



PARTO E NASCIMENTO NA TERRA INDÍGENA YANOMAMI E YE'KWANA

Orientações para apoio na conduta
clínica dos profissionais das Equipes
Multidisciplinares de Saúde Indígena

Giuliana Rondelli
Maria Esther de Albuquerque Vilela
Maria Teresa Rossetti Massari



PARTO E NASCIMENTO NA TERRA INDÍGENA YANOMAMI E YE'KWANA

Orientações para apoio na
conduta clínica dos profissionais
das Equipes Multidisciplinares
de Saúde Indígena

Autoras

Giuliana Rondelli
Maria Esther de Albuquerque Vilela
Maria Teresa Rossetti Massari

Ilustrações

Ehuana Yaira Yanomami

Projeto gráfico e ilustrações técnicas

Marina Bylaardt

Apoio e revisão técnica

Departamento de Atenção Primária
à Saúde Indígena/Secretaria de
Saúde Indígena – SESAI

Alaine Lima de Arruda
Anderson João Lopes Cruz
Diogo Oliveira de Araújo
Elaine Regina da Silva
Julia de Almeida Serafin
Putira Sacuena
Rosilene Dutra Menezes

Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - CGESMU/DGCI/SAPS/MS

Julia Lopes Garrafa
Daniele Aguiar Simim

Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami - DSEIY

Ana Paula Pina Borges
Elaine Cristina Florêncio Pinto

Realização

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Maria Teresa Rossetti Massari

Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fiocruz
Ana Lucia Pontes

Vice-Presidência de Ambiente Atenção e Promoção à Saúde - VPAAPS/Fiocruz

Marcela Alves Abrunhosa
Patricia Canto Ribeiro

Financiamento:

Projeto "Fortalecimento das ações em atenção à saúde e assistência social em território Yanomami, através de ações de assistência social e de atenção a saúde, considerando as especificidades culturais desse povo e suas necessidades" da Vice Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) da Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) pelo TED 001/2024.



Acesse o Portal
de Boas
Práticas IFF

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca da Saúde da Mulher e da Criança

R771p Rondelli, Giuliana.

Parto e nascimento na terra indígena Yanomami e Yek'wana : orientações para apoio na conduta clínica dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena / Giuliana Rondelli, Maria Esther de Albuquerque Vilela, Maria Teresa Rossetti Massari ; [ilustração Ehuana Yaira Yanomami]. — Rio de Janeiro : Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, 2026.
64 p. : il. color. ; 14,8X21cm.

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-02-06112-1

1. Parto (Obstetria). 2. Assistência ao Parto. 3. Puerpério. 4. Saúde de Populações Indígenas. 5. Povos Indígenas – Yanomami. I. Vilela, Maria Esther de Albuquerque. II. Massari, Maria Teresa Rossetti. III. Yanomami, Ehuana Yaira. IV. Título.

CDD 618.4

Luis Guilherme Gomes de Macena – Bibliotecário CRB 7/6713

Giuliana Rondelli
Maria Esther de Albuquerque Vilela
Maria Teresa Rossetti Massari

PARTO E NASCIMENTO NA TERRA INDÍGENA YANOMAMI E YE'KWANA

Orientações para apoio na
conduta clínica dos profissionais
das Equipes Multidisciplinares
de Saúde Indígena

SUMÁRIO

Apresentação	7
Objetivos dessa publicação	9
INTRODUÇÃO	11
Contexto do parto e nascimento no Brasil.....	13
O parto e nascimento para os Povos Indígenas	16
Bases para o cuidado sensível e adequado ao contexto Yanomami.....	17
FISIOLOGIA DO PARTO NORMAL E PUERPÉRIO IMEDIATO	21
O parto é modulado por fatores ambientais, emocionais e culturais.	23
Boas práticas na atenção ao parto e nascimento	24
Duração dos estágios do parto	27
Duração do parto: primíparas e múltiparas.....	28
1º estágio - fase latente.....	29
Cuidados na fase latente.....	30
Ausculata dos batimentos cardíacos fetais	31
1º estágio - fase ativa	34

Cuidados na fase ativa	35
O percurso do bebê no 1º estágio do parto....	36
2º estágio - período expulsivo	37
O percurso do bebê no 2º estágio do parto.....	38
Cuidados no período expulsivo	39
Posições ao longo do trabalho de parto e período expulsivo.....	41
Contato pele a pele e corte do cordão umbilical	42
Contato pele a pele e amamentação	43
Cuidados com a placenta.....	46
Traumas perineais após o parto	49

VIGILÂNCIA MATERNA E FETAL

NO PARTO E NASCIMENTO.....	51
O que observar na avaliação materna.....	53
O que observar na avaliação fetal.....	54
Sugestão de roteiro para vigilância materna e fetal	55
O que observar na avaliação materna e do bebê.....	58
O que observar na avaliação do bebê	59
Check list para busca e avaliação de sinais de alerta	60



Ehuana yaira yanomami

APRESENTAÇÃO

Esse material foi construído no âmbito do projeto “Fortalecimento das ações em atenção à saúde e assistência social em território Yanomami, através de ações de assistência social e de atenção à saúde, considerando as especificidades culturais desse povo e suas necessidades” coordenado pela Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) da Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) pelo TED 001/2024.

Ele faz parte de um conjunto de materiais produzidos para o Portal de Boas Práticas (<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fiocruz, que visa subsidiar os profissionais de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye'kwana nas tomadas de decisões para o cuidado de crianças e mulheres. Esse trabalho tem sido acompanhado e supervisionado em todas as etapas pela equipe do Departamento de Atenção Primária a Saúde Indígena (DAPSI) da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e técnicos da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde.

A construção do livro buscou organizar informações e recomendações a partir das experiências em campo e conhecimento antropológico para fortalecer um cuidado intercultural e livre de discriminações. Esse trabalho se fundamenta na urgência da necessidade de proteção dos direitos dos Povos Indígenas quanto a valorização e

articulação nos serviços de saúde com as práticas, os conhecimentos e as medicinas Indígenas, nas suas especificidades em cada território.

O material foi elaborado a partir das melhores evidências disponíveis e discutido pelo coletivo de técnicos e parceiros do projeto. Agradecemos o direito de uso das ilustrações da artista Ehuana Yaira Yanomami, cujos direitos autorais são reservados.

As autoras



OBJETIVOS DESSA PUBLICAÇÃO

- Reforçar as boas práticas de assistência ao parto e a valorização do parto no território Yanomami.
- Revisar a fisiologia do parto normal e identificar as principais intercorrências ou agravamentos durante o parto e nascimento, associados a óbitos maternos e neonatais.
- Revisar a fisiologia do parto normal e especificidades dos modos de cuidar do povo Indígena Yanomami durante o parto, nascimento e puerpério.
- Identificar os principais sinais e sintomas que sugerem intercorrências ou agravamentos durante o processo de parto e nascimento.



INTRODUÇÃO



Contexto do parto e nascimento no Brasil

- A maioria dos partos e nascimentos no mundo ocorrem sem maiores complicações e grande parte das mulheres são consideradas de baixo risco obstétrico.
- Parto e nascimento são eventos de natureza social, afetiva e ligados à sexualidade, com a fisiologia modulada pela cultura.
- A ocorrência dos óbitos em mulheres durante o período gestacional (que envolve gravidez, parto, nascimento e puerpério) são em sua grande maioria por causas evitáveis.
- As mortes maternas diretas (decorrentes de causas obstétricas) estão associadas a intervenções inadequadas, omissões de cuidados e tratamento incorreto
- Para a prevenção da morte materna, é importante detectar de forma precoce os fatores de risco gestacional e sinais de alerta para tomada de decisão e proposta de cuidado em tempo oportuno.
- O sistema obstétrico predominante no Brasil possui uma série de rotinas e protocolos rígidos que não respeitam a fisiologia do parto e nascimento, com a prática de intervenções desnecessárias e não baseadas em evidências científicas.
- Muitas dessas condutas além de não favorecerem o parto normal, põem em risco as mulheres e seus bebês, não refletindo em melhoria para a saúde das mulheres.
- A reprodução deste modelo nos Territórios Indígenas é

preocupante, por ferir os direitos dos povos Indígenas e sua autodeterminação.

- Além das competências técnicas para atuar nas intercorrências do parto e nascimento, os profissionais precisam atuar de maneira sensível e respeitosa com a diversidade cultural e de cuidado dos povos Indígenas.
- No contexto dos povos Yanomami e Ye'kwana, existem especificidades e particularidades que precisam ser conhecidas e respeitadas.
- Neste cenário, parto e nascimento são situações do cunho familiar e comunitário, nos quais os profissionais de saúde não participam e não precisam intervir.
- Os profissionais da saúde devem apoiar o parto, quando solicitados, o que pode acontecer somente em situações que fogem da normalidade e na presença de algum agravo.
- Nestas situações, os profissionais de saúde devem acolher a família e os especialistas indígenas (como parteiras, pajés, benzedores) que também estejam cuidando da mulher.
- Todas as medidas e intervenções precisam ser claramente explicadas e autorizadas pela mulher e sua família.
- Os profissionais de saúde que atuam em Territórios Indígenas precisam conhecer o contexto histórico da colonização e seus impactos na saúde dos povos indígenas, pois essas são causas estruturais de vulnerabilidades.
- Também é fundamental compreender a organização social, as redes de parentesco, os espaços de liderança, a

produção de alimentos, as restrições alimentares, os rituais e as práticas de cuidado e cura existentes no território.

- No contexto indígena, o cuidado à saúde da mulher é orientado pelo reconhecimento das especificidades culturais, sociais e territoriais que atravessam suas vidas e impactam diretamente sua saúde reprodutiva.



O parto e nascimento para os Povos Indígenas

As mulheres indígenas detêm um conhecimento milenar sobre a gestação, o parto e o pós-parto. Cada povo possui modos próprios de cuidar desses eventos, com recomendações, regras e práticas específicas.

A atuação da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) tem como objetivo complementar esses cuidados, prevenir agravos e minimizar riscos diante de intercorrências ou agravos clínicos

O parto para as mulheres Indígenas é vivenciado com naturalidade.

As mulheres que já tiveram filhos são as que assistem e apoiam outras mulheres em trabalho de parto (transmissão do conhecimento sobre o 'parir'). Geralmente quem está presente é a mãe, a avó ou um grupo de mulheres.

Os povos Indígenas desejam que os partos possam acontecer na comunidade, com segurança. Durante o trabalho de parto, a proximidade dos profissionais da saúde nem sempre é desejada.

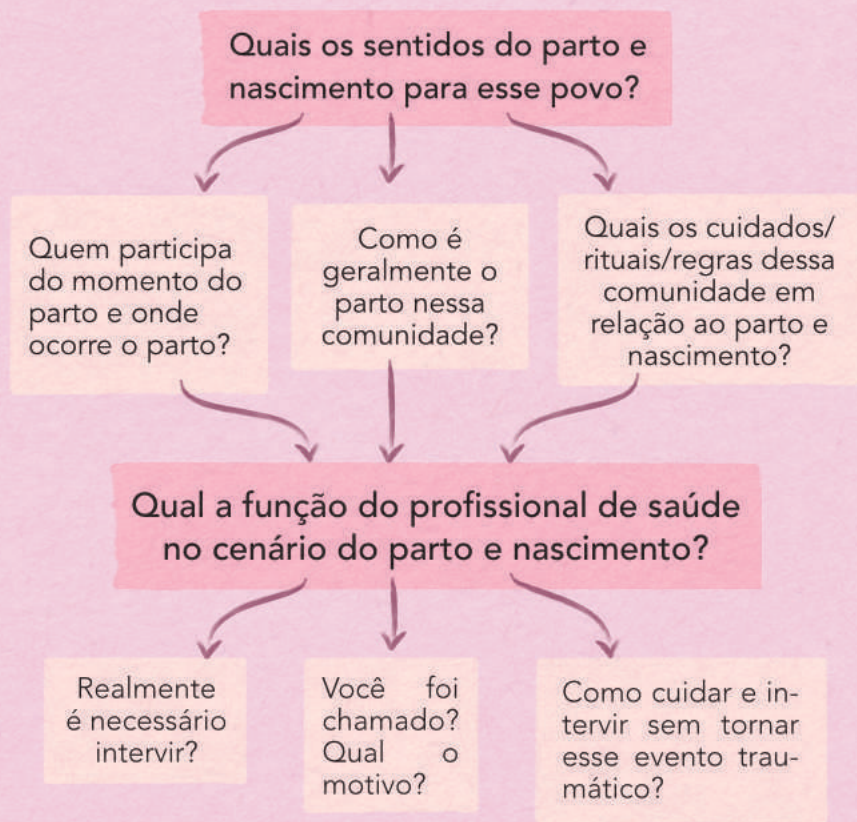
Em geral, após o parto, a comunidade pode avisar a equipe que o parto aconteceu para alguns cuidados com o bebê (como pesar, medir e vacinar).

O parto ocorre em espaços próximos ou dentro das casas e a posição de cócoras é geralmente a escolhida pelas mulheres para parir.

Bases para o cuidado sensível e adequado ao contexto Yanomami

Todo profissional que atua no cenário do parto e nascimento precisa internalizar que o parto é um processo fisiológico e que foi programado para dar certo, sem intercorrências na maioria das vezes.

No contexto dos Territórios Indígenas, é necessário compreender ainda algumas questões. Portanto, pergunte-se:



A Sesai elaborou o modelo de Plano de Parto, que se configura como ferramenta essencial para o cuidado intraparto, assegurando que a gestante tenha sua voz ouvida e suas preferências respeitadas durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. Além de fortalecer a autonomia da mulher, o plano de parto facilita a comunicação entre gestante, equipe de saúde, acompanhantes e especialistas das medicinas indígenas (parteiras, pajés e benzedores), promovendo a interlocução entre os sistemas de saúde indígenas e o modelo biomédico.

[Link para](#) *Plano de Parto
para os Distritos
Sanitários Especiais
Indígenas (DSEI)*





Ehuana yaira yanomani

FISIOLOGIA DO PARTO NORMAL E PUERPÉRIO IMEDIATO



O parto é modulado por fatores ambientais, emocionais e culturais.

É muito comum ouvirmos falar apenas de força (contrações) e passagem (bebê na pelve óssea e canal vaginal), e as intervenções serem direcionadas a esses componentes.

No entanto, o parto transcende tais fatores, e por isso, respeitar como as comunidades indígenas concebem e vivenciam esta experiência deve ser a prioridade.

A mulher necessita dar a luz sob confiança. Logo, o processo deve ser conduzido por ela e por suas redes de cuidado.

Deve-se atentar para a não produção de medo e ansiedade, instalação de atitudes autoritárias, hierárquicas e controladoras, que enfraquecem a comunidade e a mulher, freando os processos fisiológicos.

Por isso é importante ressaltar que intervir não significa somente fazer algo com as mãos, ou algum procedimento em específico. O simples fato de ter uma pessoa estranha no local, se configura como uma intervenção.

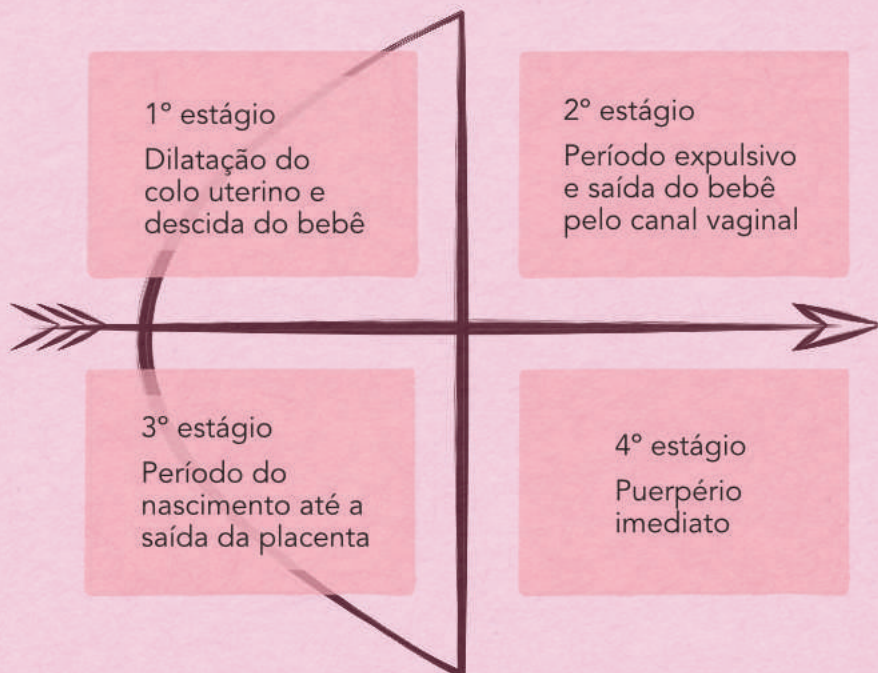
Dessa forma, a presença de um profissional, quando for necessária, deve ser discreta e respeitosa.

Boas práticas na atenção ao parto e nascimento

- Caso o profissional de saúde seja chamado para prestar cuidados à parturiente, ele deve seguir as seguintes orientações:
- Observar primeiro o ambiente e interferir o menos possível na sua organização.
- Em geral, os partos entre as mulheres Yanomami são feitos de cócoras e podem ocorrer em espaços externos à casa, na mata, ou dentro de casa, sempre assistidos por uma mãe ou avó, ou grupo de mulheres próximas. Uma mulher que já teve filhos assiste e apoia a nova parturiente, consolidando a transmissão de conhecimento sobre o parir.
- Após o parto, as mulheres Yanomami e Ye'kwana adotam diferentes práticas de manejo da placenta. Essas formas de destinação da placenta estão diretamente ligadas à saúde espiritual e aos cuidados com o/a recém-nascido/a. No contexto Ye'kwana, logo após o nascimento, a placenta deve ser guardada em uma cesta e depois colocada dentro de um cupinzeiro de solo. É entendido que os cupins irão cuidar da placenta. O bebê só poderá tomar banho de rio após seis meses de vida e deverá passar por uma reza antes de ser deitado na rede pela primeira vez.
- É fundamental garantir que o/a recém-nascido/a não seja separado da mãe, exceto em situações de extrema necessidade, as quais devem ser explicadas com clareza, incluindo os motivos e os procedimentos adotados.
- Recomenda-se que a equipe de saúde não dê banho nem realize qualquer tipo de “limpeza” no corpo do/a recém-nascido/a.
- Lembrar que toda e qualquer abordagem feita durante o trabalho de parto requer respeito, acolhimento e consentimento.

- Pedir licença para examinar a mulher e explicar sempre o que irá ser feito (principalmente em relação ao toque vaginal).
- Ter em mente de que se você foi chamado para estar no local, provavelmente algum sinal de alerta foi observado.
- Avaliar sinais vitais maternos e fetal, intensidade do sangramento no caso de puérpera e demais sinais de alerta, são essenciais para determinar condutas e cuidados.
- Os nomes Indígenas são sigilosos e não devem ser pronunciados em público, pois isso pode causar o adoecimento da pessoa. É uma regra de etiqueta não falar alto o nome de uma pessoa.
- O profissional deve se apresentar e explicar o porquê de estar naquele local.
- Sempre utilizar linguagem culturalmente acessível e sensível.
- Se houver dúvida, explicar novamente o que será feito (principalmente se a opção for a remoção).
- Sempre que possível, pedir ajuda a um intérprete local ou ao Agente Indígena de Saúde.
- A mulher tem o direito de aceitar ou recusar o cuidado ofertado.
- Nas situações em que houver risco de vida, utilizar todas as ferramentas de comunicação para ter a concordância ao tratamento proposto.
- A atitude profissional deve ser de acolhimento e diálogo ao propor cuidados e condutas.
- O exame de toque só deve ser realizado se você precisar definir uma conduta. É um exame invasivo, que requer técnica e prática, onde avalia-se a dilatação, afinamento do colo, posição do bebê e estado das membranas ovulares.

- Observar a atitude da mulher e o padrão de contrações pode melhor prever em que fase do parto ela está do que realizar um toque vaginal.
- A episiotomia é desaconselhada: não traz nenhum benefício, somente malefícios à mulher e não amplia canal de parto.
- A manobra de empurrar o fundo uterino (manobra de Kristeller) é proibida em qualquer contexto.
- O parto não é um evento estéril. Deve-se utilizar luvas para proteção individual do profissional. Não é necessário realizar limpeza ou antissepsia no corpo da mulher ou no bebê (respeito aos modos de cuidar do povo Indígena Yanomami).
- Para a compreensão da evolução do trabalho de parto e parto normal, descrevem-se 4 fases ou estágios.



Duração dos estágios do parto

1° Estágio

Não há uma determinação fiel de duração em horas, mas dura em média de 8 a, no máximo, 18 horas (dividido em fase latente e ativa).

2° Estágio

Para nulíparas (primeiro parto) pode durar até 3 horas.
Para multíparas (2 partos ou mais) pode durar até 2 horas.

3° Estágio

A saída da placenta pode ser imediatamente após o nascimento ou levar até 2 horas

4° Estágio

Após a saída da placenta, o puerpério imediato dura cerca de 2 horas.

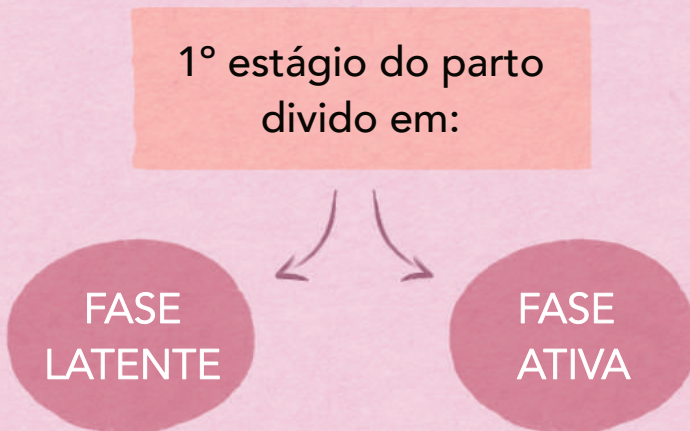
Na maioria das vezes o profissional da saúde não vai estar no cenário do parto. Logo, não se apegar a esse padrão de tempo e sim aos sinais de alerta caso seja acionado para avaliar a mulher (como sinais vitais da mulher e do feto, sinais de hemorragia e infecção, entre outros).

Duração do parto: primíparas e multíparas

O trabalho de parto pode ter durações diferentes entre mulheres que estão parindo pela primeira vez (primípara) e mulheres que já tiveram partos vaginais (multíparas).

O trabalho de parto em uma multípara pode ser mais rápido. O colo do útero pode levar menos tempo para dilatar por completo e o bebê pode descer pelo canal de parto mais rapidamente.

No entanto, isso não é regra. Esta observação é apenas para lembrar que o parto nas primíparas pode levar mais tempo, sem regra de duração, desde que mãe e bebê estejam bem (por meio da vigilância dos sinais vitais).



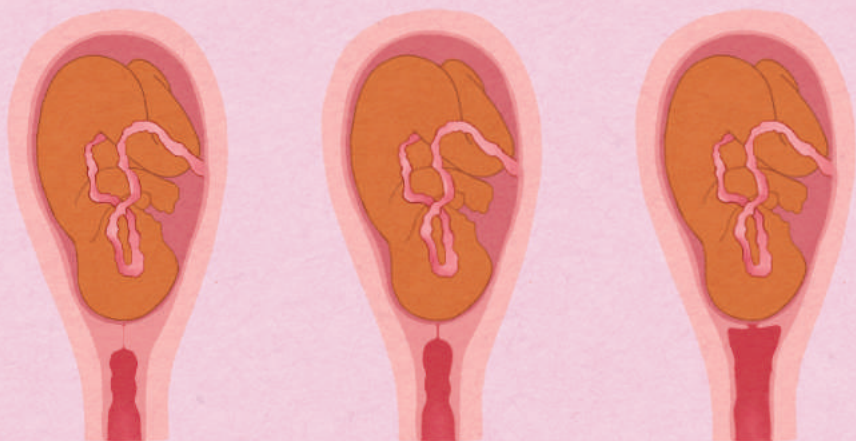
1º estágio - fase latente

O parto tem início com uma progressão mais lenta e com contrações uterinas irregulares, chamada de fase LATENTE.

Pode ocorrer perda de tampão, rompimento da bolsa d'água e sangramento discreto tanto antes quanto durante esta fase.

Não existe regra de duração em horas. Quando realizado exame de toque, nota-se alterações no colo uterino como dilatação discreta (entre 1 e 4cm) – ou seja, nesta fase, pode parecer que o parto não está evoluindo, pois a dilatação pode ser lenta. Neste estágio o objetivo principal é o amadurecimento do colo do útero (colo mole e fino) e não a dilatação avançada.

De preferência não realizar toque, exceto se for necessária uma conduta (a exemplo de remoção).



1. Colo uterino grosso e fechado

2. Colo uterino apagando (mais fino), com discreta dilatação

3. Colo uterino fino e com dilatação

Cuidados na fase latente

Em contextos nos quais as mulheres percebem o parto como evento fisiológico e inerente ao processo gravídico, é pouco provável que um profissional da saúde chegará até ela na fase latente do parto.

É uma fase na qual só se deve intervir caso a mulher apresente sinais de alerta e fatores de risco durante o pré-natal, e que indiquem a necessidade de maior vigilância durante o parto, ou se algum outro sinal de alerta surgir durante o trabalho de parto. Como essa fase pode ser intermitente (e não necessariamente contínua), ela pode se dar conta de que está em trabalho de parto já na sua fase ativa, com mais de 6 cm de dilatação.

Não intervir nesta fase se sinais vitais maternos e fetais normais. Observar o sangramento genital, a cor do líquido amniótico se a bolsa romper, a frequência cardíaca fetal e sinais vitais da mulher (PA, FR, FC e Tax °C).



Tampão mucoso – quantidade abundante de secreção gelatinosa, típica na fase latente do trabalho de parto.

Fotos: acervo pessoal

Ausculta dos batimentos cardíacos fetais

Frequência cardíaca normal: de 110 a 160 batimentos por minuto.

Desaceleração: quando os batimentos caem abaixo de 110. Quando demora a recuperar para níveis normais, é um sinal de alerta.

Taquicardia fetal: batimentos acima de 160, permanecendo por pelo menos 10 minutos.

Bradycardia fetal: batimentos abaixo de 110, permanecendo por pelo menos 10 minutos.



Estetoscópio de Pinard

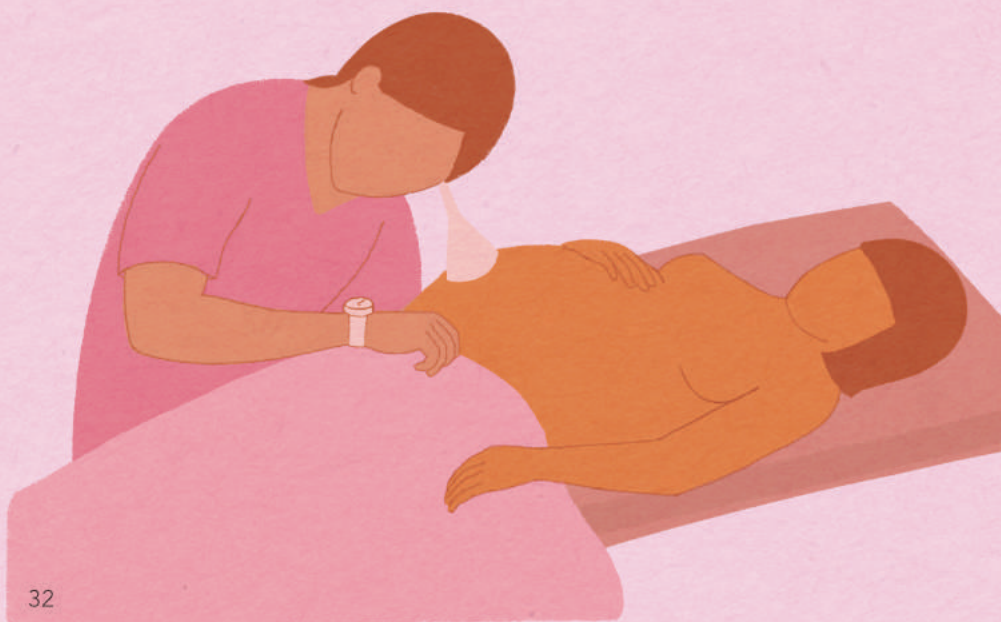
No início, pode parecer difícil contar os batimentos cardíacos por um minuto completo. Você pode dividir em 4 frações de 15 segundos, e realizar uma média da frequência no período de um minuto.

A vigilância do bebê ao longo do trabalho de parto é feita por meio da ausculta do batimentos cardíacos fetais, com sonar doppler, estetoscópio de Pinard.

Na palpação abdominal, posicionar o instrumento o mais próximo possível do dorso fetal.

Os rituais culturais realizados pelas parteiras devem ser respeitados, bem como a escolha da mulher no processo de ausculta.

A ausculta dos BCF quando associada a sinais de alerta, podem auxiliar na decisão de condução – a exemplo da remoção ou preparo para reanimação neonatal.

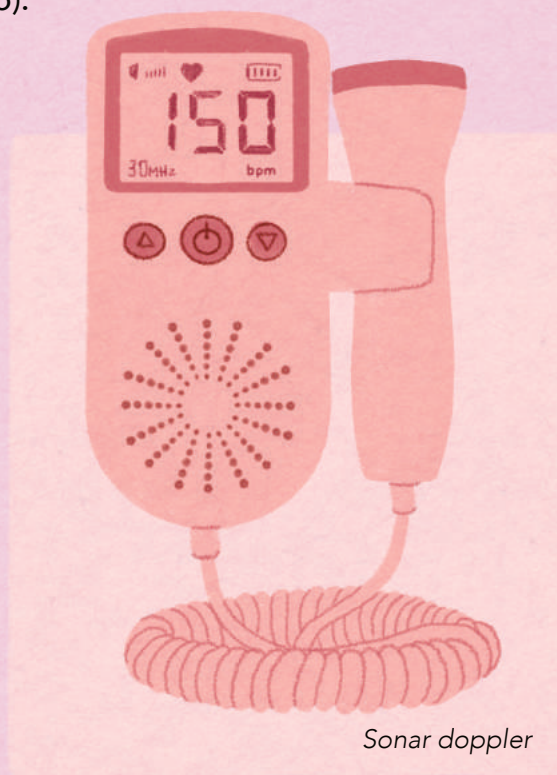


Diferenciar se o batimento é de fato do coração do bebê ou da mulher: ao auscultar, palpe o pulso radial e verifique a frequência. Se baterem em ritmos iguais, é muito provável que a ausculta não seja do bebê e sim de circulação materna.

Ao posicionar o instrumento, ouvir o bebê por um período mínimo de um minuto.

Tentar fazer a ausculta antes, durante e após a contração uterina.

A mulher não precisa deitar para que a ausculta seja realizada. Na verdade, é melhor que seja feita com a mulher em pé ou na posição que ela estiver (cócoras ou de quatro apoios, por exemplo).



Sonar doppler

1º estágio - fase ativa

Após a fase latente, temos a fase ATIVA.

Pode haver a presença de um sangramento de cor vermelho mais intenso e em maior quantidade em relação a fase latente e contrações mais intensas e regulares (que segue um padrão de quantidade e duração - de 2 a 5 contrações em 10 minutos).

Caso a bolsa amniótica ainda não tenha se rompido, pode acontecer neste período.

A dilatação nesta fase geralmente ocorre de maneira mais ascendente e progressiva.

Também não existe regra de duração em horas, diante de sinais vitais maternos e fetais normais.

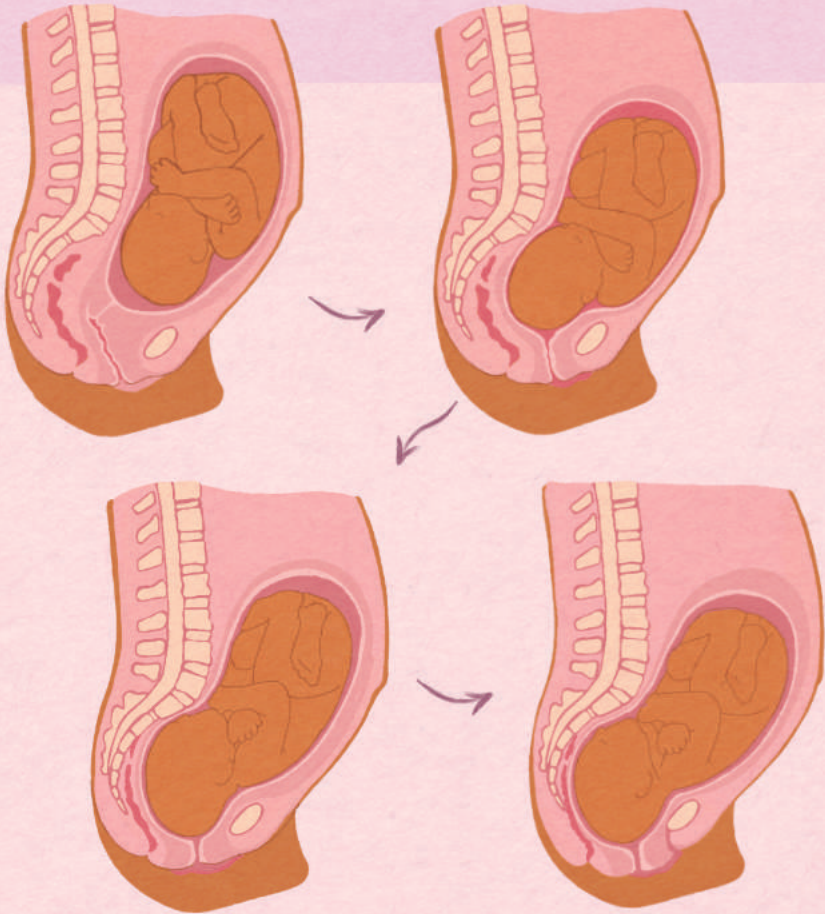


*Sangramento de dilatação do colo.
Foto:acervo pessoal.*

Cuidados na fase ativa

- Observar sinais vitais maternos, batimentos cardíacos fetais e contrações uterinas se houver suspeita de alguma anormalidade.
- Respeitar a livre movimentação da mulher.
- Não realizar toque vaginal de rotina!
- Não romper a bolsa das águas de maneira artificial.
- Evitar conversas paralelas sem necessidade.
- Se necessário exame físico ou avaliação dos sinais vitais, fazer isso nos intervalos das contrações uterinas.
- Do ponto de vista fisiológico, a mulher pode ingerir líquidos e se alimentar durante o trabalho de parto. No entanto, deve-se respeitar as regras locais das mulheres Yanomami.
- Reconhecer e respeitar o cuidado ofertado pela família extensa e especialistas Indígenas.

O percurso do bebê no 1º estágio do parto



Na fase ativa do 1º estágio, o bebê progride na pelve materna, fazendo movimentos internos para encaixar e descer em direção ao canal vaginal

2º estágio do parto período expulsivo

divido em:



2º estágio - período expulsivo

Inicia-se com dilatação completa do colo uterino (10 cm)

Divide-se em duas fases:

1. Expulsivo passivo

a. A dilatação já está completa, mas ainda não há puxos ativos da parturiente.

b. Pode ocorrer um intervalo de descanso fisiológico antes da fase ativa, momento onde as contrações podem diminuir a frequência e a mulher inclusive pode cochilar.

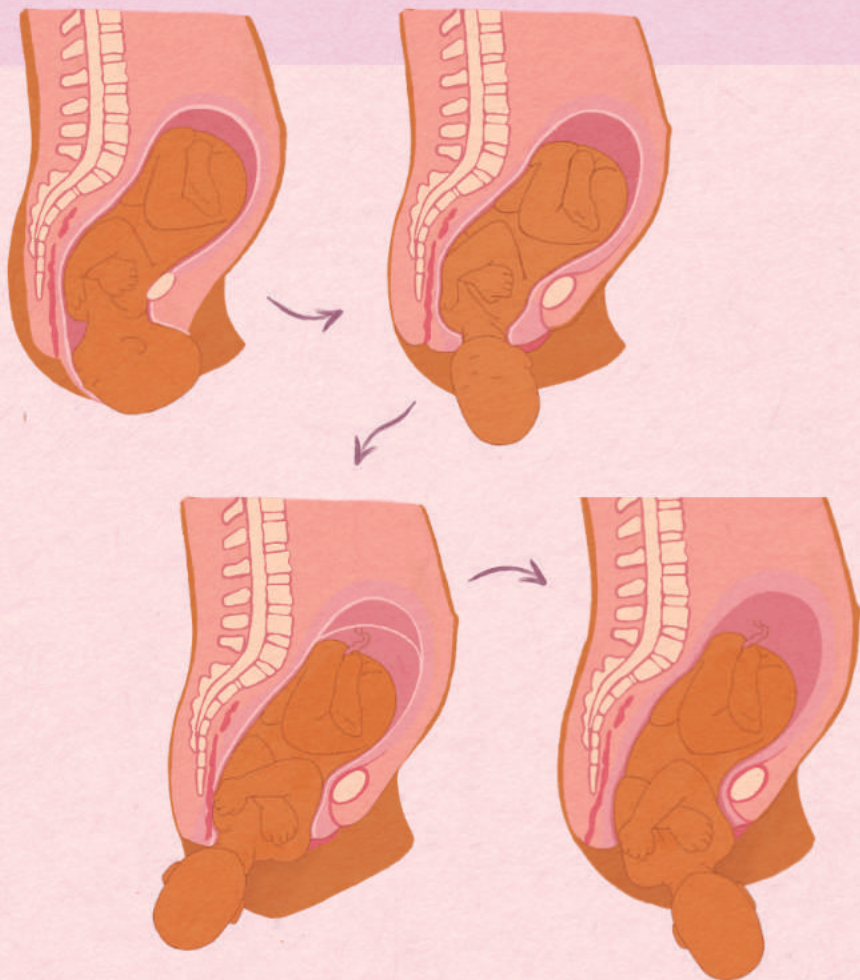
2. Expulsivo ativo

a. A gestante apresenta puxos involuntários (vontade de empurrar junto com a contração).

b. O períneo distende progressivamente e é possível observar a cabeça fetal coroando

O período expulsivo termina com o nascimento do bebê

O percurso do bebê no 2º estágio do parto



No período expulsivo – 2º estágio, o bebê faz movimentos internos e externos de rotação, para a saída da cabeça, ombros e depois o corpo.

Cuidados no período expulsivo

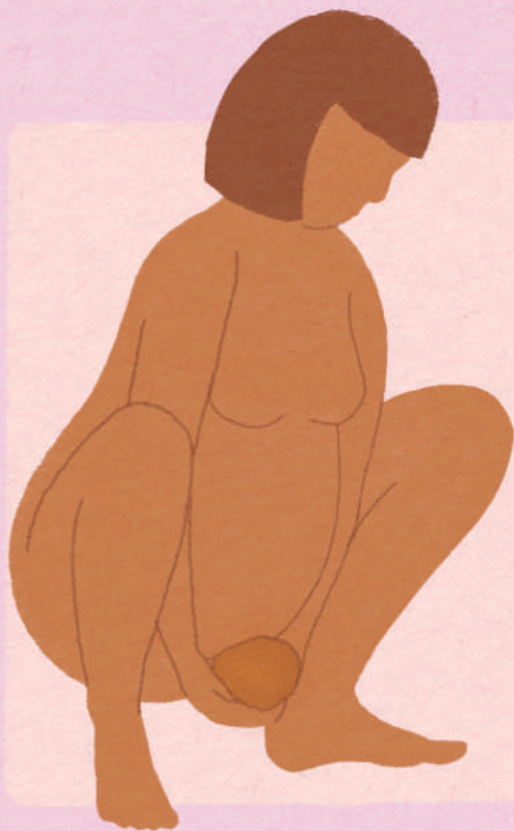
- Quando a cabeça do bebê toca a rede de músculos do períneo, a mulher começa a sentir vontade de empurrar – uma força involuntária, realizada por esforços da parturiente.
- O chamado puxo involuntário é a força vinda da mulher, que acontece durante as contrações e tem relação com o bebê que atravessou a bacia óssea e agora está no canal vaginal.
- O puxo pode ser discreto e silencioso, ou pode vir acompanhado de vocalização – não há regra.
- Quem controla o tempo de duração de cada esforço e a força realizada é a mulher, não tem como ensinar ou orientar uma força “correta”.
- Orientar como deve ser feita essa força – o que chamamos de puxo dirigido - é uma intervenção desnecessária e que traz malefícios para o processo, pois pode reduzir a oxigenação do bebê por esforços excessivos da mulher.
- O canal da vagina não é um risco para o bebê, não o sufoca e a saída do bebê não precisa ser abreviada na ausência de sinais de alerta.
- De maneira empírica, muitas vezes por desatualização ou reprodução de práticas, os profissionais tendem a intervir neste estágio.
- Somente se aproxime se você for solicitado!
- Puxos não significam que o parto deve acontecer em curto prazo. O tempo de espera para o nascimento são as

boas condições da mulher e do bebê (sinais vitais maternos e batimentos cardíacos fetais).

- Não realizar manobras como Kristeller, puxo dirigido ou desprendimento dos ombros (puxar o bebê) no intuito de abreviar este período de forma rotineira.
- Apenas observar e deixar que as pessoas que estiverem em torno da mulher recebam o bebê.
- A mulher poderá adotar a posição que desejar (quatro apoios, cócoras, em pé, apoiada por outra pessoa ou desejar estar sozinha).
- Manobras só devem ser realizadas se houver suspeita de distocia de ombro. (Ver material de apoio *Assistência a Intercorrências no Parto e Nascimento no Território Indígena*).
- Não colocar as mãos no períneo de forma rotineira!

Posições ao longo do trabalho de parto e período expulsivo

A verticalização da mulher e o livre movimento auxiliam na evolução do trabalho de parto, no sentido de que a gravidade e a movimentação da pelve permitem a descida do bebê e o nascimento.



A posição de cócoras é geralmente a escolhida pelas mulheres.

O profissional deve respeitar as posições e atitudes que forem escolhidas pela mulher.

Nas situações de urgência com necessidade de abreviar o período expulsivo, solicitar a mulher que adote a posição de cócoras.

Contato pele a pele e corte do cordão umbilical

Para os Yanomami: o umbigo geralmente é cortado por uma mulher mais velha e experiente.

Em geral, quem recebe o bebê são os familiares ou os cuidadores locais.

Não toque o bebê se não for necessário! Conheça os rituais locais do nascimento e respeite-os.

Caso este momento esteja sob sua condução:

Recomenda-se que a equipe de saúde não dê banho nem realize qualquer tipo de “limpeza” no corpo do/a recém-nascido.

Realize a secção do cordão umbilical somente após a saída da placenta (como é comum entre os indígenas), se mãe e bebê estiverem bem.

É fundamental garantir que o/a recém-nascido/a não seja separado da mãe, exceto em situações de extrema necessidade, as quais devem ser explicadas com clareza, incluindo os motivos e os procedimentos adotados.

Caso o bebê necessite de reanimação, mantê-lo ao cordão umbilical, se possível. Este procedimento pode auxiliar no maior aporte de oxigênio para o bebê.

O contato pele a pele imediato com a mãe ou outra pessoa favorece a adaptação extrauterina, pois aquece e tranquiliza o bebê, além do benefício imunológico de estar em contato com a microbiota de sua mãe.

Contato pele a pele e amamentação

Para os Yanomami, o recém-nascido é colocado imediatamente com a mãe para amamentar. A separação de mãe e bebê é vista como uma agressão.



Após o parto, são adotadas medidas de proteção à mulher ao/à recém-nascido/a, como o isolamento social.

O/A recém-nascido/a é colocado imediatamente no peito para mamar, o que denota aceitação por parte da mãe.

Em comunidades indígenas, a mulher que amamenta o bebê pode não ser a mãe biológica, e sim, mãe por parentesco. Atentar para essa organização da família e respeitar!

Se a mulher não quiser ver ou receber o bebê, respeite os modos como a comunidade vai lidar com essa situação.

Neste período observe o bebê e sua adaptação fora do útero: respiração, coloração e tônus muscular.

3º estágio do parto

DEQUITAÇÃO

- Após o nascimento, o útero ainda produz contrações de menor intensidade, com intuito de expulsar a PLACENTA. Esforços maternos também auxiliam na expulsão placentária.
- Nos partos em posições verticais, a saída da placenta pode ocorrer de forma mais rápida – logo após a saída do bebê.

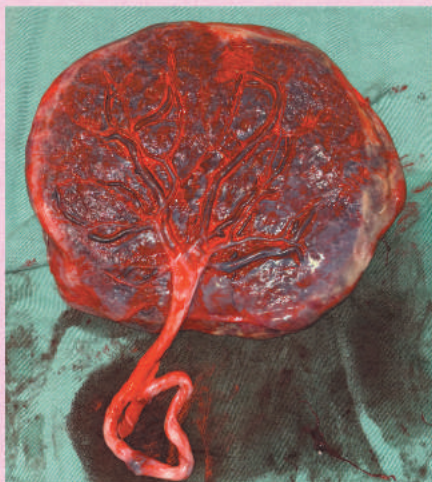


Conferência da placenta por uma profissional da saúde no Território Indígena. Foto: acervo pessoal.

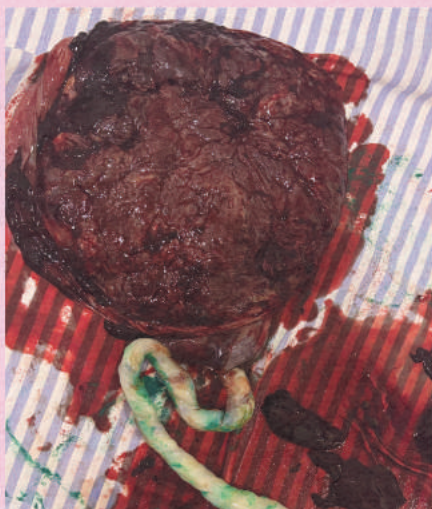
- O tempo esperado para a saída da placenta costuma ser de até 02 horas.
- Não puxe o cordão de maneira rotineira (puxá-lo pode causar inversão uterina, ou ele pode se romper e a placenta ficar retida, levando a hemorragia pós-parto).
- Após a saída da placenta, confira se ela está completa: olhar cuidadosamente sua integridade.

Tecidos placentários retidos no útero são sinais de alerta, pois podem causar hemorragia pós-parto e infecção.

- Neste momento há uma perda de sangue estimada em 500ml. O importante é que esse sangramento não cause instabilidade hemodinâmica.



1. Face fetal da placenta, vasos placentários evidenciados por tinta guache vermelha



2. Face materna da placenta (que fica aderida ao útero)

Cuidados com a placenta

Há tratamentos especiais para a placenta. Em algumas comunidades, a placenta é enterrada dentro de casa, ao lado do fogo doméstico, ou enterrada fora de casa, no mato. Em outras, a placenta pode ser empacotada em folhas e colocada pelo pai suspensa em uma árvore alta para secar, e de lá não poderá ser retirada nunca mais.



Os indígenas decidem o que querem fazer com a placenta: **ficar com ela ou deixar aos cuidados da equipe de saúde.**

Após o parto, as mulheres Yanomami e Ye'kwana adotam diferentes práticas de manejo da placenta. Essas formas de destinação da placenta estão diretamente ligadas à saúde espiritual e aos cuidados com o/a recém-nascido/a. Por isso, deve-se sempre assegurar a devolução da placenta ao casal ou à puérpera Yanomami e Ye'kwana.

Caso a placenta fique aos cuidados da Equipe de Saúde:

- 1. Observar o que não pode ser feito**, conforme as regras locais.
- 2. Há a possibilidade de enterrar.** Procure fazer isso em local apropriado, segundo procedimentos de biossegurança. Não descarte como lixo comum..
- 3. A incineração da placenta pode ser uma opção**, desde que seja permitida pela comunidade local.

4º estágio do parto

PÓS-PARTO IMEDIATO

É o período que se inicia após a saída da placenta até as primeiras duas horas após o parto. Neste período a mulher pode apresentar maiores complicações, em especial a hemorragia pós-parto. Observar a mulher nesse período é importante.

Temperatura, pressão arterial, pulso, respiração e coloração da pele e mucosas: buscando sinais de instabilidade hemodinâmica .

Lóquios, contrações ute-rinas (cólicas), retração do útero (globo de segurança) e perda sanguínea

Examinar a placenta e a membrana, avaliando se foi expulsa em sua totalidade.

Lóquios é a secreção vaginal que sai do útero após o parto, composto por muco, sangue e tecidos uteroplacentários.

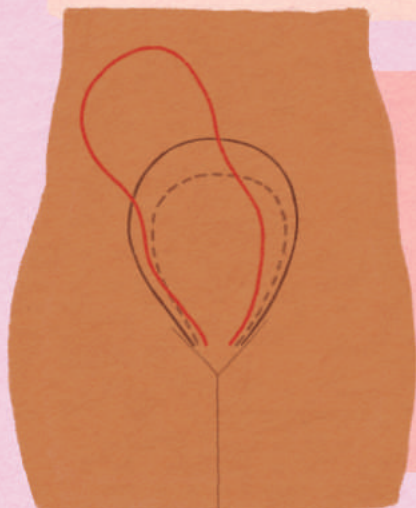
Realizar a palpação do fundo uterino para identificar a contratura uterina que protege contra hemorragia pós – parto. O útero deve estar bem contraído a nível do umbigo.

Após o parto, a mulher Yanomami geralmente senta próxima ao fogo, de onde sairá somente quando cessar o fluxo sanguíneo.

*Globo de Segurança.
Útero contraído logo
após o parto.*



Logo após o parto, o fundo uterino deve formar um globo rígido, à altura da cicatriz umbilical (globo de segurança). Não é necessário que esta avaliação seja feita de rotina. No entanto, consiste em um importante alerta para hemorragia pós-parto. Um útero mole, acima da cicatriz umbilical, é um sinal de alerta importante – risco de hemorragia pós-parto.



Em vermelho: Útero logo após o parto, antes da saída da placenta. Linha preta e pontilhada: involução uterina logo após o parto

Traumas perineais após o parto

- Após o parto, algumas lesões podem acontecer no períneo. As lacerações perineais extensas, podem ser uma causa de hemorragia pós-parto.
- No entanto, a maioria das lesões são superficiais e a sua cicatrização pode ser realizada de forma espontânea.
- A sutura deve ser realizada nos casos em que a laceração estiver com sangramento persistente ou distorção importante da anatomia.
- Deve-se realizar a sutura sob efeito de anestésicos locais.
- Este e outros procedimentos não devem interferir na relação puérpera e bebê. Eles podem ser postergados ou realizados de forma a não prejudicar o contato pele a pele imediato, que deve ser prioridade.

Classificação das lacerações perineais:



0. Períneo íntegro – quando não houve laceração (pode haver escoriações não sangrantes)
1. Laceração de **1º grau** – atinge apenas a mucosa ou pele.
2. Laceração de **2º grau** – atinge pele e músculos do períneo.
3. Laceração de **3º e 4º grau** – quando atinge esfíncter anal (com rompimento parcial ou total)



VIGILÂNCIA MATERNA E FETAL NO PARTO E NASCIMENTO

O que observar

O que observar na avaliação materna

Sinais e sintomas fisiológicos

Durante o trabalho de parto, devemos atentar aos sinais vitais da mulher e observar possíveis sinais de alerta.

O que é fisiológico:

- PA sistólica entre 90 e 120; PA diastólica entre 60 e 80
- Temperatura axilar entre 35 e 37.5 graus Celsius
- Pulso até 100 bpm
- Frequência respiratória de 10 a 22 movimentos respiratórios por minuto.
- Vômito: pode acontecer na fase ativa
- Perda de líquido e sangramento discreto via vaginal (comum na fase ativa)

Sinais e sintomas de alerta

Alguns sinais podem sinalizar uma necessidade de maior vigilância e avaliação da mulher:

- Febre
- PA sistólica < 90 ou > 120
- PA diastólica < 60 ou > 80
- Taquicardia
- Fraqueza
- Tontura
- Suor excessivo
- Confusão mental
- Convulsão
- Dor de cabeça
- Dor referida diferente da contração uterina
- Desconforto respiratório (dispneia)
- Náusea persistente
- Dor epigástrica
- Sangramento que escorre pelo chão* associado a alteração do estado mental da mulher e sinais vitais.

O que observar na avaliação fetal

Sinais e sintomas fisiológicos

É por meio das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais que predizemos uma boa vitalidade fetal e um trabalho de parto fisiológico.

O que é normal:

- Padrão de contração de até 5 contrações uterinas em um período de 10 minutos.
- Batimentos cardíacos fetais entre 110 e 160 batimentos por minuto, com acelerações.
- O que observar na avaliação fetal

Sinais e sintomas de alerta

O aparecimento ou a persistência de alguns dos achados a seguir podem ser um alerta quanto à vitalidade do bebê e a necessidade de maior vigilância e recursos para a recepção do bebê:

- Frequência cardíaca fetal que desacelera, em bradicardia (bpm < de 110) ou taquicardia persistente (bpm > 160).
- Padrão de contrações: >5 em 10 minutos ou contração uterina sustentada (com duração maior a 60 segundos).
- Presença de líquido meconial associado a alterações do batimento cardíaco fetal.
- Febre materna.
- Bebê em posição diferente da cefálica.

Sugestão de roteiro para vigilância materna e fetal

Você foi chamado para estar no cenário do parto. Pense nessas questões para nortear uma avaliação e elaborar o plano de cuidados.

- **A mulher está em trabalho de parto ou o bebê já nasceu?** Investigar fatores de risco que indiquem maior vigilância do trabalho de parto ou a necessidade de remoção (a exemplo de cesariana prévia, presença de líquido meconial, infecção de urina recente).
- **A suspeita é de parto prolongado?** Se sim, ausculte os batimentos cardíacos fetais e verifique os sinais vitais maternos. Se há alguém com experiência, realizar um toque vaginal.
- **A bolsa já rompeu?** Procure identificar a cor do líquido. Ausculte os batimentos do bebê. Verifique os sinais vitais da mulher.
- **Qual o estado de consciência da mulher?** Agitada, confusa, agressiva ou calma. Se agitada ou confusa, atentar para os sinais vitais.
- **Qual a postura da mulher adotada durante e após a contração uterina?** Observe a presença ou não de puxos espontâneos. Observe se o útero relaxa e a mulher descansa entre as contrações.
- **Em um período de 10 minutos, quantas contrações você percebeu?** Em 10 minutos, até 5 contrações de até 60 segundos é normal.

- **Qual a frequência dos batimentos cardíacos fetais em um minuto?** Se abaixo de 110 ou acima de 160 de forma sustentada, caso esteja em período expulsivo, orientar a adoção da posição de cócoras que facilita o nascimento espontâneo; organizar material para recepção do bebê e possível reanimação neonatal.
- **Observe a perda sanguínea: escorre sangue pelo chão em grande quantidade durante o trabalho de parto?** Verifique os sinais e sintomas da mulher (alteração do estado mental, palidez cutânea, hipotensão arterial, taquicardia, taquipneia, hipotermia) e ausculte os batimentos cardíacos fetais (ver aula de Hemorragia pós-parto).
- **Presença de febre intraparto ou após o parto?** Taquicardia materna ou fetal? Presença de secreção vaginal purulenta ou com odor fétido? Seguir plano de cuidados para infecção (corioamnionite, endometrite, malária ou restos ovulares e da placenta).
- **O bebê já nasceu?** Observe se o bebê respira, chora ou possui movimentos espontâneos.
- **A placenta já saiu?** Observe a quantidade de sangue que sai e o estado de consciência da mulher. Afira os sinais vitais (em especial a pressão arterial e a frequência cardíaca) e avalie contração uterina por meio da palpação abdominal, avaliando o útero contraído a nível da cicatriz umbilical (globo de segurança).
- **A placenta não saiu?** Observa a perda sanguínea, afira os sinais vitais a cada 15 minutos. Considerar a administração de uterotônico profilático: ocitocina (02

ampolas de ocitocina via intramuscular ou misoprostol 400 µg por via oral).

- **Após a saída da placenta, ainda existe sangramento ativo?** A mulher apresenta sinal de fraqueza, tontura ou agitação? Suspeitar de hemorragia pós-parto. Aferir sinais vitais e, em caso de sangramento aumentado ou sinais vitais alterados (hipotensão e taquicardia) conduzir como hemorragia pós-parto --> Remoção.

- **O parto já aconteceu há algumas horas?** Aferir sinais vitais, exame físico da mulher buscando sinais de hemorragia pós-parto ou infecção e avaliação do estado geral do bebê

- **O bebê está aquecido?** Mamou? Aferir a temperatura, frequência cardíaca e respiratória do bebê.



O que observar na avaliação materna e do bebê

Sinais e sintomas fisiológicos

O que é normal: Cólicas e pequena quantidade de sangue que sai do canal vaginal (até 500ml);

Sinais e sintomas de alerta

O aparecimento ou a persistência de alguns dos achados a seguir podem ser um alerta quanto à vitalidade do bebê e a necessidade de maior vigilância e recursos para a recepção do bebê:

- Frequência cardíaca fetal que desacelera, em bradicardia (bpm < de 110) ou taquicardia persistente (bpm > 160).
- Padrão de contrações: >5 em 10 minutos ou contração uterina sustentada (com duração maior a 60 segundos).
- Presença de líquido meconial associado a alterações do batimento cardíaco fetal.
- Febre materna.
- Bebê em posição diferente da cefálica.

O que observar na avaliação do bebê

Sinais e sintomas fisiológicos

É por meio das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais que predizemos uma boa vitalidade fetal e um trabalho de parto fisiológico.

O que é normal:

- Padrão de contração de até 5 contrações uterinas em um período de 10 minutos.
- Batimentos cardíacos fetais entre 110 e 160 batimentos por minuto, com acelerações.

Sinais e sintomas de alerta

O aparecimento ou a persistência de alguns dos achados a seguir podem ser um alerta quanto à vitalidade do bebê e a necessidade de maior vigilância e recursos para a recepção do bebê:

- Frequência cardíaca fetal que desacelera, em bradicardia (bpm < de 110) ou taquicardia persistente (bpm > 160).
- Padrão de contrações: >5 em 10 minutos ou contração uterina sustentada (com duração maior a 60 segundos).
- Presença de líquido meconial associado a alterações do batimento cardíaco fetal.
- Febre materna.
- Bebê em posição diferente da cefálica.

Check list para busca e avaliação de sinais de alerta

Sinais de perigo na avaliação pós-parto

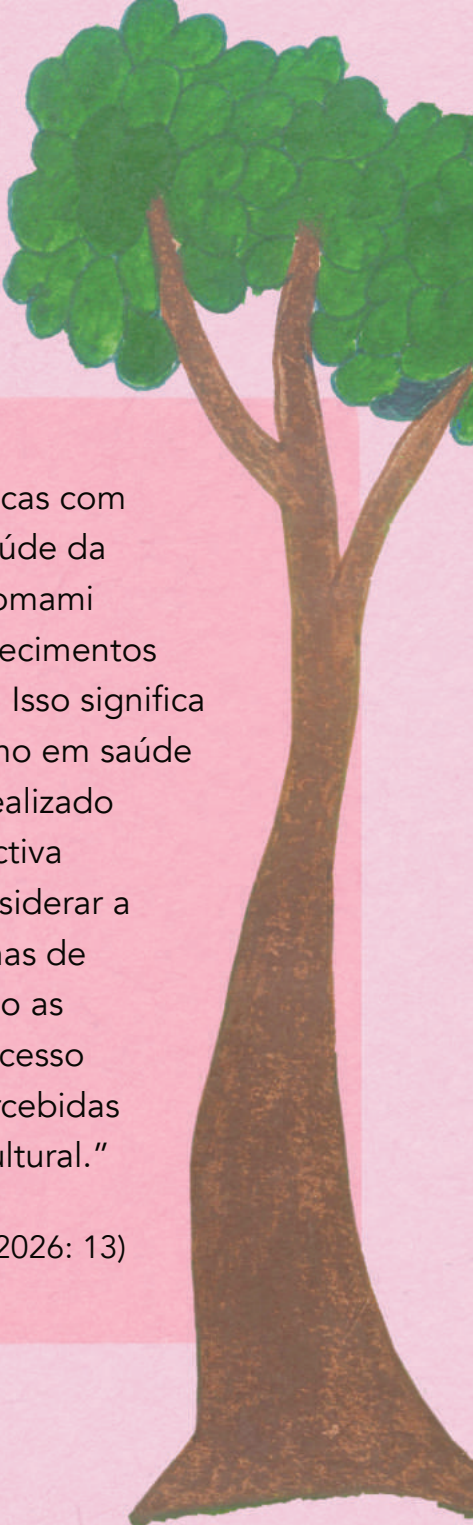
A mulher tem:

- Hemorragia
- Dor abdominal severa
- Forte dor de cabeça ou distúrbio visual
- Respiração difícil
- Febre ou tremores
- Dificuldade em urinar
- Dor epigástrica

O bebê tem:

- Respiração rápida ou difícil
- Febre
- Frio anormal (hipotermia)
- Falta de apetite
- Se movimenta menos do que o normal
- Amolecimento de todo o corpo

Seja durante o trabalho de parto ou após o nascimento, atentar sempre aos sinais vitais associado ao estado geral da mulher.



“Implementar boas práticas com impactos positivos na saúde da mulher e da criança Yanomami implica ir além dos conhecimentos de anatomia e fisiologia. Isso significa reconhecer que o trabalho em saúde indígena não deve ser realizado apenas sob uma perspectiva biológica, mas deve considerar a visão de mundo, as formas de fazer e pensar, bem como as elaborações sobre o processo saúde-adoecimento, percebidas em seu contexto sociocultural.”

(Siqueira et al, 2026: 13)



Ehuana yaira yanomami

Referências Bibliográficas

ALSO BRASIL. **Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (ALSO): Manual do provedor.** São Paulo: Sarvier, 2022.

BRASIL. Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). **Plano de parto para os Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI).** Brasília: Secretaria de Saúde Indígena, 2025. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2026/03/Plano_de_Partto_para_os_34_Dsei.pdf. Acessado em 05 de maio de 2026.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams.** 25ª . ed. Porto Alegre: AMGH, 2021.

DUMONT, E.; BARRA, M.C. (orgs.). **Guia de atenção ao pré-natal na terra indígena Yanomami.** Belo Horizonte, MG : Ed. dos Autores, 2025. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-de-atencao-ao-pre-natal-na-terra-indigena-yanomami/>. Acessado em 05 de maio de 2026.

RELATÓRIO do XV Encontro de Mulheres Yanomami e Primeiro Encontro de Mulheres Ye'kwana. Boa Vista, 2024.

REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental.** 15ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

SIQUEIRA, B. et al. **O cuidado em perspectiva intercultural no território Yanomami e Ye'kwana.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.** Geneva: World Health Organization: 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>. Acessado em 05 de maio de 2026.

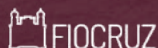
Este livro foi composto com
as fontes Skia e Avenir.





PARTO E NASCIMENTO
NA TERRA INDÍGENA
YANOMAMI E YE'KWANA

Portal de Boas Práticas
em Saúde de Mulheres, da
Criança e do Adolescente
IFF/FIOCRUZ



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO