



PARTO, PUERPÉRIO E ALEITAMENTO MATERNO

1. PORTARIA GM/MS Nº 5.350, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024

O componente parto e nascimento é constituído pelos seguintes pontos de atenção:

- I - Centro de Parto Normal intra-hospitalar - CPNi e Centro de Parto Normal peri-hospitalar - CPNp;
- II - maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos;
- III - maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco;
- IV - unidades de cuidado neonatal; e
- V - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP.

§ 1º O CPNi e o CPNp são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes ou vinculadas, respectivamente, a um estabelecimento hospitalar, localizadas em suas dependências internas ou imediações.

§ 2º A maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos é responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de risco habitual, devendo ter equipe qualificada e instalações adequadas para atendimentos de intercorrências ou situações de alto risco até sua estabilização e transferência segura, quando necessário.

§ 3º A maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco é responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de alto risco que necessitam de atenção especializada e acesso a recursos hospitalares de média e alta complexidade.

§ 4º As unidades de cuidado neonatal são serviços hospitalares responsáveis pela atenção à saúde de recém-nascidos de alto risco que necessitem de suporte intensivo ou intermediário de saúde.

§ 5º A CGBP é uma residência provisória de cuidado destinada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade ou risco." (NR)

"Art. 7ºB. O componente puerpério e atenção integral à saúde da criança é constituído pelos seguintes pontos de atenção:

- I - Unidade Básica de Saúde - UBS para atenção à saúde da puérpera, do recém-nascido e da criança na APS;
- II - Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança - A-SEG; e
- III - Banco de Leite Humano - BLH.

§ 1º No componente de que trata o caput as equipes de atenção primária deverão:

- I - orientar e promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável;
- II - realizar o acompanhamento da puérpera e da criança, incluindo visita domiciliar regular até o 7º (sétimo) dia após o parto e nascimento; e
- III - realizar a busca ativa e acompanhamento longitudinal da mulher e da criança até os 2 (dois) anos de vida.

§ 2º O A-SEG é responsável pelo acompanhamento de crianças de alto risco, prioritariamente as egressas de unidades de terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, observados o perfil epidemiológico, a pactuação regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos.

§ 3º O BLH é o local de referência em amamentação que reúne ações de coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso internados em unidades neonatais e que não podem ser alimentados pelas próprias mães, além de atendimento para apoio e orientação sobre aleitamento materno." (NR)

QUESTÃO

1. (EBSERH ENFERMEIRO 2025 - MODIFICADA) A Rede Alyne foi instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350 e Portaria GM/MS nº 5.359, de 12 de setembro de 2024, e é uma iniciativa do Governo Federal para atualizar e reestruturar a Rede Cegonha.

A Enfermagem tem um vasto campo de atuação no cuidado integral voltado às gestantes, parturientes, puérperas e crianças, com ações diretas e indiretas que abrangem consultas, cuidados técnicos e educativos, gestão, entre outros. Nesse sentido, conhecer a Rede Alyne é de suma importância para uma atenção qualificada ao público-alvo dessa rede.

Em relação ao tema, as seguintes afirmativas estão corretas, **à exceção de uma**. Assinale-a.

(A) A Rede Alyne promove um modelo de cuidado humanizado e integral para a saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança e objetiva a redução da morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena.

(B) No componente pré-natal que se desenvolve na Atenção Primária à Saúde (APS), a promoção da saúde inclui a saúde sexual e o planejamento reprodutivo, ações que devem constar da consulta de enfermagem.

(C) A Rede Alyne manteve os exames contemplados na Rede Cegonha e acrescentou o teste para HTLV

(D) O foco da Rede Alyne é a gestação de baixo risco, não incluindo em seus componentes ambulatoriais de gestação e puerpério de alto risco.

(E) Fazem parte das ações no modelo de cuidado da Rede Alyne garantir a segurança alimentar e nutricional no início da vida com a oferta de leite humano nas unidades neonatais e garantir ambulatório de seguimento de recém-nascidos e de crianças egressas de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

2. DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL (Brasil, 2022)

2.1. LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

Gestantes de risco habitual devem ser informadas que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado, tendo em vista o maior risco de mortalidade perinatal.

Gestantes de risco habitual que optarem pelo parto em Centro de Parto Normal (extra, peri ou intra-hospitalar), se disponível na sua área de abrangência ou próximos dessa, devem ser apoiadas em sua decisão.

2.2. CUIDADOS GERAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Informações e Comunicação / Apoio físico e emocional

Dieta durante o trabalho de parto

Para parturientes de risco habitual, recomenda-se a ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

Medidas de assepsia para o parto vaginal

Não é recomendada a limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas.

A água e sabão podem ser usados para a limpeza vulvar e perineal, se houver necessidade, antes do exame vaginal.

2.3. MANEJO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

Abordagem não farmacológica da dor

Os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto são: técnicas de distração e relaxamento, movimento, bola, toque e massagem, acupressão, aplicação de frio ou calor, técnicas de relaxamento com respiração, banho de chuveiro, musicoterapia, consideradas de baixo investimento. Dentre as consideradas de moderado investimento, as principais são aromaterapia,

acupuntura, yoga, injeção de água estéril, hipnose, biofeedback, TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* - Neuroestimulação Elétrica Transcutânea) e imersão em água.

A deambulação e livre movimentação materna é permitida, notadamente no primeiro e segundo período do trabalho de parto.

Técnicas como massagem ou aplicação de compressas mornas são recomendadas para parturientes de risco habitual que desejam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo da preferência da mulher.

Métodos como bola de parto, técnicas de respiração e relaxamento, banhos de chuveiro, musicoterapia podem proporcionar redução na dor, mesmo que modesta e com baixos níveis de evidência, com custo e risco mínimos, podendo ser utilizados de maneira associada e conforme disponibilidade e desejo da mulher.

Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto.

Não há evidências suficientes para apoiar o uso da TENS para reduzir a dor no trabalho de parto. Tentar retardar ou evitar a progressão do trabalho de parto com métodos de alívio da dor não é recomendado.

Abordagem farmacológica da dor

O bloqueio de nervo pudendo pode ser utilizado para aliviar a dor da distensão perineal e como complemento à analgesia peridural.

O bloqueio paracervical não é recomendado.

A solicitação materna por analgesia de parto é motivo suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação, inclusive para a analgesia epidural, salvo contraindicação médica e após esgotados os métodos não farmacológicos disponíveis.

A analgesia epidural ou os opióides parenterais, como fentanil, dimorfina e petidina, são recomendados para mulheres saudáveis que requerem alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, de acordo com as preferências da mulher.

A analgesia farmacológica, de qualquer tipo, é restrita ao ambiente hospitalar.

2.4. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS NO TERMO

Para a gestante com RPM no termo é recomendada a hospitalização para a resolução da gestação, com conduta ativa para desencadeamento do trabalho de parto, considerando a vontade da mulher e a organização da maternidade local.

A profilaxia antibiótica para RPM no termo é recomendada em mulheres com período de latência superior a 12 horas.

ELIMINAÇÃO DE MECÔNIO IMEDIATAMENTE ANTES OU DURANTE O TRABALHO DE PARTO

A eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, de forma isolada, não é indicação de cesariana.

2.5. ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO

A **fase latente do primeiro período do parto** é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação de até 5 cm, para nulíparas e múltiparas.

A **fase ativa do primeiro período do parto** é caracterizada por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para nulíparas e múltiparas.

Duração do primeiro período do parto

As mulheres devem ser informadas de que a duração da fase ativa do primeiro período do parto (fase de dilatação) de 5 cm até a dilatação cervical total, geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e, geralmente, não se estende além de 10 horas nas múltíparas.

Políticas na admissão para o parto

Os planos de parto precisam ser individualizados de acordo com as necessidades e preferências da mulher.

Todas as mulheres devem ser avaliadas clinicamente quanto ao trabalho de parto, que inclui a realização de um exame de toque vaginal digital, mediante consentimento da mulher

A depilação perineal/púbica de rotina antes do parto vaginal não é recomendada.

A administração de um enema na admissão para o parto não é recomendada.

A pelvimetria clínica de rotina na admissão da parturiente não é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual.

A cardiotocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do parto de início espontâneo, em gestantes saudáveis de risco habitual.

A ausculta pelo ultrassom Doppler ou com o estetoscópio de Pinard é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto.

Cuidados e monitoração no primeiro período do parto

As parturientes de risco habitual sem analgesia devem ser estimuladas a movimentar-se e a assumir posições verticalizadas durante o trabalho de parto, respeitando-se o desejo e o conforto da mulher.

As parturientes com analgesia devem ser estimuladas a assumir a posição que considerar mais confortável, respeitando-se o desejo e o conforto da mulher.

O exame pélvico digital em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em parturientes de risco habitual, a menos que haja alguma preocupação com a progressão do parto.

Em parturientes de risco habitual, registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:

- a. Frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora;
- b. Frequência cardíaca fetal a cada 30 minutos;
- c. Frequência cardíaca materna de 1 em 1 hora
- d. Temperatura e PA de 4 em 4 horas
- e. Frequência da diurese

A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com o sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto, atendendo-se ao seguinte:

- a. Auscultar durante e após uma contração, ao menos durante 1 minuto, registrando um único valor;
- b. Registrar acelerações e desacelerações;
- c. Palpar o pulso materno para diferenciar dos batimentos maternos, se necessário.

A cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto espontâneo.

Recomenda-se o cuidado da parturiente em maternidade baseada em hospital, com presença de médico obstetra, se este não for o profissional que assiste a mulher, na presença de qualquer uma das seguintes condições:

- a. Frequência cardíaca materna >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
- b. PA sistólica ≥ 150 mmHg **OU** PA diastólica ≥ 100 mmHg em uma única medida;
- c. PA sistólica ≥ 140 mmHg **OU** diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- d. Proteinúria de fita 2++ ou mais **E** uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg;
- e. Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida **OU** $37,5^{\circ}\text{C}$ em 2 ocasiões em período de 1 hora;
- f. Qualquer sangramento transvaginal, exceto eliminação de tampão;
- g. Eliminação de mecônio significativo em líquido amniótico;
- h. Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
- i. Progressão lenta do trabalho de parto;
- j. Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia farmacológica;
- k. Qualquer emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno;
- l. Qualquer apresentação anômala, incluindo cefálicas defletidas e apresentação pélvica;
- m. Apresentação cefálica alta ou móvel em nulípara;
- n. Suspeita de restrição de crescimento fetal ou macrosomia;
- o. Suspeita de oligoâmnio ou polidrâmnio;
- p. Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;
- q. Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

Uso do partograma na assistência ao parto

Para parturientes com início de trabalho de parto espontâneo, o limite da taxa de dilatação cervical de 1 cm/hora, durante a fase ativa do primeiro estágio (conforme representado pela linha de alerta do partograma de Philpott) é impreciso para identificar mulheres em risco de resultados adversos no parto e, portanto, não é recomendado para esse fim.

Ferramentas padronizadas de monitoramento do trabalho de parto, incluindo um partograma ou o Guia de Cuidados do Trabalho de Parto da OMS devem ser utilizados para o monitoramento do trabalho de parto e parto.

Intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto

O uso de amniotomia isoladamente ou associada ou não à ocitocina, para prevenir a demora no trabalho de parto não é recomendado.

Diante da suspeita de falha na progressão no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Deve-se explicar à parturiente o motivo deste procedimento e avisar que o mesmo pode aumentar a intensidade e dor das contrações.

O uso de agentes antiespasmódicos e o uso de ocitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto em mulheres recebendo analgesia peridural não é recomendado.

O uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado.

Se a ocitocina for indicada, utilizar esquema de baixa dose e assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos, e a dose não deve ser aumentada após atingir 4 contrações em 10 minutos.

O trabalho de parto pode não acelerar naturalmente até que um limiar de dilatação cervical de 5 cm seja atingido. Portanto, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e nascimento (como a amniotomia, o aumento de ocitocina ou cesariana) antes desse limite não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas estejam dentro da normalidade.

2.6. ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

Posições e imersão em água

Caso não haja necessidade de manipulação do feto nem complicações, a parturiente deve ser incentivada a adotar a posição mais confortável no segundo período do parto, assegurando a possibilidade de avaliação da vitalidade fetal e a proteção do períneo.

Informar às mulheres que não há evidências suficientes e de qualidade para apoiar o segundo período do parto na água, sendo que o mesmo deve ficar restrito a ensaios clínicos.

Puxos

Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do parto em parturientes sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.

Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, recomenda-se que o puxo seja adiado ao menos por uma hora, exceto se a mulher quiser realizar o puxo antes disso ou o polo cefálico estiver visível.

Definição e duração do segundo período do trabalho de parto

O segundo estágio do parto é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento.

Na maioria das parturientes, o segundo estágio do parto tem duração inferior a uma hora em nulípara, e, inferior a meia hora em múltiparas. Contudo, nos casos em que a vitalidade fetal e as condições maternas permanecerem dentro dos limites da normalidade, o período expulsivo pode se estender em até duas horas para múltiparas, e em até três horas para nulípara, sem analgesia epidural.

Com analgesia epidural, o segundo período de parto pode se prolongar em até uma hora, quando comparado com a mulher sem analgesia.

Cuidados com o períneo

Para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo são recomendadas técnicas de proteção perineal que podem incluir: massagem perineal, compressas mornas e técnicas *hands on*, respeitando as preferências da mulher e as opções disponíveis.

Não realizar episiotomia de rotina na assistência ao parto vaginal.

A episiotomia deve ser reservada para partos com alto risco de laceração perineal grave, ou necessidade de facilitar o parto de feto com sinais de comprometimento da oxigenação.

A episiotomia pode ser utilizada quando houver dificuldade para introduzir o fórceps ou vácuo-extrator, e na distocia de ombros, para facilitar as manobras internas.

Se uma episiotomia for realizada, recomenda-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.

Após desprendimento do polo cefálico, deve-se verificar a presença de circular cervical de cordão umbilical, que deve ser desfeita realizando-se alça anterior, passando pela cabeça ou pelo corpo do feto, à medida que é expulso. Na impossibilidade da retirada da circular, realizar o pinçamento e secção do cordão umbilical.

É recomendado que se aguarde a rotação externa espontânea da cabeça fetal para desprendimento dos ombros, com leves movimentos de lateralização do corpo fetal. Deve-se evitar uso excessivo de força e de movimentos de tração lateral do feto, pois estas também são causas de trauma perineal.

Falha de progresso no segundo período do parto (LEITURA COMPLEMENTAR)

Se houver prolongamento do segundo período do parto, ou se a mulher estiver excessivamente exausta, promover medidas de apoio e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.

Para as nulíparas, quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação) após uma hora do segundo estágio, suspeitar de período expulsivo prolongado, e considerar realização da amniotomia se as membranas estiverem intactas.

Para as múltiparas, quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação) após 30 minutos do segundo estágio, suspeitar de período expulsivo prolongado, e considerar realização da amniotomia se as membranas estiverem intactas.

As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Em nulíparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 3 horas, enquanto que, em múltiparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 2 horas.

2.7. ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO

Considerar terceiro período prolongado depois de decorridos 30 minutos do nascimento, sem expulsão da placenta, caracterizando a retenção placentária.

Manejo do terceiro período do parto

A tração controlada do cordão pode ser oferecida rotineiramente na assistência ao terceiro estágio, desde que assistência seja prestada por um profissional treinado.

O uso de uterotônicos para a prevenção de Hemorragia Pós Parto (HPP) durante o terceiro estágio do parto é recomendado para todos os partos, e a ocitocina (10 UI, IM) é o medicamento de escolha.

A injeção de ocitocina na veia umbilical não é recomendada, por não ser eficaz na prevenção da HPP.

Momento de clampeamento do cordão

Adiar o clampeamento do cordão umbilical ao menos 60 segundos para recém-nascidos com 34 semanas ou mais que não demandem ressuscitação imediata.

Adiar o clampeamento do cordão umbilical ao menos 60 segundos para recém-nascidos prematuros com menos de 34 semanas.

Expulsão e revisão da placenta

- Na expulsão da placenta, à medida que a ela emerge da vagina, recomenda-se girar lentamente a placenta, para evitar que as membranas se rompam e possivelmente fiquem retidas na cavidade uterina.
- A placenta, o cordão umbilical e as membranas fetais devem ser sistematicamente examinados.

Revisão perineal e reparo de lacerações

O reparo de laceração perineal deve ser realizado com anestesia adequada, e a extensão e descrição da localização da laceração devem ser anotadas no prontuário.

Massagem uterina

A massagem uterina sustentada não é recomendada como intervenção para prevenir HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática.

Interação mãe-filho

Na ausência de complicações maternas ou neonatais, deve ser garantido o contato pele a pele no parto a termo com recém-nascido saudável. O aleitamento materno, dentro de uma hora após o nascimento deve ser garantido.

QUESTÕES

2. (EsFCEx 2023) De acordo com as recomendações apresentadas na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto (MS, 2016), no 3º período do parto
(A) o clampeamento e secção do cordão umbilical deve ser realizado em até 1 minuto após o nascimento, antes da administração de 10 UI de ocitocina, por via intramuscular.

- (B) o uso da manobra de Kristeller no manejo ativo do 3º período do parto, facilita a dequitação.
- (C) o contato pele a pele do recém-nascido saudável com a mãe logo após o nascimento deve ser estimulado, observadas as condições clínicas maternas e da criança.
- (D) a parturiente deve ser estimulada a realizar “puxos” a cada contração, após a dilatação total do colo uterino.
- (E) a parturiente deve ser desencorajada a ficar na posição supina, decúbito dorsal ou posição semi-supina, devendo ser estimulada a adotar a posição em que se sinta mais confortável no momento próximo ao nascimento.
3. (EBSERH 2025 ENFERMEIRO) Na assistência de enfermagem à gestante, o enfermeiro precisa estar atento à própria gestante, às pessoas que a acompanham e ao ambiente, de modo a oferecer um momento seguro e acolhedor. Espera-se que a experiência da mulher e de sua família seja a melhor possível e que o processo transcorra sem intercorrências.

Em relação ao conjunto de atividades inerentes ao cuidado com a mulher gestante para que haja uma boa vivência do parto vaginal, é correto afirmar que

- (A) sobre a assepsia para o parto vaginal, havendo necessidade de limpeza vulvar e perineal antes do exame vaginal, deve-se evitar água potável e optar por água estéril para evitar contaminação, caso haja necessidade de episiotomia.
- (B) a assepsia indicada para o parto vaginal é recomendada com higiene padrão das mãos e uso de luvas necessariamente estéreis para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, as crianças e os profissionais.
- (C) caso opte por receber massagem que tenha sido ensinada a(os) seu(s) acompanhante(s), a mulher deve ser apoiada nesta opção durante o trabalho de parto.
- (D) acupuntura é uma técnica não farmacológica contraindicada às mulheres durante o trabalho de parto.
- (E) a dieta durante o trabalho de parto envolve o jejum, inclusive de líquidos.

3. HEMORRAGIA PÓS-PARTO (Brasil, 2022b)

A hemorragia pós-parto (HPP) é definida como perda sanguínea acima de 500 mL, após parto vaginal, ou acima de 1.000 mL, após a cesárea, em 24 horas, ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.

No Brasil, a HPP é a segunda causa de morte materna, estando apenas atrás dos distúrbios hipertensivos na gravidez.

As principais causas da HPP primária são expressas pelo mnemônico dos 4Ts (Tônus, Trauma, Tecido e Trombina)

"4Ts"	Causa específica
Tônus	Atonia uterina
Trauma	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina
Tecido	Retenção placentária/acretismo placentário
Trombina	Coagulopatias congênitas ou adquiridas, uso de medicação anticoagulante

Categoria	Mecanismo de atonia	Fatores de risco relacionados
ATONIA UTERINA	Distensão uterina Exaustão uterina Infecção intrauterina Distorção uterina anatômica Placentação anormal Medicação relaxante	<ul style="list-style-type: none"> • Polihidramnio • Gemelidade • Macrossomia Multiparidade • Anemia • Parto taquitócico • Trabalho de parto prolongado • Indução/condução do parto com uterotônicos • Cesariana • Febre intraparto • Rotura de membranas por tempo prolongado • Miomatose • Anomalias uterinas • Placenta prévia • Anestésicos halogenados • Nitroglicerina

A permanência de restos ovulares na cavidade uterina por placentação anômala ou expulsão incompleta da placenta após o nascimento é outra causa que pode determinar sangramento aumentado, por interferir na contração uterina.

Fatores de risco para HPP relacionados à retenção de produtos de concepção

categoria 4Ts	Mecanismos	Fatores de risco
TECIDO	Retenção de produto de concepção Placentação anômala Retenção de cotilédone de lobo acessório ou placenta sucenturiada	<ul style="list-style-type: none"> • Dequitação incompleta da placenta • Parto prematuro • Diagnóstico/suspeita de acretismo placentário • Cirurgias uterinas prévias (cesarianas, miomectomias, curetagens) • Multiparidade • Diagnóstico antenatal lobo acessório ou placenta sucenturiada

Fatores de risco para HPP relacionados à trauma do canal do parto

Categoria 4Ts	Mecanismos	Fatores de risco
TRAUMA	Lacerações cervicais, vaginais, uretrais, parauretrais e perineais Hematomas no canal do parto Lacerações na	<ul style="list-style-type: none"> • Parto taquitócico • Parto operatório Episiotomia • Manobras obstétricas • durante extração fetal Extração de polo cefálico insinuado • Cirurgia uterina anterior Apresentações anômalas



	cesariana Rotura ou deiscência uterina Inversão uterina	<ul style="list-style-type: none">• Cesariana de emergência• Uso de uterotônicos em útero com cicatriz cirúrgica prévia (cesariana, miomectomias)• Hipercontratilidade uterina• Manobra de Kristeller• Multiparidade• Placenta fúndica• Retenção placentária• Manobras de Credé• Tração excessiva do cordão umbilical
--	--	---

Fatores de risco para HPP relacionados a coagulopatias

Categoria 4Ts	Mecanismos	Fatores de risco
TROMBINA	Distúrbio ou deficiência de fatores de coagulação congênitos trombocitopenia congênita ou adquirida Distúrbio ou deficiência de fatores de coagulação adquiridos (antes ou durante a gestação) Distúrbio de coagulação induzido por medicação	<ul style="list-style-type: none">• História prévia de HPP• História de coagulopatia hereditárias tais como:• Trombocitopenia idiopática• Ou gestacional• Pré-eclâmpsia ou síndrome HELLP• Descolamento prematuro de placenta• Coagulação intravascular disseminada• antioagulante :• heparinas, anticoagulantes orais, aspirina.• hemofilia A, doença• de Von Willebrand,• deficiências de• fibrinogênio, deficiência de fatores de coagulação,• trombocitopenia.• Doença hepática associada a distúrbio• de coagulação e/ou• esplenomegalia.• Púrpura• Embolia de líquido amniótico• Seps• Uso de medicação

QUADRO 4. CONDUTAS PREVENTIVAS BASEADAS NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HPP NA ADMISSÃO		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> Manejo ativo do 3º estágio Observação rigorosa por 1-2 horas Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo ativo do 3º estágio Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado* Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo ativo do 3º estágio Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado* Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta
	<ul style="list-style-type: none"> Identificação Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G) Tipagem sanguínea Hemograma 	<ul style="list-style-type: none"> Identificação Acesso venoso periférico (Jelco 16G) Tipagem sanguínea Hemograma Prova cruzada Reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias)

QUADRO 3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA HPP		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de cicatriz uterina Gravidez única ≤ 3 partos vaginais prévios Ausência de distúrbio de coagulação Sem história de HPP 	<ul style="list-style-type: none"> Cesariana ou cirurgia uterina prévia Pré-eclâmpsia leve Hipertensão gestacional leve Superdistensão uterina (Gestação múltipla, polidramnio, macrosomia fetal) ≥ 4 partos vaginais Corioamnionite História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica Obesidade materna (IMC > 35kg/m2) 	<ul style="list-style-type: none"> Placenta prévia ou de inserção baixa Pré-eclâmpsia grave Hematócrito < 30% + fatores de risco Plaquetas < 100.000/mm³ Sangramento ativo à admissão Coagulopatias Uso de anticoagulantes Descolamento prematuro de placenta Placentação anômala (acretismo) Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

QUESTÕES

- (EsFCEX 2024 – ENFERMEIRO) Define-se hemorragia pós-parto (HPP) como perda sanguínea acima de após parto vaginal, ou acima de, após a cesárea, em 24 horas, ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica. No Brasil, a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, adota como estratégia a estratificação de risco para HPP, que aplicada rotineiramente durante o pré-natal, o parto e o puerpério, permite identificar os

grupos de maior risco (Ministério da Saúde, 2022). Assim sendo, no âmbito do processo de enfermagem, ao realizar a estratificação de risco para HPP, o enfermeiro deve considerar que gestantes com história de devem ser classificadas como médio risco.

Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, a afirmação.

(A) 500 mL ... 1000 mL ... pré-eclâmpsia leve, cesariana ou cirurgia uterina prévia, obesidade materna (IMC maior que 35 kg/m²)

(B) 500 mL ... 500 mL ... ausência de cicatriz uterina, mais de 3 partos normais, placenta de inserção baixa

(C) 1000 mL ... 500 mL ... número de partos vaginais menor ou igual a 3, uso de anticoagulantes orais, placenta prévia

(D) 1000 mL ... 500 mL ... história prévia de hemorragia obstétrica, uso de anticoagulantes orais

(E) 1000 mL ... 1000 mL ... gestação múltipla, polidrâmnio, hipertensão arterial leve

4. Gestante / Parturiente vivendo com HIV

Quando uma mulher que vive com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) engravida, é possível realizar intervenções, durante o pré-natal, o parto e a amamentação, que reduzem o risco de transmissão vertical (TV) do HIV a menos de 2%. No entanto, sem adequados planejamento e seguimento, está bem estabelecido que esse risco é de 15% a 45%.

A taxa de TV do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso de Tarv que mantêm níveis de CV abaixo de 1.000 cópias/mL, sendo ainda menor quando a CV estiver indetectável. Além disso, a CV é utilizada para monitoramento da gestante infectada pelo HIV, auxiliando na avaliação da resposta à Tarv.

Abordagem da gestante vivendo com HIV

Além da rotina pré-natal habitual, acrescenta-se, para as gestantes portadoras de HIV:

- Provas de função renal e hepática.
- Repetir trimestralmente: hemograma, provas de função renal e hepática, toxoplasmose (para as não imunes), urina 1 e urocultura.
- Sorologia para hepatite A.
- Sorologia para Chagas em grupos de risco.
- Checar calendário vacinal, devendo acrescentar as vacinas para pneumococo, meningococo e Haemophilus, para mulheres menores que 19 anos não vacinadas previamente, e hepatite A para gestantes susceptíveis.
- Pesquisa de tuberculose para pacientes sintomáticas respiratórias e em situação de risco

Obs: Para as gestantes que diagnosticam HIV na gestação ou para aquelas que já sabem ser portadoras do vírus e estão com CV detectável, devem ser solicitados, na primeira consulta: carga viral, genotipagem e CD4.

Para as gestantes soropositivas e com CV indetectável, deve-se solicitar apenas CV e CD4.

Tratamento antirretroviral (Tarv) na gestação

Esquema inicial preferencial para 1º trimestre (até 12 semanas): não há estudos suficientes que garantam segurança total da exposição fetal à Tarv. Deve-se pesar risco-benefício para iniciar a Tarv nesse período.

Esquema preferencial: tenofovir com lamivudina (TDF 300 mg + 3TC 300 mg) 1 comprimido (cp)/dia em associação com 50 mg de dolutegravir (DTG) 1 cp/dia.

Profilaxia de infecções oportunistas na gestante que vive com HIV/aids

Profilaxia primária: é uma estratégia que visa evitar o desenvolvimento de infecções oportunistas, baseando-se no valor do CD4.

Uso de sulfametoxazol-trimetoprim (SMX-TMP) na profilaxia de pneumocitose e toxoplasmose se CD4 for menor que 200 células/mm³.

Uso de isoniazida se CD4 for menor que 350 células/mm³. Considerando que a tuberculose (TB) é a principal causa de óbito em pacientes que vivem com HIV, recomenda-se pesquisá-la em todas as consultas do pré-natal.

Deve-se questionar ativamente à gestante sobre sintomas como tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. Para gestantes portadoras do HIV e sintomáticas respiratórias (tosse há mais de duas semanas), independentemente da dosagem de CD4, devem ser solicitadas três amostras de escarro para realização do teste rápido da TB, pesquisa direta do bacilo de Koch (BAAR) e cultura de micobactéria.

Manejo obstétrico e vias de parto na gestante vivendo com HIV

Pacientes com **CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL** devem, na **34ª semana** de gestação, ter a cesárea eletiva indicada com 38 semanas, pois essa medida reduz o risco de TV do HIV.

Para gestantes **em uso de antirretrovirais e com supressão da CV sustentada**, ou pelo menos **CV menor que 1.000 cópias/ mL**, a via de parto é obstétrica. Se não houver outra indicação para a via alta, além da infecção HIV, o parto vaginal deve ser realizado, pois a cesárea com CV menor que 1.000 cópias/mL não muda o risco de TV.

Gestantes com **CV menor que 1.000 cópias/mL**, mas ainda **com valores detectáveis**, devem receber zidovudina (AZT) por via endovenosa (EV) 2 mg/kg no início do trabalho de parto e, depois, 1 mg/kg de hora em hora, em infusão contínua, até o clampeamento do cordão. O AZT injetável também deve ser administrado, pelo menos por 3 horas, antes da cesariana eletiva indicada pela alta CV (BRASIL, 2020b).

Não é necessário uso de AZT EV naquelas gestantes que apresentem CV indetectável após 34 semanas de gestação e que estejam em Tarv com boa adesão. Entretanto, independentemente da CV, se houver história de má adesão à Tarv, a equipe de assistência pode eleger ou não o uso do AZT intraparto EV.

Na **mulher em trabalho de parto e corioamniorrexe prematura (CP)**, é preciso avaliar as condições de evolução do trabalho de parto e o risco de complicações. Frente à previsão de um parto demorado ou distócico, mesmo que a CV seja menor que 1.000 cópias/ mL, deve-se considerar a resolução por cesariana. Caso as condições do colo do útero sejam favoráveis e a gestante esteja usando Tarv, com CV menor que 1.000 cópias/mL e apresentação cefálica, a via de parto pode ser vaginal. Nesse cenário, pode-se utilizar ocitocina e/ou misoprostol para induzir ou estimular o trabalho de parto.

A resolução da **gestação com corioamniorrexe prematura pré-termo (CPPT)** deve ser indicada com 34 semanas, a depender do valor da CV e das condições favoráveis ou não para indução do trabalho de parto. Para CPPT com idade gestacional inferior a 34 semanas, a conduta expectante pode ser admitida, com uso de hiper-hidratação oral na presença de oligoâmnio; corticoide, para aceleração da maturidade pulmonar, entre 23 e 34 semanas; e antibioticoterapia visando ao estreptococo do grupo B (penicilina G cristalina, preferencialmente, ou até ampicilina ou clindamicina) (BRASIL, 2020a).

- **Trabalho de parto pré-termo:** a tocólise é a conduta mais adequada se o evento for antes das 34 semanas de gestação. Atentar para o uso da zidovudina endovenosa concomitante à inibição do TPPT se CV for maior que 1.000 cópias/mL.

Cuidados específicos durante o parto vaginal

- Parto instrumentalizado deve ser evitado. A aplicação do fórceps ou do vácuo-extrator será admitida somente com indicação obstétrica precisa.
- Iniciar AZT EV quando indicado (se CV detectável) e manter infusão contínua até o clampeamento do cordão.
- Evitar toques sucessivos durante o trabalho de parto, assim como amniotomia artificial. Utilizar partograma.
- Se CV for >50 cópias e <1.000 cópias, evitar CP por longos períodos. A taxa de TV se eleva depois de quatro horas da bolsa rota.
- A ligadura do cordão deve ser feita imediatamente após a expulsão do feto. Nunca ordenhar o cordão.
- A episiotomia deve ser realizada apenas após avaliação criteriosa e protegida por compressas úmidas com o degermante utilizado na assepsia inicial.

Cuidados específicos da cesariana eletiva (DCCI/SVS/MS)

- Confirmar idade gestacional de 38 semanas.
- Se houver trabalho de parto antes da realização da cesárea, avaliar dilatação cervical. Em caso de dilatação menor que 4 cm, manter indicação de cesárea e iniciar imediatamente o AZT EV por pelo menos 3 horas.
- Proceder a parto empelado sempre que possível.
- A ligadura do cordão deve ser imediata após a retirada do feto.
- Antes da histerotomia, realizar a hemostasia do máximo de vasos maternos da parede abdominal com troca de campos estéreis, reduzindo o contato do feto com o sangue materno.

Manejo de ARV na mulher no puerpério que vive com HIV

A Tarv deve ser mantida após o parto, independentemente da contagem de CD4, CV e dos sinais e sintomas clínicos da mulher.

O risco de TV do HIV continua por meio da amamentação.

A lactação dessas pacientes deve ser bloqueada no pós-parto imediato com cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos por via oral tomados juntos em dose única.

Pela legislação brasileira, a criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber a fórmula láctea infantil, até completar 6 meses de vida.

O aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar são contraindicados.

Deve-se considerar que mulheres que não amamentam podem voltar a ovular a partir de 4 semanas após o parto, com período curto de amenorreia no puerpério. Assim, essas pacientes devem ter uma orientação contraceptiva bem orientada, considerando seus direitos sexuais e reprodutivos.

5. CUIDADOS NO PERÍODO PUERPERAL

Quadro 10: Classificação das complicações puerperais de acordo como período puerperal de ocorrência.

Classificação	Período puerperal
Precoce	Ocorrem entre duas a quatro horas pós-parto (puerpério imediato) podendo se estender até o 10º dia pós-parto (puerpério mediato).
Tardia	Ocorrem entre o 11º dia até o 45º (puerpério tardio).
Remota	Ocorrem do 45º dia até o retorno da função reprodutiva da mulher.

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de Brasil (2013a), Santos, Brito e Mazzo (2013), Brasil (2016) e Mascarello et al. (2018).

Há de se considerar que as **complicações puerperais** estão presentes em ambas as vias de partos.

Consideram-se como **complicações precoces mais comuns no puerpério**: infecções pós-parto; anemia; hemorragia; infecção urinária; dor; cefaleia; complicações da anestesia; hemorroidas; curetagem; histerectomia; e aderência à cirurgia ou episiotomia.

Diante da possibilidade de uma complicação puerperal precoce, a enfermagem deve se atentar aos seguintes sinais de alerta: dor/desconforto perineal; desconforto respiratório; taquicardia; febre; tontura; corrimento de odor fétido; vermelhidão; edema; deiscência de sutura e lesões não suturadas; sangramento vaginal e/ou intenso; palidez cutânea; prostração; e comprometimento capilar; cianose de extremidades (GARCIA, 2019)

Como **complicações puerperais tardias**, as mais comuns são: incontinência urinária; dispareunia; incontinência de fezes ou gases; cistocele; prolapso; e rotura de períneo. No caso das complicações tardias atentem-se aos sinais de alerta: perda diurese espontânea ou aos esforços; dor durante e /ou após relações sexuais persistentes; perda espontânea e aos esforços de fezes; sensação de abaulamento em genitália com retrocesso ou não; sangramento de início súbito ou após sobrecarga; e lesão perineal espontânea (GARCIA, 2019).

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN), visando a redução da mortalidade infantil.

São realizadas ações básicas preconizadas nesta estratégia: triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio.

Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê.

Caso o RN tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta.

O retorno da mulher e do RN ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar. Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

✓ Ações relacionadas à puérpera - Anamnese:

Verifique o Cartão da Gestante e pergunte à mulher questões sobre:

As condições da gestação:

✓ As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;

✓ Os dados do parto (data; tipo de parto; se parto cesárea, qual indicação deste tipo de parto);

✓ Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização de Rh):

- ✓ Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou o parto;
- ✓ O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).

Pergunte a ela como se sente e indague questões sobre:

- ✓ Aleitamento (frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- ✓ Alimentação, sono, atividades;
- ✓ Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- ✓ Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- ✓ Sua condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- ✓ Sua condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).

Avaliação clínico-ginecológica:

- ✓ Verifique os dados vitais;
- ✓ Avalie o estado psíquico da mulher
- ✓ Observe seu estado geral: a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e os membros inferiores;
- ✓ Examine as mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- ✓ Examine o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- ✓ Examine o períneo e os genitais externos (verifique sinais de infecção, a presença e as características de lóquios);
- ✓ Verifique possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor no baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicite avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- ✓ Observe a formação do vínculo entre a mãe e o filho;
- ✓ Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos.
Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, oriente a mulher quanto à ordenha manual, ao armazenamento e à doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
- ✓ Identifique os problemas e as necessidades da mulher e do recém-nascido com base na avaliação realizada.

Condutas: Oriente a puérpera sobre:

- ✓ Higiene, alimentação, atividades físicas;
- ✓ Atividade sexual, informando-a a respeito de prevenção de DST/Aids;
- ✓ Cuidados com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
- ✓ Prescreva suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até 3 meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;

- ✓ É importante orientar que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção.
- ✓ Consulta puerperal (até 42 dias)

6. ASPECTOS EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO

GARCIA (2019)

O puerpério é um período em que se deve dar uma atenção especial às condições psíquicas e emocionais da mulher, devido ao elevado risco para o surgimento de sintomas e transtornos psiquiátricos. Após o parto, a mulher passa por intensas alterações hormonais, mudanças na organização familiar, na sua identidade e nas relações sociais. Desta forma, é fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para detectar possíveis alterações emocionais deste período. O sofrimento mental no puerpério é derivado de uma combinação de fatores biopsicossociais dificilmente controláveis, envolvendo uma multifatorialidade e situações de vulnerabilidade, tais como:

- Antecedente de transtornos psiquiátricos (principalmente depressão) antes ou durante a gestação;
- Conflito e pouco suporte familiar / social;
- O fato de a mãe estar cansada;
- Gestação não planejada;
- Ser adolescente;
- Doenças na gestação;
- Dificuldades em amamentar;
- Baixa renda, parceiro desempregado, desemprego após licença maternidade;
- Grande número de filhos;
- Baixa escolaridade;
- Violência doméstica;
- Nascimento de criança com problema congênito, grave problema de saúde ou morte do bebê;
- Estado civil (solteira ou divorciada), entre outras possíveis situações estressoras.

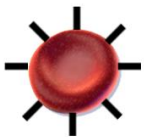
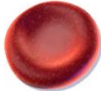
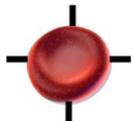
Por meio de um instrumento chamado escala de depressão perinatal de Edinburgh, pode-se realizar uma triagem e classificação dos transtornos. Deve-se investigar no puerpério, principalmente nas mulheres que tiveram depressão prévia, alterações de humor, sono e apetite e como estão lidando com os cuidados do recém-nascido com o objetivo de uma detecção precoce de sintomas de sofrimento mental. Quando identificado é importante determinar a intensidade dos mesmos para o diagnóstico de enfermagem e planejamento das intervenções (GARCIA, 2019).

7. ALOISOIMUNIZAÇÃO - DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL (Brasil, 2022, b)

Doença hemolítica perinatal (DHP) é o quadro de anemia fetal e do neonato resultante da hemólise em razão da incompatibilidade materno-fetal a antígenos eritrocitários.

O processo de aloimunização se inicia a partir do contato da mulher Rh- com o sangue incompatível Rh+, seja por transfusão equivocada, seja por passagem transplacentária do sangue de feto Rh+ (hemorragia feto-materna). Esse evento desencadeia resposta imune primária contra o antígeno Rh, com a produção de anticorpos específicos.

O status de positivo ou negativo para o sistema Rh é definido de acordo com a presença ou a ausência, respectivamente, do antígeno D. Um indivíduo que possui o antígeno D é considerado Rh+. Ainda devemos lembrar o “fenótipo sorológico D fraco”. Alguns indivíduos com antígeno D presente conferem reação fraca ou ausente quando testados para fator Rh. São pacientes que não são capazes de formar anticorpos anti-Rh quando em contato com hemácias Rh+, não sendo, portanto, candidatas ao protocolo de profilaxia para DHP.

			<p>O D fraco é uma variante do RhD em que a expressão do antígeno D (quantidade) encontra-se diminuída na superfície das hemácias. Geralmente, resulta da total ausência da proteína RhD da membrana da hemácia.</p> <p>Uma característica peculiar do antígeno D é o chamado D Fraco. Consiste numa variante fenotípica do antígeno Rh, que reage fracamente nos testes de tipagem Rh.</p> <p>o termo DU é o equivalente do fenótipo D fraco sorológico.</p>
D+ (normal)	D - (ausência do antígeno)	D fraco (baixa expressão)	

Na circulação fetal, a destruição de hemácias (hemólise) provoca as seguintes alterações:

- Hepatomegalia crescente com alteração da circulação hepática e hipertensão portal.
- Alteração da função do hepatócito com consequente hipoalbuminemia e ascite.
- Hidropisia fetal.
- Aumento na produção da bilirrubina do tipo não conjugado.

Entretanto, após o parto, ocorre icterícia no neonato, e o excesso de bilirrubina indireta, quando não tratado, pode levar à deposição desse pigmento nos núcleos da base cerebral (kernicterus), ocasionando sequelas neurológicas graves. Portanto, a DHP é responsável por dois problemas, em momentos distintos:

- Anemia fetal intraútero.
- Hiperbilirrubinemia do RN.

Diagnóstico laboratorial

Rastreio universal das gestantes, com solicitação de tipagem sanguínea e fator Rh. O acompanhamento das gestantes Rh- compreende etapas distintas.

Etapas 1 – fazer anamnese com enfoque nos fatores de risco para sensibilização: transfusões sanguíneas prévias, uso de drogas ilícitas injetáveis, história obstétrica com relato de DHP (icterícia neonatal, exsanguinotransfusão neonatal, transfusões intrauterinas ou hidropisia fetal), histórico de profilaxia anti-Rh em gestações anteriores e atual.

Etapas 2 – realizar teste de Coombs indireto (CI), na primeira visita pré-natal, e repetir mensalmente.

O seguimento pré-natal é preconizado de acordo com o resultado do CI:

- CI negativo: realizar profilaxia conforme recomendado.
- CI positivo: prosseguir direto para a etapa de avaliação fetal.

Etapas 3 – avaliação fetal com o objetivo principal de identificar fetos com risco de DHP.

Todos os casos de gestantes com história prévia de aloimunização Rh ou com títulos de anti-D ≥ 16 devem ser acompanhados por profissional capacitado. Em casos com história prévia de comprometimento fetal grave por DHP (transfusão intrauterina, hidropisia fetal, necessidade de antecipação do parto com exsanguinotransfusão neonatal), espera-se que o quadro fetal ocorra mais precocemente que o das gestações anteriores, com necessidade de iniciar monitoramento de anemia fetal a partir do início de 16 semanas.

Prevenção da sensibilização ao fator Rh

A prevenção da sensibilização materna pela administração de imunoglobulina anti-D, nas situações de risco para sensibilização, é imperativa. Para mães não sensibilizadas (CI negativo), deve-se proceder à administração de 300 μ g de imunoglobulina anti-D nos seguintes momentos:

- Na 28ª semana de gestação.
- Até 72 horas após o parto de recém-nascido Rh+ ou de fator Rh desconhecido.
- Até 72 horas após procedimento/evento (que leve à risco de sensibilização materna).

São condições que aumentam o risco de sensibilização materna ao antígeno Rh:

- Sangramento vaginal materno.
- Abortamento, gestação molar ou gestação ectópica
- Procedimento invasivo intrauterino.
- Cirurgia fetal intraútero.
- Óbito fetal.
- Versão cefálica externa.
- Trauma abdominal.

A efetividade da profilaxia com imunoglobulina anti-D apresenta falha de apenas 1,5%.

QUESTÕES

5. (CEPUERJ/ Res. Enf - 2005) A prevenção da sensibilidade pelo fator Rh pode ser realizada nas primeiras 72 horas de pós-parto com a administração de imunoglobulina humana anti-D em mães Rh negativo com:
(A) Variante DU negativo, com parto de recém-nascido Rh negativo, com coombs indireto positivo
(B) Variante DU positivo, com parto de recém-nascidos Rh positivo, com coombs indireto negativo
(C) Coombs indireto positivo, com parto de recém-nascido Rh negativo, com coombs direto positivo
(D) Coombs indireto negativo, com parto de recém-nascido Rh positivo, com coombs direto negativo
6. (IFF Saúde da Mulher 2014) A aloimunização materno-fetal permanece afetando cerca de 05 a cada 1.000 gestações, mesmo que com a divulgação/ conhecimento da recomendação em relação à profilaxia com imunoglobulina anti-D. A aloimunização Rh confere riscos de hidropsia e óbito fetal ou neonatal. Desta forma, é medida preventiva, da sensibilização pelo fator Rh, a administração de imunoglobulina anti-D, em mulheres Rh negativo e deve ser realizada nas seguintes situações, EXCETO:
(A) após procedimentos invasivos em mulheres gestantes, tais como, amniocentese, cordocentese, biópsia de vilo corial.
(B) após aborto e gravidez ectópica ou mola hidatiforme.
(C) após o parto de mulheres com Coombs indireto negativo e recém-nascidos Rh positivo.
(D) após sangramento obstétrico (placenta prévia, por exemplo) com risco de hemorragia feto-materna significativa.
(E) após o parto de mulheres com Coombs indireto positivo e recém-nascidos Rh negativo.

7. (MARINHA RESIDÊNCIA 2019/2020) Assinale a opção em que a mulher Fator Rh negativo deve realizar a prevenção da sensibilização pelo fator Rh, administrando a imunoglobulina anti-D
- (A) após o parto de mulheres com coombs direto positivo e recém-nascido Rh negativo
- (B) após procedimentos invasivos em mulheres gestantes: amniocentese e cordocentese**
- (C) após procedimentos invasivos: ultrassonografia do terceiro trimestre e pesquisa de estreptococos do grupo B
- (D) após o parto de mulheres com coombs indireto positivo e recém-nascido Rh negativo
- (E) antes do parto de gestantes com coombs indireto positivo e pai Rh positivo
8. (EsFCEX 2023) Considere os diferentes aspectos relacionados à doença hemolítica perinatal (DHP) e assinale a alternativa correta de acordo com o apresentado no Manual de Gestação de Alto Risco (MS, 2022).
- (A) O processo de aloimunização se inicia com a nidação de embrião Rh+ e se intensifica por meio da passagem transplacentária do sangue materno (hemorragia materno-fetal).
- (B) A doença hemolítica perinatal caracteriza-se pela hemólise fetal decorrente da incompatibilidade sanguínea materno-fetal, em que hemácias maternas são transferidas à corrente sanguínea fetal, gerando a produção de anticorpos que agem contra os antígenos eritrocitários fetais.
- (C) A implantação baixa da placenta, oligohidrânio e a ocorrência de anemia fetal são condições que aumentam o risco de sensibilização materna ao antígeno Rh.
- (D) Gestantes portadoras de “fenótipo sorológico D fraco” são mulheres que não são capazes de formar anticorpos anti-Rh quando em contato com hemácias Rh+, portanto não são candidatas ao protocolo de profilaxia para DHP.**
- (E) Para gestantes portadoras de “fenótipo sorológico D fraco”, a prevenção da sensibilização materna compreende a administração de imunoglobulina anti-D na 24ª e 36ª semanas de gestação e até 72 horas após o parto.

8. ALEITAMENTO MATERNO

Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

8.1. Pega incorreta do mamilo

A pega incorreta da região mamilo-areolar faz que a criança não consiga retirar leite suficiente, acarretando a agitação e o choro. A pega errada, só no mamilo, provoca dor e fissuras, o que faz a mãe ficar tensa, ansiosa e perder a autoconfiança, pois começa a acreditar que o seu leite seja insuficiente e/ou fraco.

8.2. Fissuras (rachaduras)

Ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. Os hábitos de manter as mamas secas, não usar sabonetes, cremes ou pomadas também ajudam na prevenção. Recomenda-se tratar as fissuras com o leite materno do fim das mamadas, com o banho de sol e a correção da posição e da pega.

Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério

Fissuras

- Pequena (até 3 mm): dor e desconforto apenas no início das primeiras sugadas;
- Média (até 6 mm): dor desde o início e demora para desaparecer;
- Grande (maior que 6 mm): dor intensa durante toda a mamada e pode ou não ter sangramento.

Erosão

- Maior prevalência em mamilos pseudo invertidos e invertidos;
- Caracterizada por desgaste do relevo ou remoção da epiderme ou derme do mamilo, causando dor intensa durante a mamada.

Escoriação

- Maior prevalência em mamilos semiprotusos;
- Caracterizada por uma lesão tipo esfoliação, com epiderme levantada e a derme exposta;
- Localiza-se, geralmente, no quadrante superior lateral externo do mamilo, com formato de meia lua;
- Presença de dor durante todo o tempo da amamentação.

Vesículas

- Caracterizada por ardência nos mamilos.

Dilaceração

- Ocorre na região mamilo-areolar;
- Causada, geralmente, pela pressão negativa das bombas de extração de leite.

condutas / orientações de enfermagem

- Observar a mamada e corrigir a posição e pega, se necessário;
- Iniciar a mamada pela mama menos afetada;
- Evitar o uso de óleos, cremes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos;
- Ordenhar um pouco de leite antes da mamada (evita que o bebê sugue com força para promover este reflexo);
- Alternar diferentes posições de mamadas para reduzir a pressão dos tecidos danificados;
- Amamentar em livre demanda;
- Não utilizar bombas tira-leite;
- Observar no RN a presença de freio lingual curto;
- Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada;
- Após a amamentação, enxaguar com água limpa e secar bem os mamilos;
- Manter os seios expostos ao ar livre, mas não expostos diretamente à luz solar, pois pode dificultar a cicatrização da lesão, considerando que a pele estando lesionada, as camadas mais profundas da epiderme precisam de umidade para que a cicatrização ocorra mais rápido. Alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa
- Recomendar o tratamento úmido com a aplicação de leite ordenhado nos mamilos antes e após as mamadas. Nos Estados Unidos, tem sido utilizada a lanolina, embora sejam limitados os estudos sobre sua eficácia, tanto nacionais quanto internacionais
- Nos casos de fissuras grandes ou outros traumas que causem muita dor e/ou sangramento, deve-se suspender a amamentação por 48h a 72h no mamilo traumatizado. Após a suspensão oferecer a mama comprometida por 5 min. com aumento gradativo a cada dia:
- **1º dia:** amamentar somente 3 vezes ao dia, não excedendo 5 minutos de mamada. Em seguida, realizar a ordenha manual e oferecer o leite ordenhado para a criança.
- **2º dia:** se não ocorrer a reincidência do trauma e, na ausência de dor, aumentar de 3 em 3 hora e continuar a não exceder o tempo de 5 minutos.
- Após recuperação do trauma orientar a amamentação em livre demanda;
- Se necessário, o enfermeiro deverá prescrever:
Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas (BRASIL, 2016);

8.3. Candidíase (GARCIA, 2019)

- Principais causas: umidade excessiva, lesão dos mamilos e a boca da criança contaminada pelo fungo (mesmo não estando aparente);
- Sinais e Sintomas: prurido, sensação de queimação e dor tipo agulhadas nos mamilos, mamilos e aréolas podem apresentar hiperemia com descamação. Raramente se observa placas esbranquiçadas. A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite.
- Após as mamadas, enxaguar os mamilos, secá-los bem e mantê-los arejados;
- Não utilizar protetores mamilares;
- Orientar a puérpera a realizar a troca de sutiã diariamente ou mais vezes ao dia, se necessário;
- As chupetas e bicos, se utilizados, se não for possível eliminá-los, devem ser fervidos uma vez ao dia por 20 minutos;
- Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase;
- Prescrever para a criança: Nistatina solução oral – passar na mucosa oral da criança 1 conta -gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias;
- Prescrever para a puérpera: uso tópico de Nistatina, Clotrimazol, Miconazol, ou Cetoconazol por 14 dias, após cada mamada. Orientar a mãe a retirar delicadamente a pomada antes da mamada para não deixar a pele escorregadia. Estas medicações são compatíveis com a amamentação;
- Se o tratamento tópico falhar, encaminhar para consulta médica.

8.4. Fenômeno de Raynaud (GARCIA, 2019)

Trata-se de uma isquemia intermitente que pode acometer os mamilos.

- **Principais causas:** frio excessivo, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante;
- **Sinais e sintomas:** os mamilos ficam pálidos inicialmente, em seguida podem tornar-se cianóticos e posteriormente, avermelhados pelo déficit de irrigação sanguínea. A mulher refere dor antes, durante e após a mamada em “fisgadas” e em queimação, o que pode ser confundido com candidíase.
- Orientar o uso de compressas mornas exclusivamente no mamilo para o alívio da dor. Porém deve-se avaliar o risco em relação ao ingurgitamento mamário e mastite;
- Prescrever analgésico sistêmico, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas;
- Caso não ocorra melhora do quadro, encaminhar para consulta médica

8.5. Presença de sangue no leite (GRACIA, 2019)

Fenômeno causado pelo rompimento de capilares devido ao aumento súbito da pressão osmótica intra-alveolar na fase inicial da apojadura.

- Orientar que é um fenômeno transitório (primeiras 48 horas) e a melhora acontece após o esvaziamento das mamas com ordenha manual;
- Ocorre com mais frequência em mulheres acima de 35 anos e primíparas adolescentes.

8.6. Hipogalactia (baixa produção de leite) (GRACIA, 2019)

- A mãe pode estar insegura e sofrendo pressão de pessoas próximas, que traduzem o choro do bebê e as mamadas frequentes (inerentes ao comportamento normal em recém-nascidos) em sinais de fome;
- A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro;

- A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome;
- Crianças que recebem suplemento, sugará menos o peito e, como consequência, haverá menor produção de leite.
- Orientar a mãe que a descida do leite costuma ocorrer entre o 2º e 3º dia pós parto, antes disso, a mulher produz em média 40 à 160 ml de colostro nas primeiras 48hs, quantidade suficiente para saciar a fome do RN;
- Orientar que o volume de leite produzido na lactação varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz em média 800 a 1.000 ml de leite por dia;
- Observar os sinais do bebê quando há insuficiência de leite: ficar inquieto na mama, chorar muito, querer mamar com muita frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas.

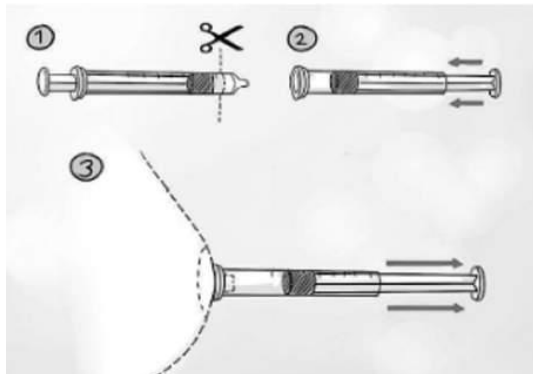
Observar:

- Ganho de peso que deve ser maior ou igual a 20g/dia;
- Número de micções: no mínimo 6 a 8 vezes ao dia;
- Sinais clínicos de desidratação: turgor da pele diminuído, fontanela deprimida;
- Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados;
- Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
- Após a mamada, ordenhar o leite residual;
- Aumentar ingestão de líquidos;
- Contraindicar consumo de álcool;
- Estimular que a puérpera descanse, se possível, acionar rede de apoio;
- Caso estas medidas não tenham êxito, orienta-se realizar a relactação;
- Caso estas medidas não farmacológicas não funcionem pode ser útil o uso de galactogogos;
- O Enfermeiro poderá prescrever domperidona 10 a 20 mg, 3 a 4 vezes ao dia, por 3 a 8 semanas (BRASIL, 2015). A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.

8.7. Mamilos planos ou invertidos

Podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois grande parte dos RNs fazem o “bico” com a aréola.

- Promover a confiança e empoderar a mãe;
- Ajudar a mãe a favorecer a pega correta;
- Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;



- Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, com estímulo (toque) do mamilo, utilização de seringa de 10 ml ou 20 ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada);
- Recomenda-se esta técnica antes das mamada se nos intervalos se assim a mãe o desejar;
- O mamilo deve ser mantido em sucção por cerca de 30 a 60 segundos ou menos, se houver desconforto

8.8. Bebê que não suga ou tem sucção fraca

Possíveis causas:

- Presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar em determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo);
 - Pressão na cabeça do bebê ao ser apoiado;
 - Não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem manter a pega;
 - Não abre a boca suficientemente;
 - Alguma diferença entre as mamas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento);
 - Mãe com dificuldade para posicioná-lo adequadamente em um dos lados.
-
- Orientar a ordenha manual para estimular a mama, em média 5 vezes ao dia;
 - Suspender o uso de chupeta ou mamadeira;
 - Estimular o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e mole;
 - Mudar a posição da mamada como por exemplo a posição invertida, onde o bebê é apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, a mão da mãe apoia a cabeça da criança, e o corpo da criança é mantido na lateral, abaixo da axila;
 - Agendar retorno do RN na unidade para avaliar ganho de peso.

8.9. Demora na descida do leite

A apojadura normalmente ocorre em média 30 horas após o parto, podendo estender este tempo no parto cesárea.

- Estimular a autoconfiança da mãe;
- Orientar medidas de estímulo como sucção frequente do bebê e a ordenha;
- Realizar a **relactação** que consiste em uma sonda conectada a um recipiente (pode ser um copo ou pote) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira, o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado

8.10. Freio lingual curto

- Trata-se de uma anomalia congênita em que o freio lingual restringe os movimentos da língua;
- Prejudica a capacidade do bebê em fazer e manter a pega, causando dor e traumas mamilares.

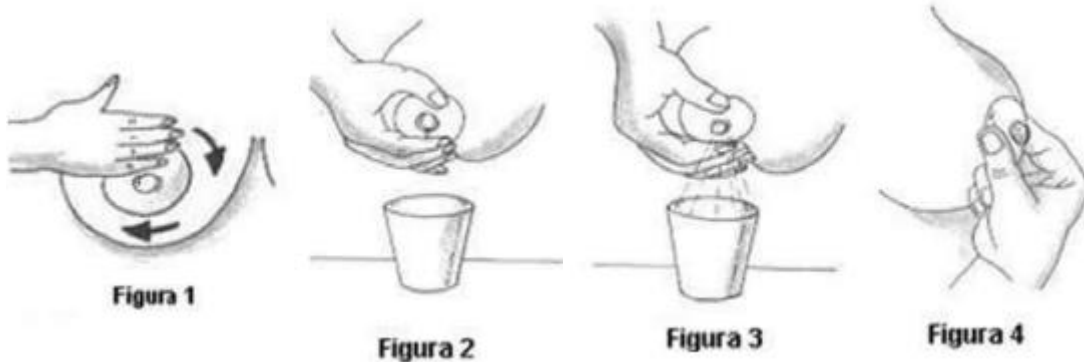
8.11. Mamas ingurgitadas

Na maioria das mulheres, acontece do 3º ao 5º dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (com pele brilhante) e, às vezes, avermelhadas. Nestas situações, a mulher também pode apresentar febre. Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para a amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.

Acontece geralmente entre o 3º e 5º dia após o parto, entretanto pode ocorrer em qualquer fase da lactação (GARCIA, 2019);

- **Ingurgitamento Fisiológico:** Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade;
- **Ingurgitamento Patológico:** Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas edemaciadas e brilhantes.

- Realizar e orientar a massagem (delicada) particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite e ordenha manual conforme Fig. 1, 2 e 3;
- Orientar a testar a flexibilidade da aréola antes da mamada e caso esteja tensa, proceder a massagem e a ordenha do complexo mamilo-areolar (Fig. 4);



- Uso de sutiã com alças largas e firmes;
- Mamadas frequentes em livre demanda;
- Prescrever para a puérpera, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas;
- Em situações de maior gravidade, realizar compressas frias de 2 em 2 horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote (aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local) (BRASIL, 2016);
- Agendar retorno na unidade de saúde

8.12. Mastite

É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, é unilateral e pode ser consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado. Tal situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível. De igual forma, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas (BRASIL, 2013)

Ocorre geralmente entre a 2ª e 3ª semanas após o parto.

Mastite não infecciosa: Caracterizada por dor, edema, hiperemia, calor local, drenagem de leite sem pus.

Mastite infecciosa: Além dos sinais e sintomas da mastite não infecciosa, ocorre drenagem de leite com pus e febre alta ($>38^{\circ}\text{C}$), calafrios e mal-estar. O sabor do leite materno pode ter alteração, tornando-se mais salgado (GARCIA, 2019).

- Orientar a mulher como fazer a massagem e a ordenha manual;
- Identificar junto com a mãe a causa que provocou a estagnação do leite;
- Suspender a ordenha manual apenas com o desaparecimento dos sinais e sintomas;
- Agendar retorno na unidade. Realizar e orientar a massagem bem como testar a flexibilidade da aréola antes da mamada

8.13. AMAMENTAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS (Garcia, 2009)

Nova gravidez

Se for o desejo da mulher e se não houver intercorrências na gravidez, é possível manter a amamentação em uma nova gravidez, exceto em casos de ameaça de aborto, quando a amamentação deve ser interrompida. No entanto, muitas crianças interrompem a amamentação espontaneamente quando a mãe engravida, pela diminuição da produção de leite, alteração do sabor (mais salgado, por maior conteúdo de sódio e menor concentração de lactose), perda do espaço destinado ao colo com o avanço da gravidez e aumento da sensibilidade dos mamilos.

Gemelaridade

Mecanismos fisiológicos podem adaptar a produção de leite às necessidades nutricionais dos lactentes, ou seja, mãe de gêmeos pode dobrar sua produção de leite. Os bebês podem ser amamentados simultaneamente ou separadamente. É importante que a mãe não estipule uma mama específica para cada criança, pois pode ocasionar diferença no tamanho das mamas, uma vez que a criança mais vigorosa estimulará mais a mama que a outra. Porém, para facilitar o processo de amamentação, pode-se alternar os bebês e as mamas a cada 24 horas. Nesse caso, o bebê “A” inicia todas as mamadas do dia em uma determinada mama e, no dia seguinte, inicia as mamadas na outra mama. Muitas mães gostam desse método por acharem mais fácil lembrar quem mamou, onde e quando (BRASIL, 2015).

Crianças com malformações orofaciais

As principais dificuldades relatadas pelas mães de bebês com malformações orofaciais são: dificuldade de pega, sucção fraca, refluxo de leite pelas narinas, engasgos do bebê, ganho de peso insuficiente, pouco leite, ingurgitamento mamário e trauma mamilar. Tais dificuldades podem ser minimizadas com:

- Oclusão da fenda com o dedo da mãe, durante a mamada;
- Aplicação de compressas mornas nas mamas para facilitar a saída do leite;
- Posicionamento do mamilo em direção ao lado oposto à fenda;
- Utilização da posição semi-sentada para o bebê, para evitar refluxo de leite pelas narinas.

8.14. Contraindicações da amamentação:

Neonatais:

- alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade.

Maternas:

- mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento,
- mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento. mulheres HIV+ ou HTLV+

O Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) recomenda (BRASIL, 2022):

- Não amamentar RN com IG <32 semanas ou peso ≤1,5kg. Ofertar preferencialmente leite materno pasteurizado e, na ausência deste, fórmula artificial.
- No RN de termo, deve-se recomendar a amamentação, mas a paciente deve ser informada de que pode haver doença sintomática no RN

OBS: Suspender o aleitamento Mulheres portadoras de HIV/HTLV:

- ✓ O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é elevado (entre 7% a 22%) e renova-se a cada exposição (mamada). A transmissão ocorre tanto pelas mães sintomáticas quanto pelas assintomáticas.

- ✓ O risco de transmissão do HTLV1 e do HTLV2 (vírus linfotrófico humano de células T) pela amamentação é variável e bastante alto, sendo mais preocupante pelo HTLV1
- ✓ Após o parto, a lactação deverá ser inibida mecanicamente (enfaixamento das mamas ou uso de sutiã apertado) e recomenda-se o uso da cabergolina como inibidor de lactação, respeitando-se as suas contraindicações. A amamentação cruzada (aleitamento da criança por outra nutriz) está formalmente contraindicada.
- ✓ A criança deverá ser alimentada com fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida, além de necessitar posteriormente da introdução de outros alimentos, conforme orientação do “Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses Que Não Podem Ser Amamentadas” (BRASIL, 2004).

Quadro 7: Situações que podem restringir o aleitamento materno

Contraindicações	Suspensão temporária
Mães infectadas pelo HIV, HTLV1, HTLV2, independente da carga viral - verificar se a mãe foi medicada e se permanece com enfaixamento da mama para supressão do leite.	Sífilis: Não há evidências de transmissão pelo leite humano, sem lesões de mama. Entretanto a nutriz com sífilis primária ou secundária com a mama acometida pode infectar a criança pelo contato das lesões com as mucosas. Se as lesões estão nas mamas, sobretudo na aréola, amamentação ou uso de leite ordenhado está contraindicado até o tratamento e a regressão das lesões. Com 24 horas após o tratamento com penicilina, o agente infeccioso (espiroqueta) raramente é identificado nas lesões. Assim, não há contraindicação à amamentação após o tratamento adequado (LAMOUNIER <i>et. al</i> , 2004).
Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação: Alguns fármacos são considerados contraindicados absolutos como por exemplo: Ganciclovir, Amiodarona, Fenindiona, Cabergolina, entre outros (BRASIL, 2016)	Infecção por Herpes: quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
Criança portadora de galactosemia (distúrbio metabólico. Causa uma deficiência ou falta de uma enzima chamada galactose), doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.	Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele 5 dias antes do parto ou até 2 dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber imunoglobulina humana antivaricela zoster (Ighavz), disponível nos centros de referência de imunobiológicos especiais (CRIES), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.
	Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.

Quadro 8: Uso de drogas e período recomendado para a interrupção da amamentação

Droga	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina e ecstasy	24 - 36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína e crack	24 horas
Etanol	1 hora por dose
Heroína e morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	1 - 2 semanas

Não contraindica a lactação (GARCIA, 2019)

- **Tuberculose:** recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o RN deve receber isoniazida na

dose de 10 mg/kg/dia por três meses (prescrição médica);

- **Hanseníase:** por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;
- **Hepatite B:** a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;
- **Hepatite C:** a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;
- **Dengue:** há no leite materno um fator protetor que protege a criança;
- **Tabagismo:** os benefícios do leite materno para a criança superam os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. Contudo, o profissional de saúde deve buscar desencorajar o uso de tabaco pela mãe, alertando sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a possível diminuição da produção e da ejeção do leite. Para reduzir danos à criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a fumar após as mamadas e a não fumarem no ambiente em que a criança se encontra;
- **Consumo de álcool:** assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerir álcool. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3g/kg de peso pode reduzir a produção láctea. O álcool pode modificar o odor e o sabor do leite materno, levando à recusa pelo lactente.

Aleitamento materno e covid-19 (BRASIL, 2022)

Não há contraindicação formal ao aleitamento materno, desde que sejam instituídas medidas que garantam a proteção tanto da mãe quanto a do RN.

Medidas preventivas gerais para pacientes assintomáticas

- Orientar o uso de máscara cobrindo nariz e boca durante todo o tempo de amamentação.
- A máscara deve ser trocada em caso de espirro ou tosse ou a cada nova mamada.
- Orientação para higienização das mãos por pelo menos 20 segundos antes de pegar no RN ou de manipular mamadeiras e bombas de leite, quando for necessário.
- Evitar falar durante as mamadas.
- Evitar que o bebê toque o rosto da mãe, especialmente boca, nariz, olhos e cabelos.
- se for usada extração de leite, todo o equipamento deve ser limpo com água e sabão antes e depois do uso.

QUESTÕES

9. (EBSERH – AOCP 2015) Em relação às dificuldades com o aleitamento materno, assinale a alternativa INCORRETA.
- (A) Recomenda-se tratar as fissuras com pomadas específicas ou cascas de banana. O banho de sol deve ser evitado, pois é importante manter as mamas sempre úmidas.
- (B) Na presença de mastite, a amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível. De igual forma, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.
- (C) As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (com pele brilhante) e, às vezes, avermelhadas. Nestas situações, a mulher também pode apresentar febre.

- (D) Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para a amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente.
- (E) A mastite é um processo inflamatório ou infeccioso, geralmente é unilateral e pode ser consequente de um ingurgitamento indevidamente tratado.
10. (EBSERH 2017) Puérpera chega à unidade, com seu bebê de colo com um mês de vida, reclamando de muita dor na mama direita já há 10 dias. Refere conseguir amamentar apenas na mama esquerda. Ao exame físico, apresenta mama direita dura, com rubor, hiperemia e um processo inflamatório e infeccioso próximo ao mamilo. A partir dessa avaliação, qual é o diagnóstico dessa puérpera?
- (A) Fissura mamária.
(B) Mama ingurgitada.
(C) Mastite.
(D) Mamilo invertido.
(E) Tubérculo de Montgomery

REFERENCIAL

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022 (b).

GARCIA, ROSANA APARECIDA. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde, módulo 1: saúde da mulher** / Rosana Aparecida Garcia ... [et al.]. – São Paulo: COREN-SP, 2019.

Nota Técnica Conjunta das Secretarias de Atenção Primária à Saúde e da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde sobre a **Rede Alyne**, instituída pela Portaria GM/MS nº5.350 e Portaria GM/MS nº5.359 de 12 de setembro de 2024.

Ministério da Saúde. **Linha de cuidado do pré-natal de baixo risco**. Disponível em PR.AST.

GABARITO

1-D	2-C	3-C	4-A	5-D	6-E	7-B
8-D	9-A	10-C				