotina familiar e variações de humor. Diante disso, o suporte físico, psicológico e social deve ser contínuo e atento, oferecendo acolhimento e orientação adequada à nova realidade vivenciada.

¹⁸Graduada em Medicina. Faculdade de Medicina de Barbacena. Barbacena, MG.

¹⁹Acadêmica de Medicina. Faculdade Atenas Passos. Passos, MG.

²⁰Orientadora, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia na Santa Casa de Misericórdia de Passos – MG. Passos, MG.

Este capítulo tem como objetivo apresentar os principais cuidados no puerpério imediato e tardio, incluindo a vigilância de sinais clínicos, a prevenção de complicações, o estímulo ao aleitamento materno, o acompanhamento da saúde mental e a orientação sobre sexualidade, planejamento reprodutivo e retorno às atividades habituais. Uma assistência bem conduzida nessa fase garante não apenas a recuperação segura da mulher, mas também a base para uma maternidade saudável e consciente.

ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO IMEDIATO E TARDIO

O puerpério é um período de intensas mudanças fisiológicas e emocionais, marcado pela transição da gravidez para a maternidade. A assistência nesse momento deve ser integral, contemplando tanto a recuperação física da mulher quanto seu bem-estar psicológico e a adaptação à nova dinâmica familiar. O puerpério imediato abrange as primeiras 24 horas após o parto, enquanto o tardio se estende até aproximadamente seis semanas após o nascimento. Cada fase exige cuidados específicos e vigilância constante.

Nas primeiras horas do pós-parto, o principal objetivo da assistência é prevenir complicações como hemorragia, infecção puerperal e tromboembolismo. A involução uterina deve ser monitorada por meio da palpação do fundo do útero, que deve estar firme e na altura da cicatriz umbilical. A presença de lóquios – secreção vaginal sanguinolenta – também deve ser avaliada, observando volume, odor e características

gerais. Qualquer sinal de sangramento excessivo ou alteração deve ser investigado.

O controle dos sinais vitais, especialmente nas primeiras horas após o parto, é essencial para detectar precocemente hipotensão, taquicardia ou febre, que podem indicar complicações. A deambulação precoce, quando possível, é recomendada para reduzir o risco de eventos tromboembólicos, especialmente em mulheres submetidas à cesariana. Também é necessário acompanhar o retorno da micção e o início da lactação.

No puerpério imediato, a equipe de saúde deve estimular o contato pele a pele e o início precoce da amamentação. Essa prática fortalece o vínculo entre mãe e bebê, estabiliza os sinais vitais do recém-nascido e favorece a produção de ocitocina, auxiliando na contração uterina e na prevenção de hemorragias. A mulher deve receber orientações sobre a pega correta, posição durante a amamentação e sinais de ingurgitamento ou fissuras mamilares.

A avaliação emocional da puérpera também é parte essencial da assistência. O nascimento de um filho pode desencadear sentimentos de alegria, mas também de medo, insegurança e tristeza. O acompanhamento da saúde mental deve ser contínuo, com atenção aos sinais de depressão pós-parto, que pode surgir de forma sutil e ser subestimada. Apoio da equipe multiprofissional, da família e o encaminhamento para atendimento especializado, quando necessário, são medidas fundamentais.

No puerpério tardio, a mulher retorna progressivamente à sua rotina e recupera sua fisiologia pré-gestacional. A involução uterina completa-se nesse período, e os lóquios passam de vermelho vivo para coloração mais

clara, até cessarem por completo. A persistência de sangramentos, dor abdominal intensa ou febre devem ser considerados sinais de alerta para complicações, como endometrite ou retenção de restos placentários.

A orientação quanto à sexualidade e ao planejamento reprodutivo deve fazer parte da consulta de puerpério. A retomada da atividade sexual deve respeitar o tempo físico e emocional da mulher, ocorrendo geralmente após o desaparecimento dos lóquios e cicatrização de eventuais lacerações. Métodos contraceptivos podem ser iniciados ainda na maternidade ou na primeira consulta de revisão, com atenção especial ao uso de métodos compatíveis com a amamentação.

Outro aspecto relevante é o acompanhamento das mamas e da amamentação no longo prazo. Complicações como mastite, obstrução de ductos e dor durante as mamadas devem ser reconhecidas e tratadas precocemente. A mulher deve receber suporte e incentivo contínuos, além de ter espaço para relatar dificuldades e dúvidas, fortalecendo sua autonomia e confiança.

A consulta de revisão pós-parto deve ocorrer entre 7 e 10 dias após o parto, e uma nova avaliação entre 30 e 42 dias é recomendada. Nessas ocasiões, devem ser avaliados o estado geral da puérpera, o retorno do útero ao tamanho normal, o estado emocional, a amamentação, o padrão de sono e alimentação, além da adaptação da família à nova dinâmica com o bebê.

É importante lembrar que o puerpério é um momento de vulnerabilidade. Mulheres com histórico de violência obstétrica, ausência de rede de apoio ou condição socioeconômica desfavorável requerem

atenção especial e, muitas vezes, suporte social e psicológico mais intensivo. O cuidado humanizado é essencial para garantir segurança e dignidade nesse período.

A educação em saúde no pós-parto deve incluir informações sobre sinais de alerta, autocuidado, nutrição, higiene íntima, repouso e cuidados com o recém-nascido. O acesso a serviços de saúde deve ser facilitado, promovendo um vínculo contínuo com a atenção primária e integrando ações de saúde da mulher e da criança.

A atuação da equipe de saúde deve ser acolhedora e respeitosa, oferecendo um ambiente seguro para que a mulher expresse suas dúvidas, emoções e inseguranças. Profissionais capacitados fazem diferença na detecção precoce de complicações e na promoção de um puerpério mais saudável e positivo.

A mulher no puerpério deve ser vista em sua integralidade, considerando suas dimensões física, emocional e social. O cuidado precisa ser centrado em suas necessidades, respeitando o tempo de adaptação e a singularidade de cada experiência de maternidade.

Por fim, o puerpério é uma etapa que encerra o ciclo gravídico-puerperal, mas que abre uma nova fase da vida da mulher. A assistência prestada nesse momento pode influenciar profundamente sua saúde futura, sua relação com o bebê e sua percepção da maternidade. Investir em cuidados de qualidade no puerpério é investir na saúde de toda a família.

CONCLUSÃO

A assistência ao puerpério, tanto imediato quanto tardio, é uma etapa crucial da atenção obstétrica, pois garante não apenas a recuperação física da mulher após o parto, mas também o acolhimento de suas demandas emocionais e sociais. Cuidar da puérpera significa promover saúde, prevenir complicações e fortalecer o vínculo com o recém-nascido, sendo este um momento que pode impactar significativamente a vivência da maternidade e a saúde mental da mulher.

O olhar atento da equipe multiprofissional, o respeito à individualidade da mulher, o incentivo ao aleitamento materno, a escuta qualificada e o acesso à informação são pilares de uma assistência qualificada. Além disso, o acompanhamento contínuo nos dias e semanas após o parto permite identificar precocemente intercorrências que, se não abordadas, podem evoluir de forma desfavorável.

Portanto, oferecer uma assistência humanizada e baseada em evidências no puerpério é essencial para garantir segurança, conforto e bem-estar à mulher e sua família. Este cuidado, que vai além da técnica, deve ser permeado por empatia, acolhimento e compromisso com a integralidade da saúde materna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde da Mulher – Atenção à Gestação de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Puerpério**. São Paulo: FEBRASGO, 2022.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. **Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

BEZERRA, L. R. A.; NASCIMENTO, J. C. S. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos, 11

Acessível, 10

Acompanhamento, 14

Alterações, 31

Amamentação, 64

Aplicada, 10

Assistência, 10, 50

Atendimentos, 14

Autonomia, 34

C

Características, 22

Cesarianas, 50

Clínica, 10

Consequências, 30

Consolidar, 10

Controversa, 25

Cotidiano, 10

Criteriosa, 14

Curadoria, 10

D

Décadas, 30

Desproporcional, 56

Detecção, 14

Diagnóstico, 30, 54

Dilatação, 47

E

Enfrentamento, 10

Estratégias, 14

Evidências, 59

Evolução, 22

Experiências, 11

Expulsivo, 48

F

Frequentes, 47

Fundamentada, 10

G

Gestação, 14

Gestacionais, 14

Gestacional, 26

Gestantes, 24

Ginecológico, 16

H

Hemograma, 16

Humanizada, 50

I

Imunológicas, 38

Individualizadas, 31

Indução, 34

Intermediários, 32

Intervalos, 47

Intervencionistas, 50

Intolerância, 30

Involução, 64

Irregulares, 47

L

Linguagem, 10

Líquido, 33

M

Manejo, 35

Manifestações, 55

Materna, 27

Maternidade, 18

Medicina, 11

Morbidade, 22

Mortalidade, 22

Multidisciplinar, 58

Multiprofissional, 64

N

Nascimento, 50

O

Obesidade, 30

Obstétrica, 16

Organização, 19

Orientações, 14

P

Perinatal, 22

Periodicidade, 15

Persistência, 30

Persistente, 25

Placenta, 56

Precoce, 14

Prevenção, 14

Profissional, 14

Protagonismo, 51

Proteinúria, 23

Puerpério, 40

Q

Qualidade, 11

R

Rastreamento, 38

Realidade, 10

Recorrentes, 10

Referência, 16

Residente, 10

Respeitoso, 51

Ritmadas, 47

S

Sangramento, 54

Saudável, 17

Sensível, 39

Serviços, 10

Situações, 10

Supervisão, 11

Suporte, 62

T

Terapêuticas, 31

Tolerância, 34

Translucência, 16

V

Tratamento, 14

Vigilância, 63

U

Vivência, 10

Uterina, 58

OBSTETRÍCIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E DISCUSSÕES

Revista REASE chancelada pela Editora Arché.
São Paulo- SP.
Telefone: +55(11) 5107- 0941
<https://periodicorease.pro.br>
contato@periodicorease.pro.br

**OBSTETRÍCIA NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO, CONDUTAS E
DISCUSSÕES**

ISBN: 978-65-01-67674-6

CDL



9 786501 676746