

## Escola de Saúde e Formação Complementar do Exército



CURSO PREPARATÓRIO  
CPREM | ENFERMAGEM

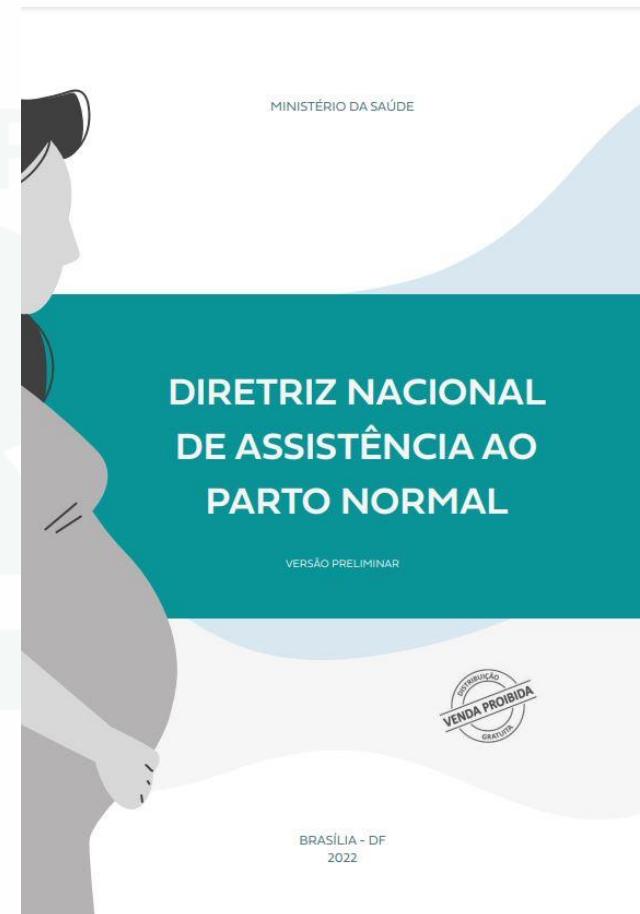


LUCIANE PEREIRA DE ALMEIDA



**Protocolo de Enfermagem  
na Atenção Primária à Saúde  
Módulo 1: Saúde da Mulher**

**Coren<sup>SP</sup>**  
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo



## 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)

# Questões



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 ambulatórios 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).

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 ambulatórios 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).

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

VERSÃO PRELIMINAR



BRASÍLIA - DF  
2022

## Assistência de Enfermagem ao trabalho de parto e parto

## 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.

## 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.



# 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,



## MANEJO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

- Dentre as consideradas de moderado investimento, as principais são aromaterapia,
- acupuntura,
- yoga,
- injeção de água estéril,
- hipnose,
- biofeedback,
- TENS (*Transcutaneos Eletrical Nerve Stimulation* - Neuroestimulação Elétrica Transcutânea) e
- imersão em água.



O biofeedback usa sensores para monitorar as respostas fisiológicas do corpo e mostrar essa informação ao paciente em tempo real, através de gráficos ou outros indicadores.

Benefícios para Gestantes:

- Preparação para o Parto:
- Incontinência Urinária:
- Alívio de Sintomas comuns a gestação

Utiliza sensores que medem a atividade muscular e mostram na tela a contração e o relaxamento dos músculos, como os do assoalho pélvico.





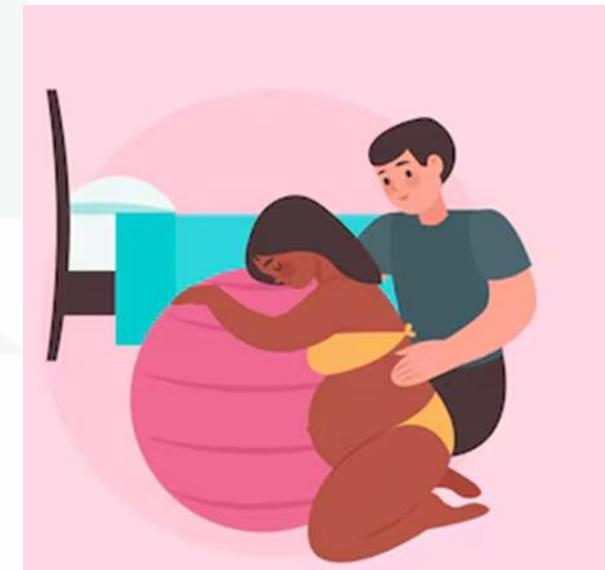
A deambulação e livre movimentação materna é permitida, notadamente no primeiro e segundo período do trabalho de parto.

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.

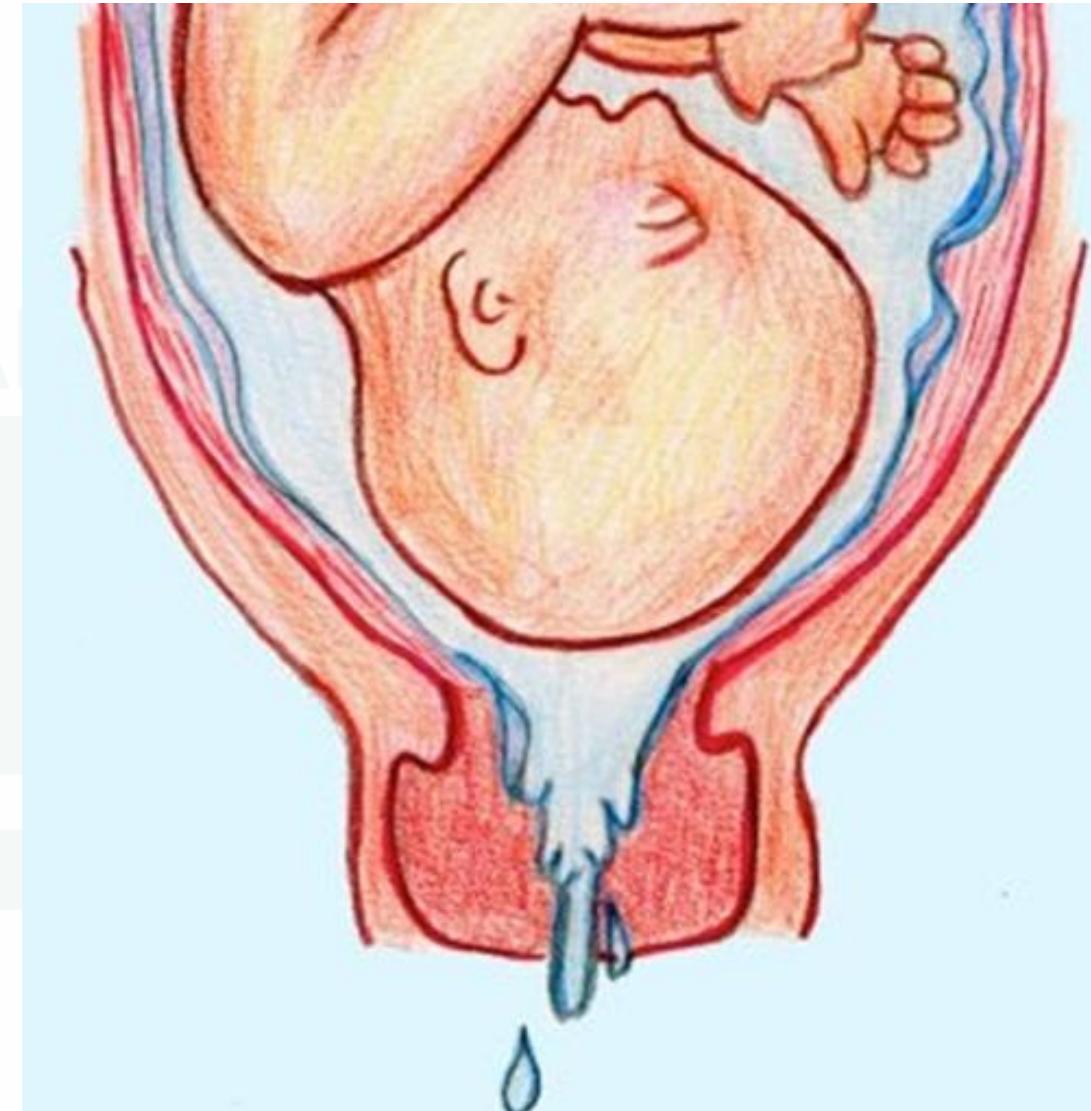
A analgesia farmacológica, de qualquer tipo, é restrita ao ambiente hospitalar.



## 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.

# PERÍODOS CLÍNICOS DO TRABALHO DE PARTO



## 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 multíparas.

## ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO

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 multíparas.



## Duração do primeiro período do parto

Fase ativa do 1º período do parto (fase de dilatação) de 5 cm até a dilatação cervical total:

- geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas,
- geralmente, não se estende além de 10 horas nas multíparas.



## **Políticas na admissão para o parto**

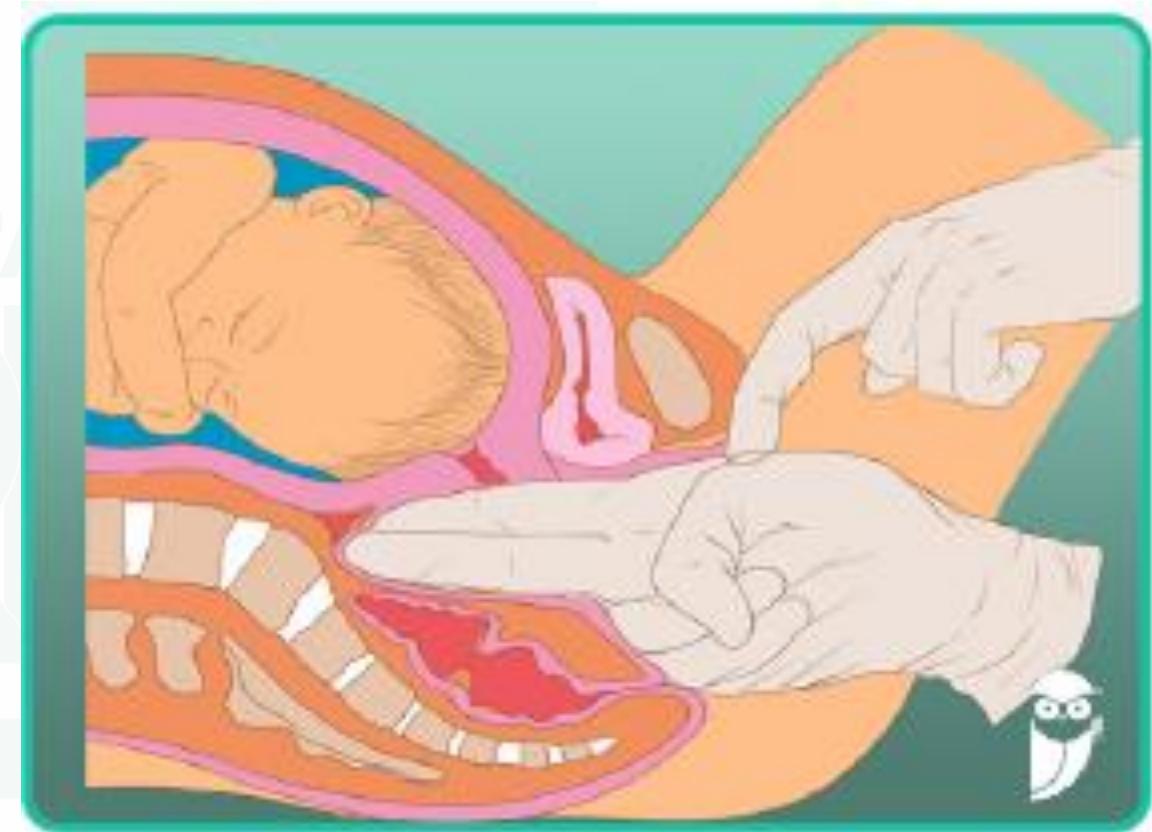
Os planos de parto precisam ser individualizados de acordo com as necessidades e preferências da mulher.

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/pública de rotina antes do parto vaginal não é recomendada.



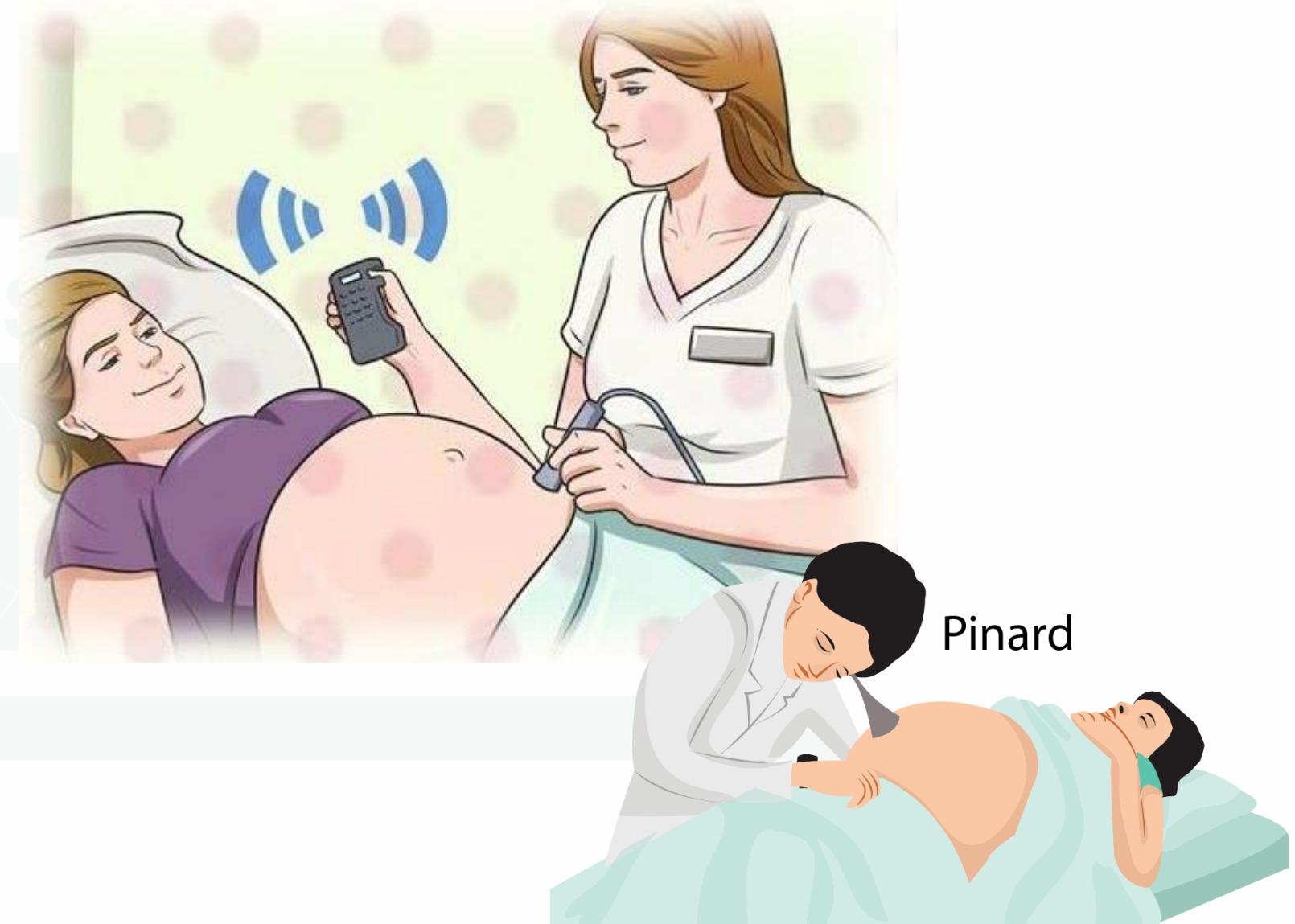
- A administração de um enema na admissão para o parto não é recomendada.
- A pelvimetria clínica de rotina na admissão da parturiente não é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual.





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.

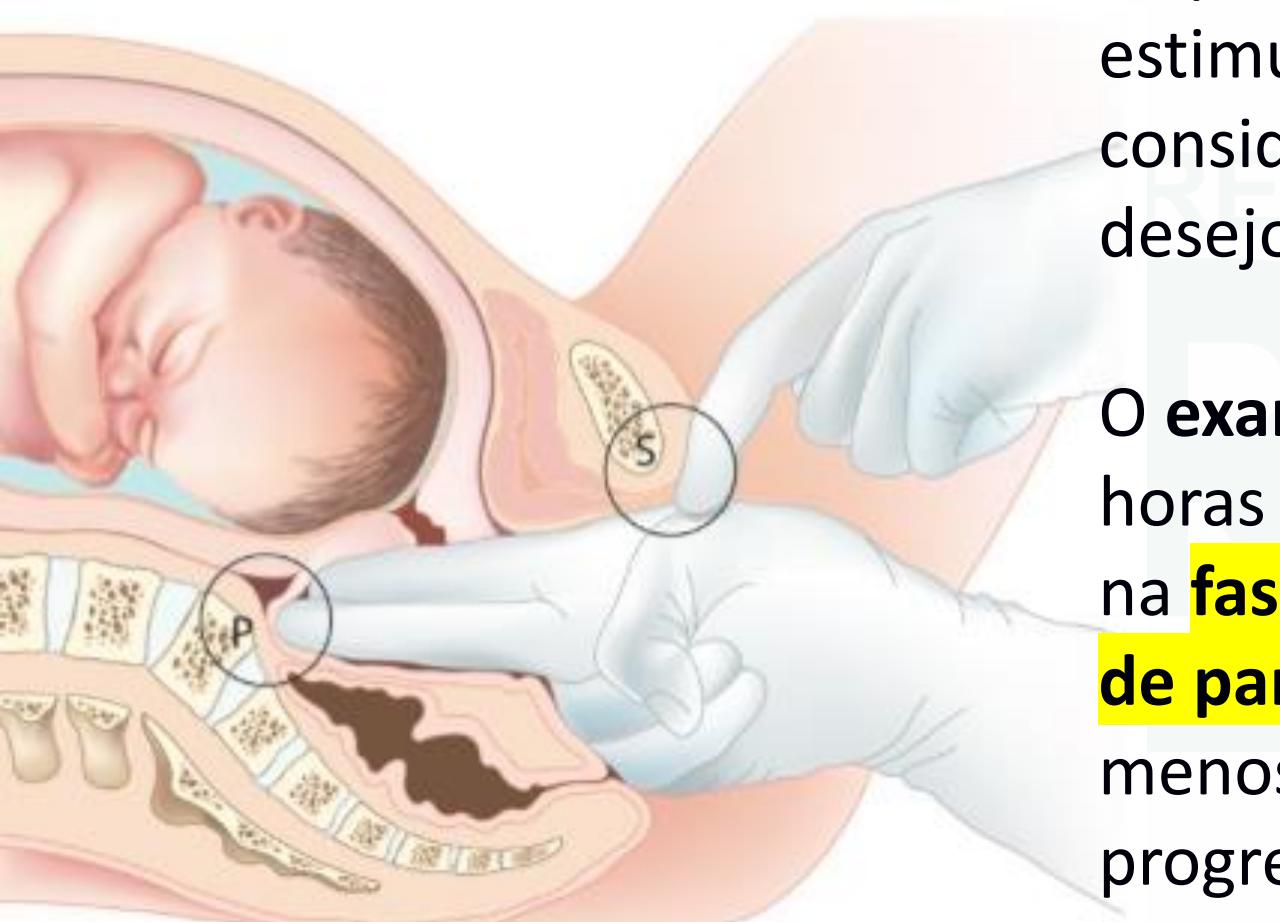
A ausculta pelo ultrassom Doppler ou com o estetoscópio de Pinard é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto.



## 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 4 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

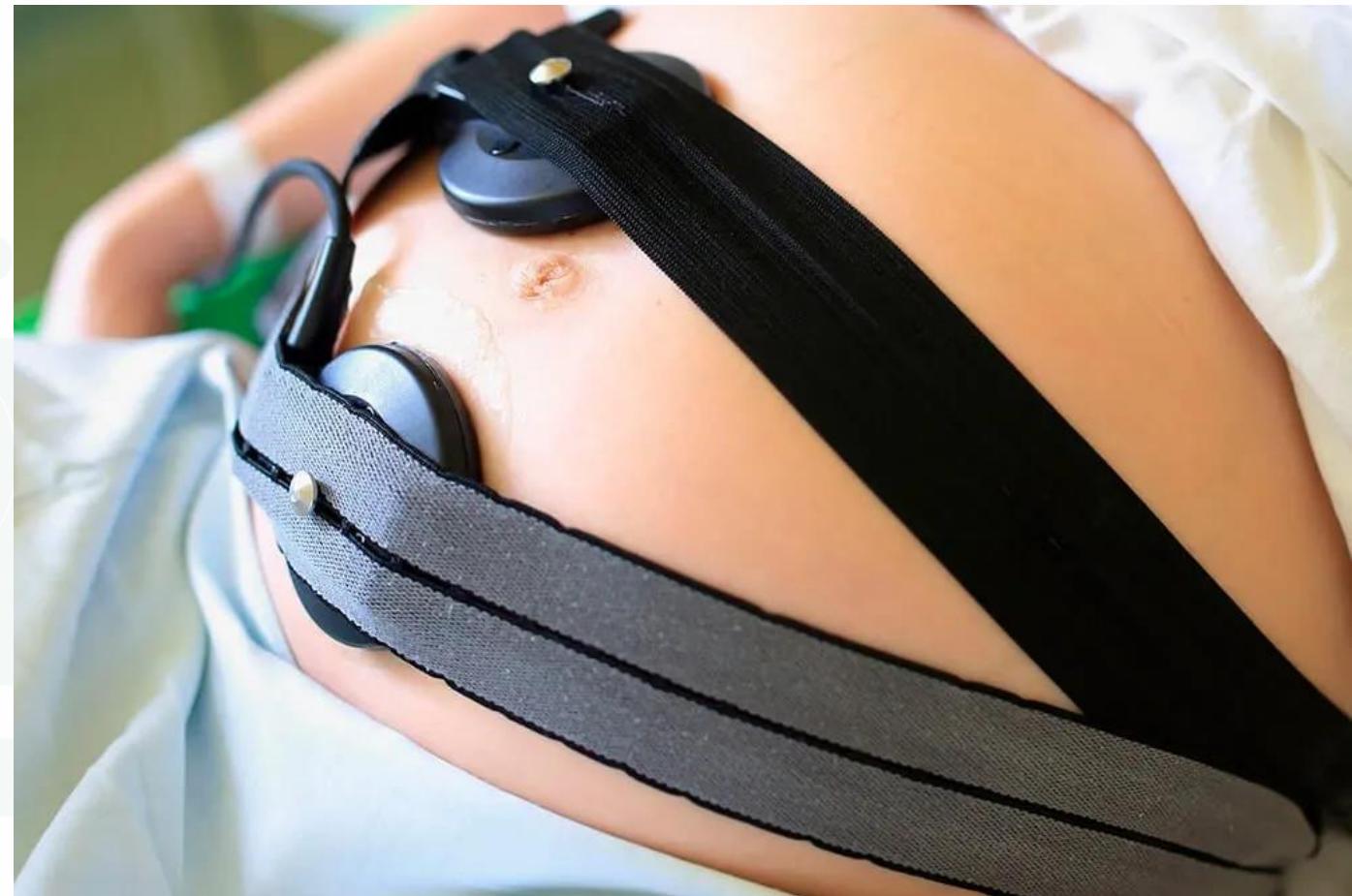


A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com o sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto, atendendo-se ao seguinte:

- 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  $\geq$  150 mmHg OU PA diastólica  $\geq$  100 mmHg em uma única medida;
- c. PA sistólica  $\geq$  140 mmHg OU diastólica  $\geq$  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  $\geq 140$  mmHg ou diastólica  $\geq 90$  mmHg;
- e. Temperatura de  $38^{\circ}\text{C}$  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 meconíio 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 macrossomia;
- o. Suspeita de oligoâmnio ou polidrâmnio;
- p. Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;
- q. Desaccelerações da FCF à ausculta intermitente.

## **Uso do partograma na assistência ao parto**

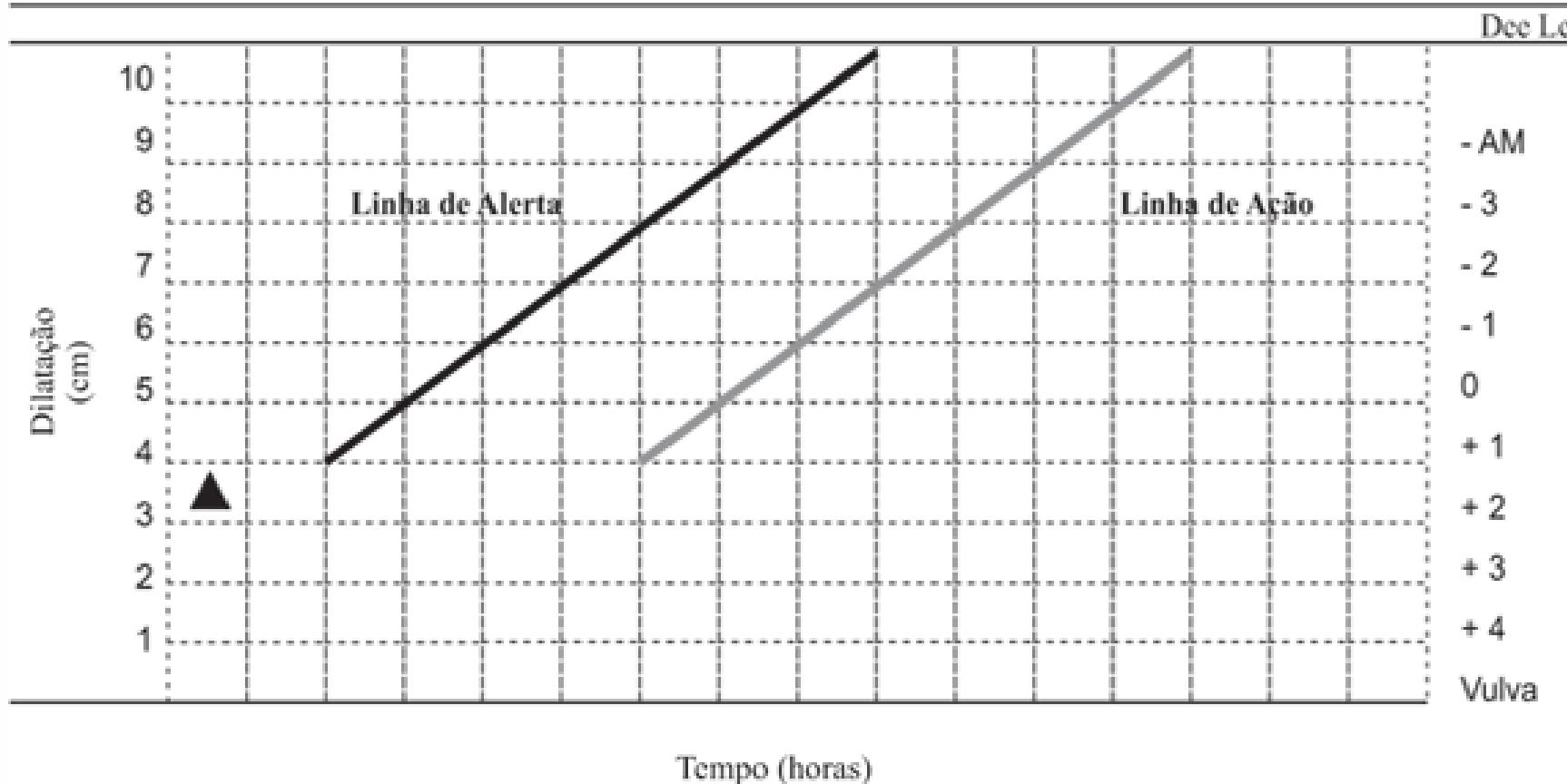
Para parturientes com início de trabalho de parto espontâneo, o limite da taxa de dilatação cervical de 1 cm/hora, durante a fase ativa do primeiro estágio (conforme representado pela linha de alerta do partograma de Philpott) é impreciso para identificar mulheres em risco de resultados adversos no parto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

## ANEXO

### Modelo de partograma com linhas de alerta e de ação.

Nome:

RG:



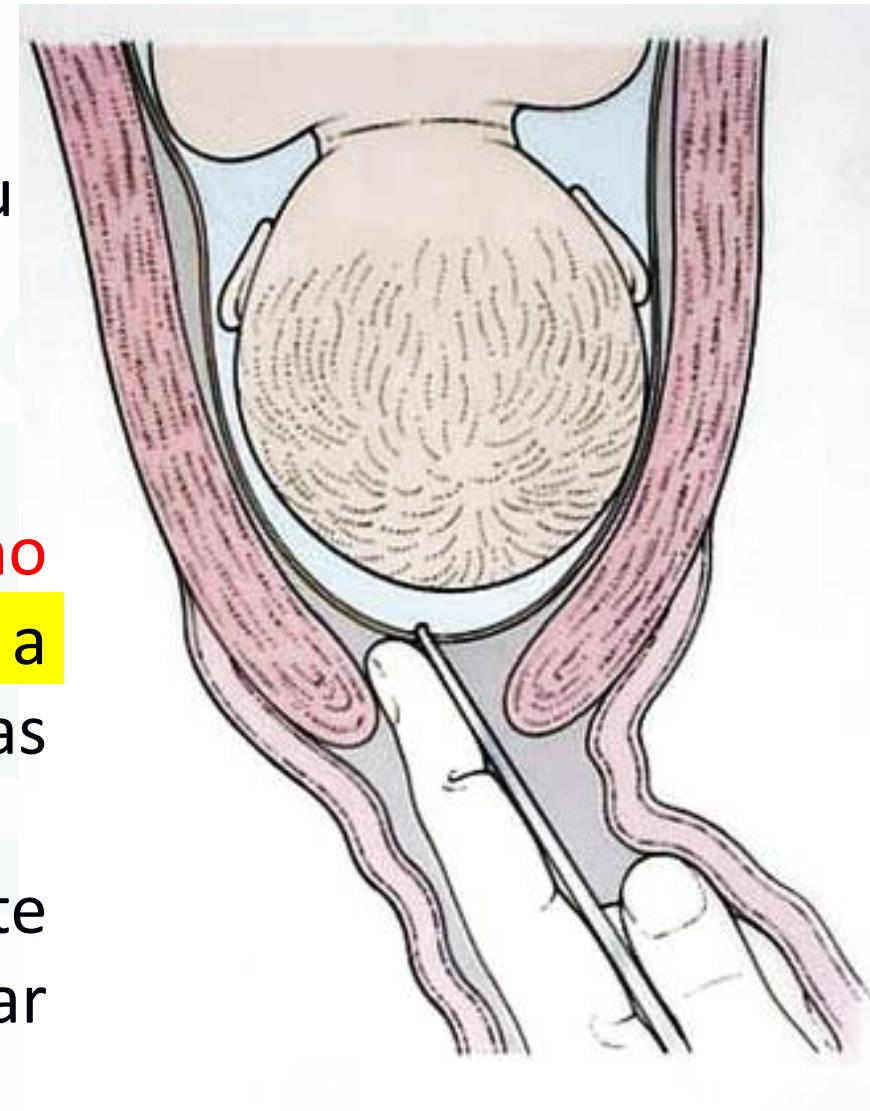
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.

## 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.

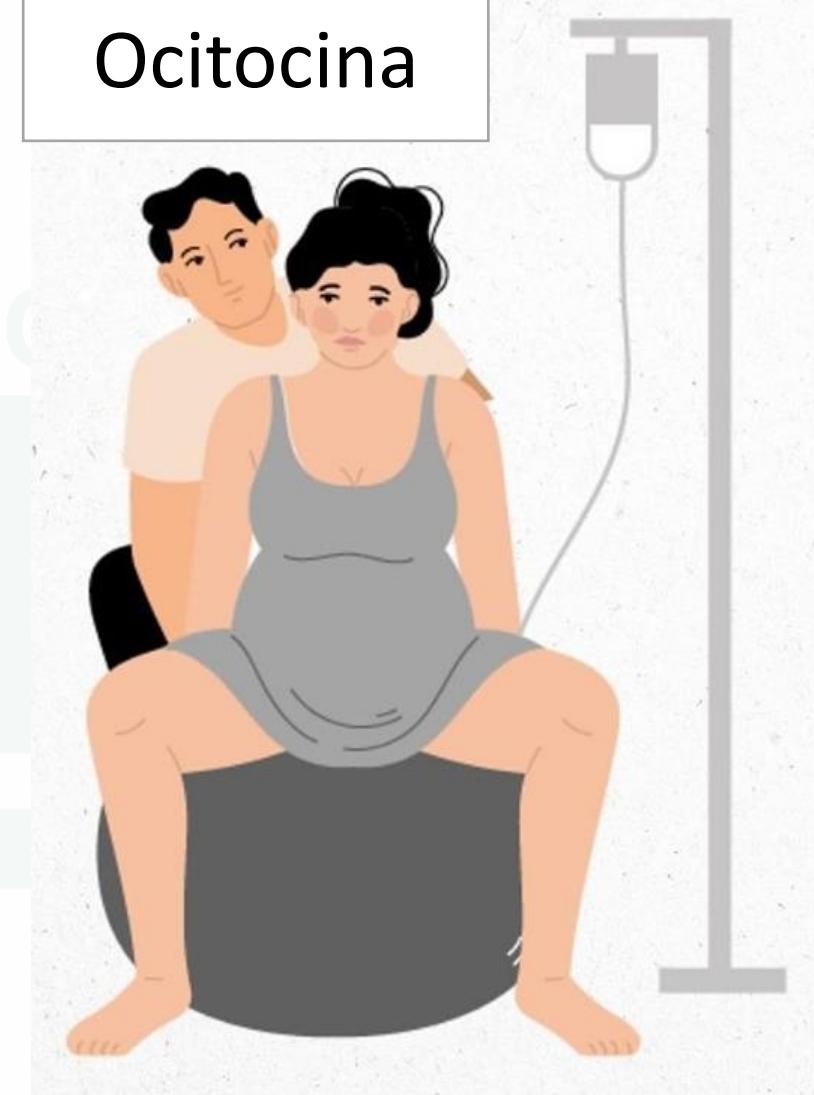


O uso de agentes antiespasmódicos e o uso de oxitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto em mulheres recebendo analgesia peridural não é recomendado.

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.

## Ocitocina



O trabalho de parto pode não acelerar naturalmente até que um limiar de dilatação cervical de 5 cm seja atingido.

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.



## 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 multíparas.

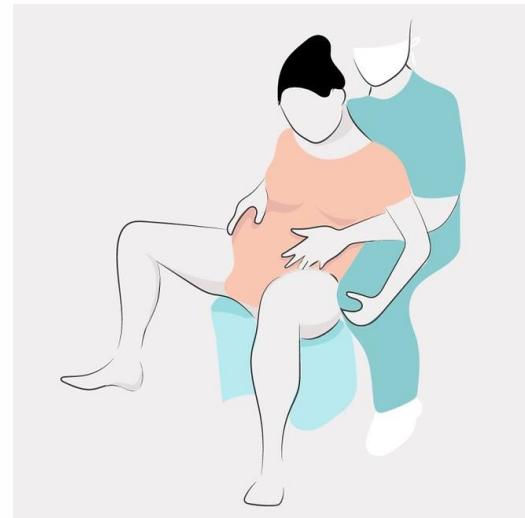
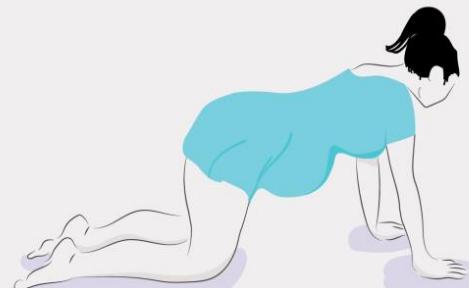
Contudo, nos casos em que a vitalidade fetal e as condições maternas permanecerem dentro dos limites da normalidade, o período expulsivo pode se estender em:

- até duas horas para multíparas,
- até três horas para nulípara, sem analgesia epidural.

# ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

## Posições

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.



## ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

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.

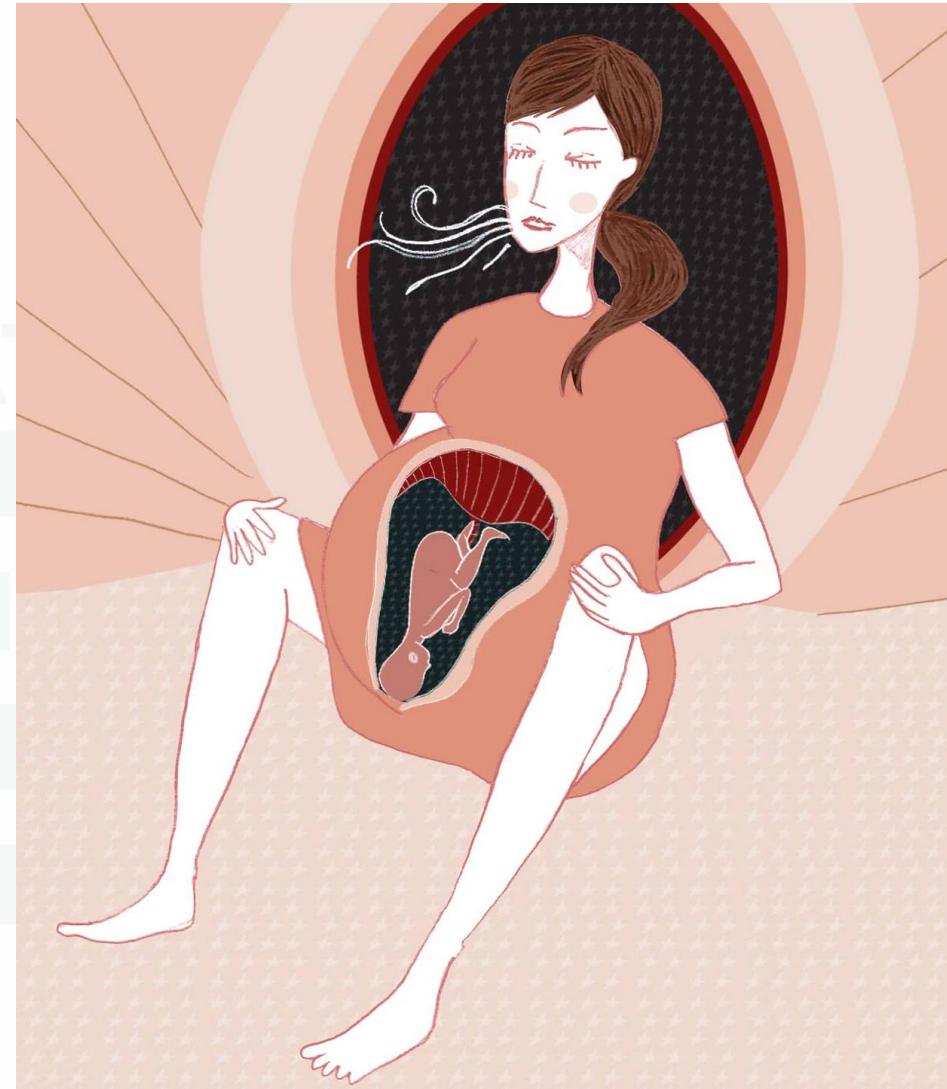


# ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

## Puxos

Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no 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.

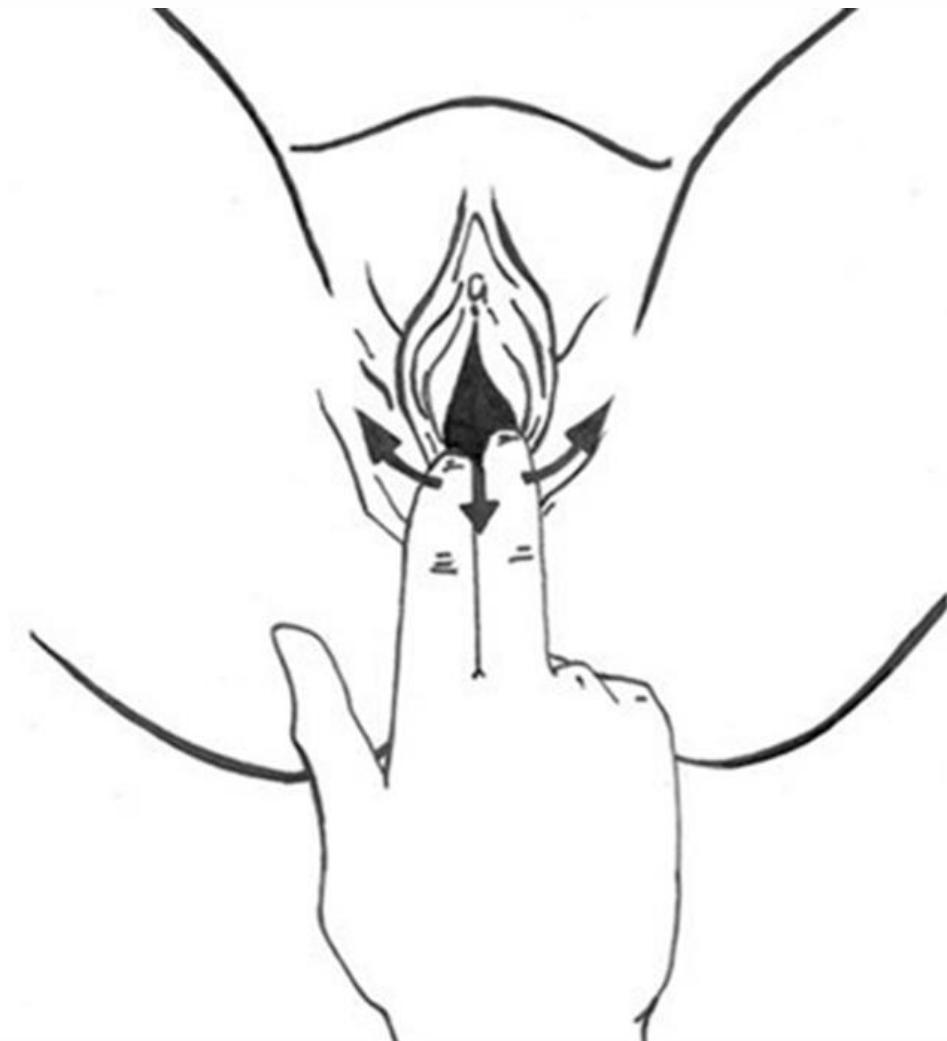


## Cuidados com o períneo

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*,

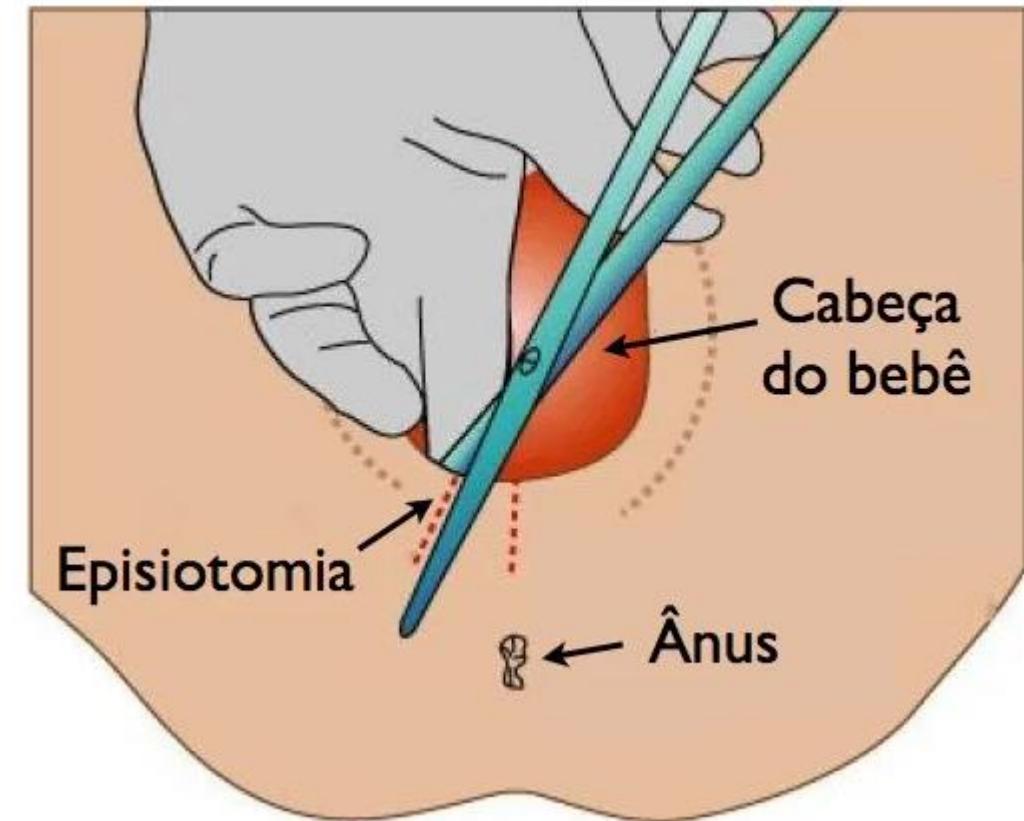
respeitando as preferências da mulher e as opções disponíveis.



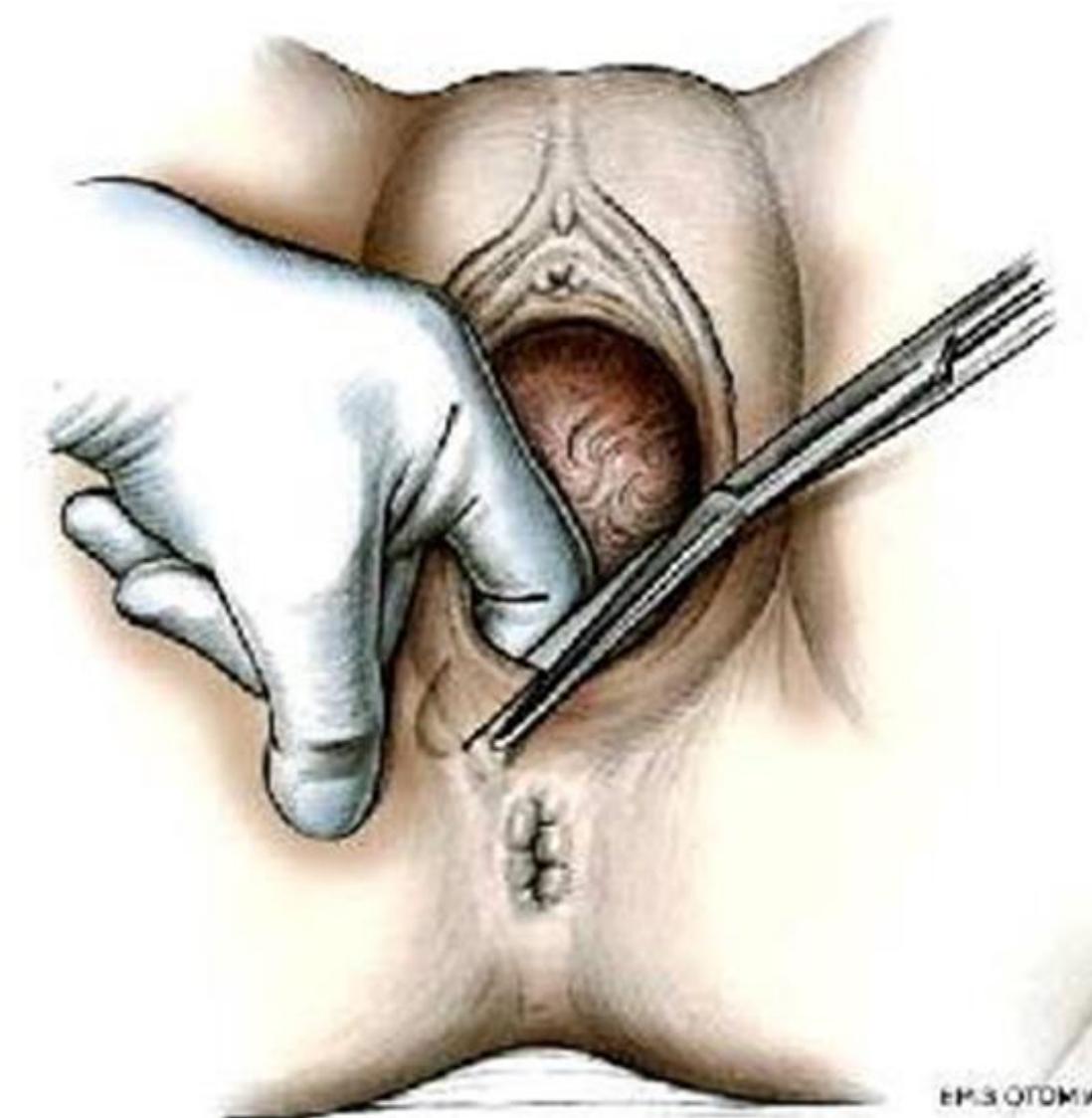
Não realizar episiotomia de rotina na assistência ao parto vaginal.

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.

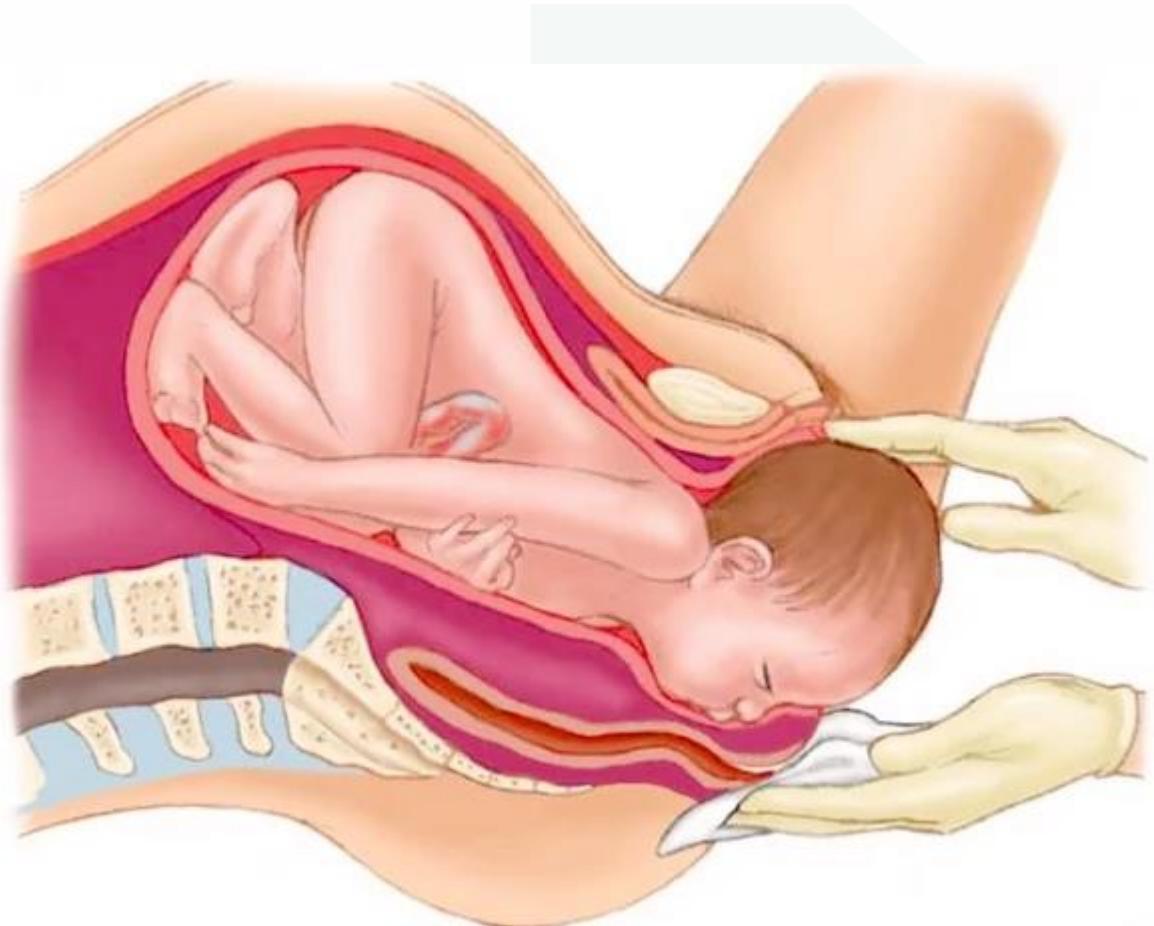


Se uma episiotomia for realizada, recomenda-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.





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.

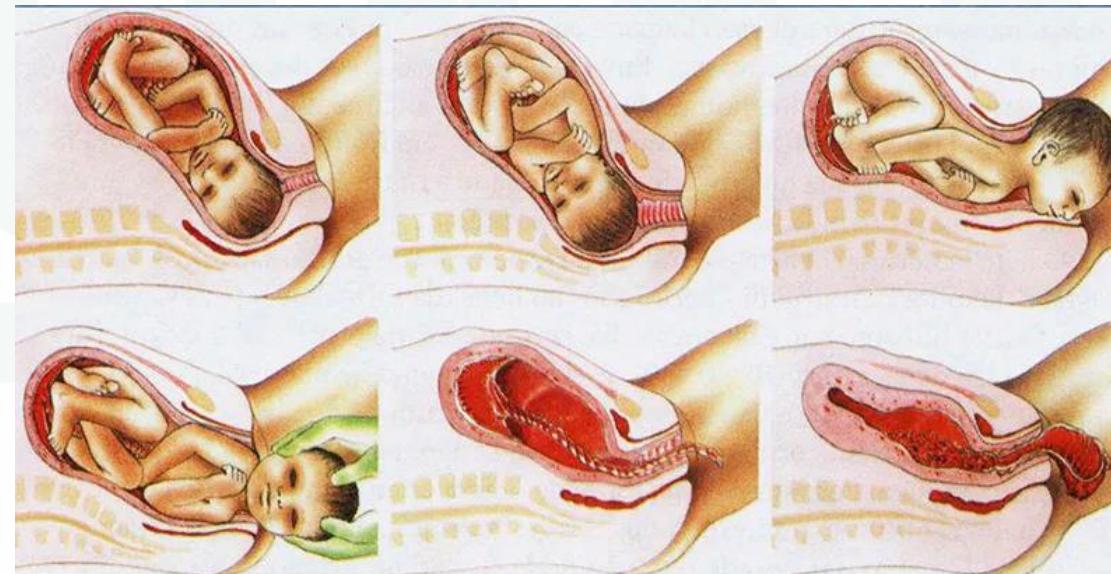
Deve-se evitar uso excessivo de força e de movimentos de tração lateral do feto, pois estas também são causas de trauma perineal.

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



## Assistência no 3º período do parto

O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas. 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 oxitocina (10 UI, IM) é o medicamento de escolha.

A injeção de oxitocina 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.

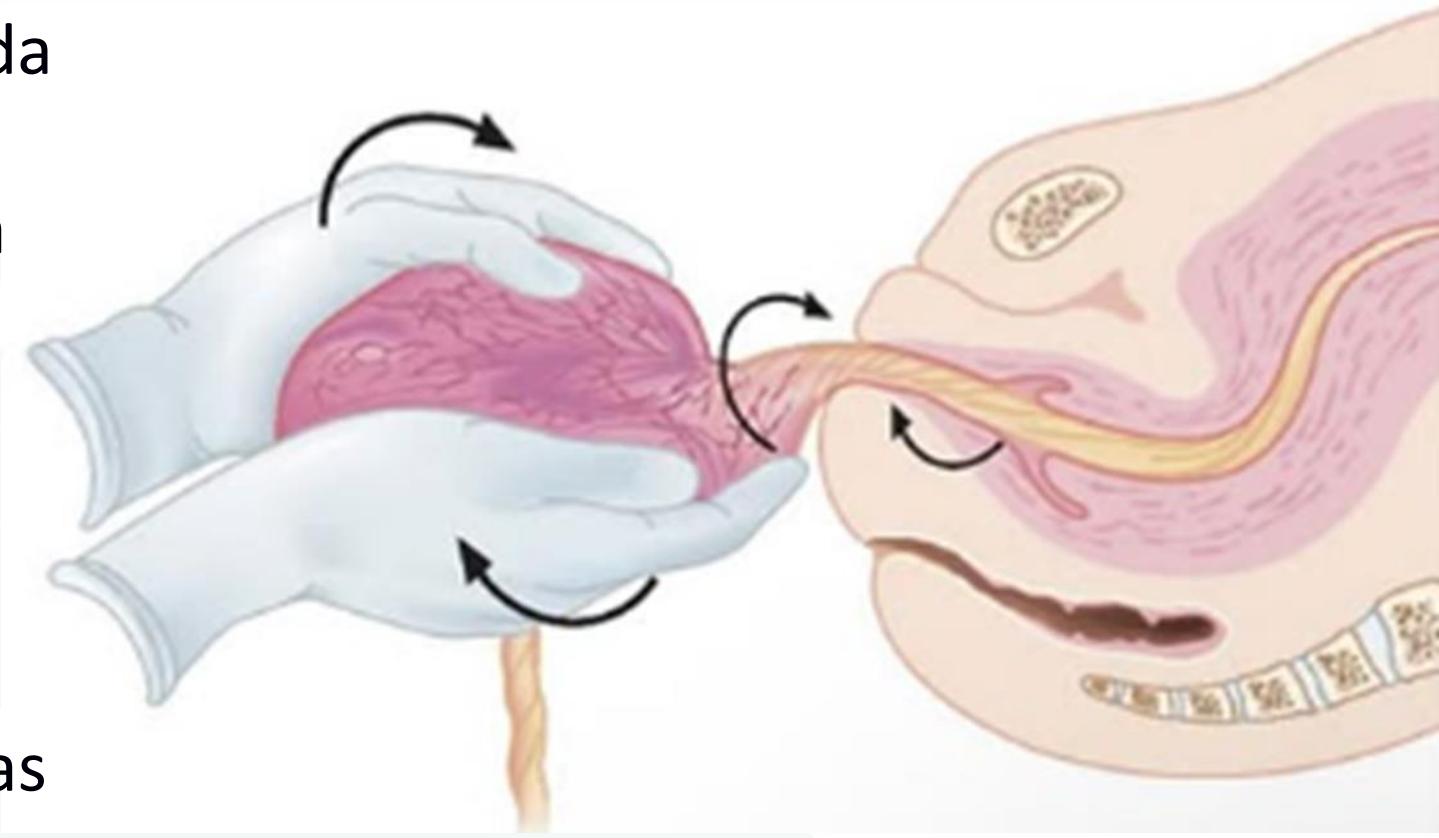
Adiar o clampeamento do cordão umbilical ao menos 60 segundos para recém-nascidos prematuros com menos de 34 semanas.



Tempo / segundos

## 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



(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 oxitocina, 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.

(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.

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.

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.

## HEMORRAGIA PÓS-PARTO

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 (Tônis, Trauma, Tecido e Trombina)

"4Ts"	Causa específica
Tônis	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
<b>ATONIA UTERINA</b>	Distensão uterina Exaustão uterina Infecção intrauterina Distorção uterina anatômica Placentação anormal Medicação relaxante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polihidramnio</li> <li>• Gemelidade</li> <li>• Macrossomia Multiparidade</li> <li>• Anemia</li> <li>• Parto taquítico</li> <li>• Trabalho de parto prolongado</li> <li>• Indução/condução do parto com uterotônicos</li> <li>• Cesariana</li> <li>• Febre intraparto</li> <li>• Rotura de membranas por tempo prolongado Miomatose</li> <li>• Anomalias uterinas</li> <li>• Placenta prévia</li> <li>• Anestésicos halogenados</li> <li>• Nitroglicerina</li> </ul>

# 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"> <li>● Dequitação incompleta da placenta</li> <li>● Parto prematuro</li> <li>● Diagnóstico/suspeita de acretismo placentário</li> <li>● Cirurgias uterinas prévias (cesarianas, miomectomias, curetagens)</li> <li>● Multiparidade</li> <li>● Diagnóstico antenatal lobo acessório ou placenta sucenturiada</li> </ul>

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

Categoria 4Ts	Mecanismos	Fatores de risco
TRAUMA	<p>Lacerações cervicais, vaginais, uretrais, parauretrais e perineais</p> <p>Hematomas no canal do parto</p> <p>Lacerações na cesariana</p> <p>Rotura ou deiscência uterina</p> <p>Inversão uterina</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto taquítico</li> <li>• Parto operatório Episiotomia</li> <li>• Manobras obstétricas</li> <li>• durante extração fetal Extração de polo cefálico insinuado</li> <li>• Cirurgia uterina anterior Apresentações anômalas</li> <li>• Cesariana de emergência</li> <li>• Uso de uterotônicos em útero com cicatriz cirúrgica prévia (cesariana, miomectomias)</li> <li>• Hipercontratilidade uterina</li> <li>• Manobra de Kristeller</li> <li>• Multiparidade</li> <li>• Placenta fúnica</li> <li>• Retenção placentária</li> <li>• Manobras de Credé</li> <li>• Tração excessiva do cordão umbilical</li> </ul>

# Fatores de risco para HPP relacionados a coagulopatias

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

**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"><li>▪ Manejo ativo do 3º estágio</li><li>▪ Observação rigorosa por 1-2 horas</li><li>▪ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Manejo ativo do 3º estágio</li><li>▪ Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*</li><li>▪ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Manejo ativo do 3º estágio</li><li>▪ Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*</li><li>▪ Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Identificação</li><li>▪ Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G)</li><li>▪ Tipagem sanguínea</li><li>▪ Hemograma</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Identificação</li><li>▪ Acesso venoso periférico (Jelco 16G)</li><li>▪ Tipagem sanguínea</li><li>▪ Hemograma</li><li>▪ Prova cruzada</li><li>▪ Reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias)</li></ul>

**QUADRO 3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA HPP**

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

# Questões



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/m<sup>2</sup>)
- (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

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.

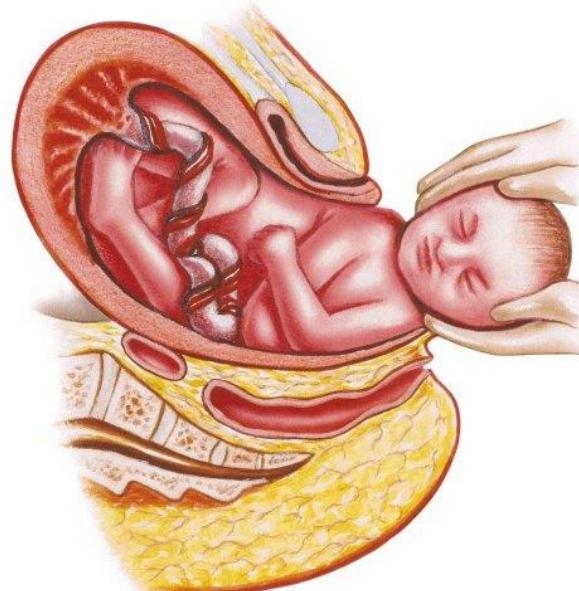
- (A) 500 mL ... 1000 mL ... pré-eclâmpsia leve, cesariana ou cirurgia uterina prévia, obesidade materna (IMC maior que 35 kg/m<sup>2</sup>)
- (B) 500 mL ... 500 mL ... ausência de cicatriz uterina, mais de 3 partos normais, placenta de inserção baixa
- (C) 1000 mL ... 500 mL ... número de partos vaginais 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



# Infecção pelo HIV – transmissão vertical

Fatores relacionados à transmissão

Sem adequados planejamento e seguimento, o risco de TV é de 15% a 45%.



# Quais intervenções diminuem o risco de transmissão vertical?



Realizar intervenções, durante o pré-natal, o parto e a amamentação, que reduzem o risco de TV do HIV para menos de 2%

## **Início da Tarv durante a gestação, sem exposição prévia à Tarv**

- 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  
para início da Tarv na  
gestante (BRASIL, 2022)**

Tenofovir (TDF) +  
Lamivudina (3TC) +  
Dolutegravir (DTG)

**Iniciar DTG após 12  
semanas de gestação.**

## Manejo obstétrico e vias de parto na gestante vivendo com HIV

### Trabalho de parto pré-termo:

- CV for maior que 1.000 cópias/mL
- CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL
- Gestantes em uso de ATV e com supressão da CV sustentada, ou pelo menos CV menor que 1.000 cópias/mL





## **Manejo obstétrico e vias de parto na gestante vivendo com HIV**

Gestante com CV desconhecida ou detectável >  
1000 cop/mL na 34<sup>a</sup> sem

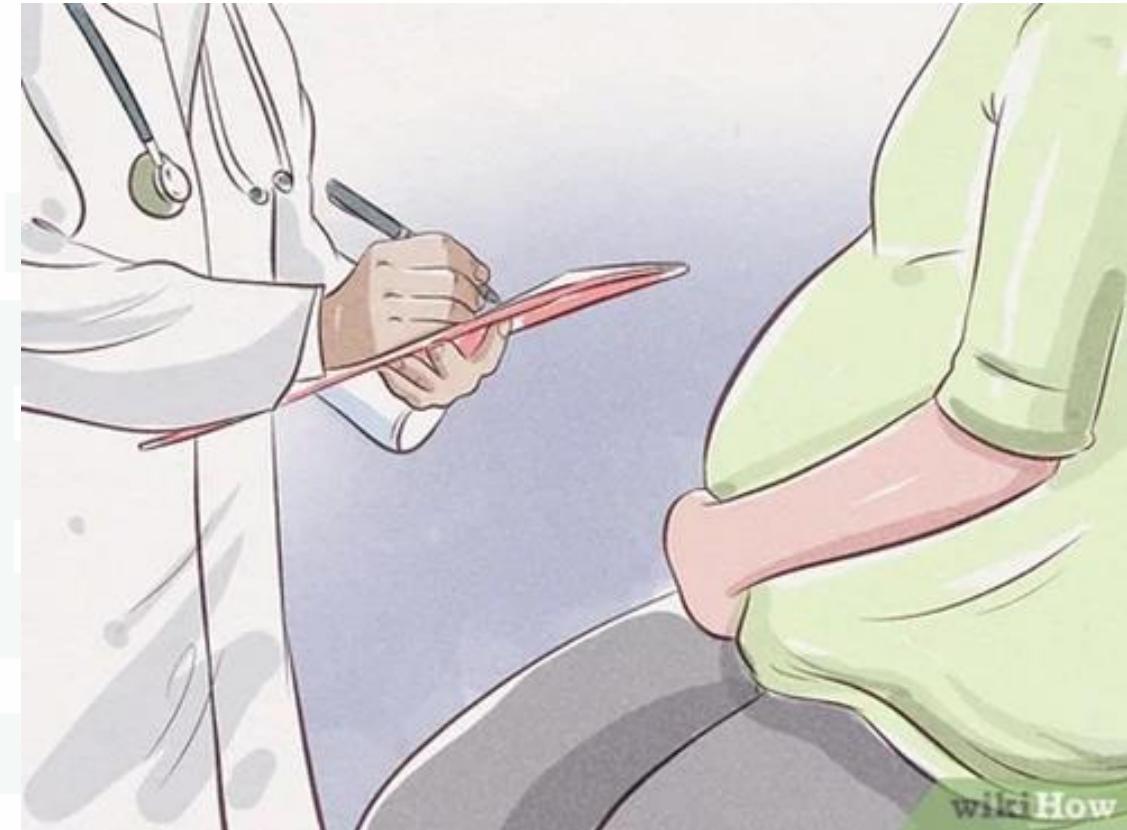
PC, eletivo, empelicado, à partir de 38  
sem

AZT injetável no parto



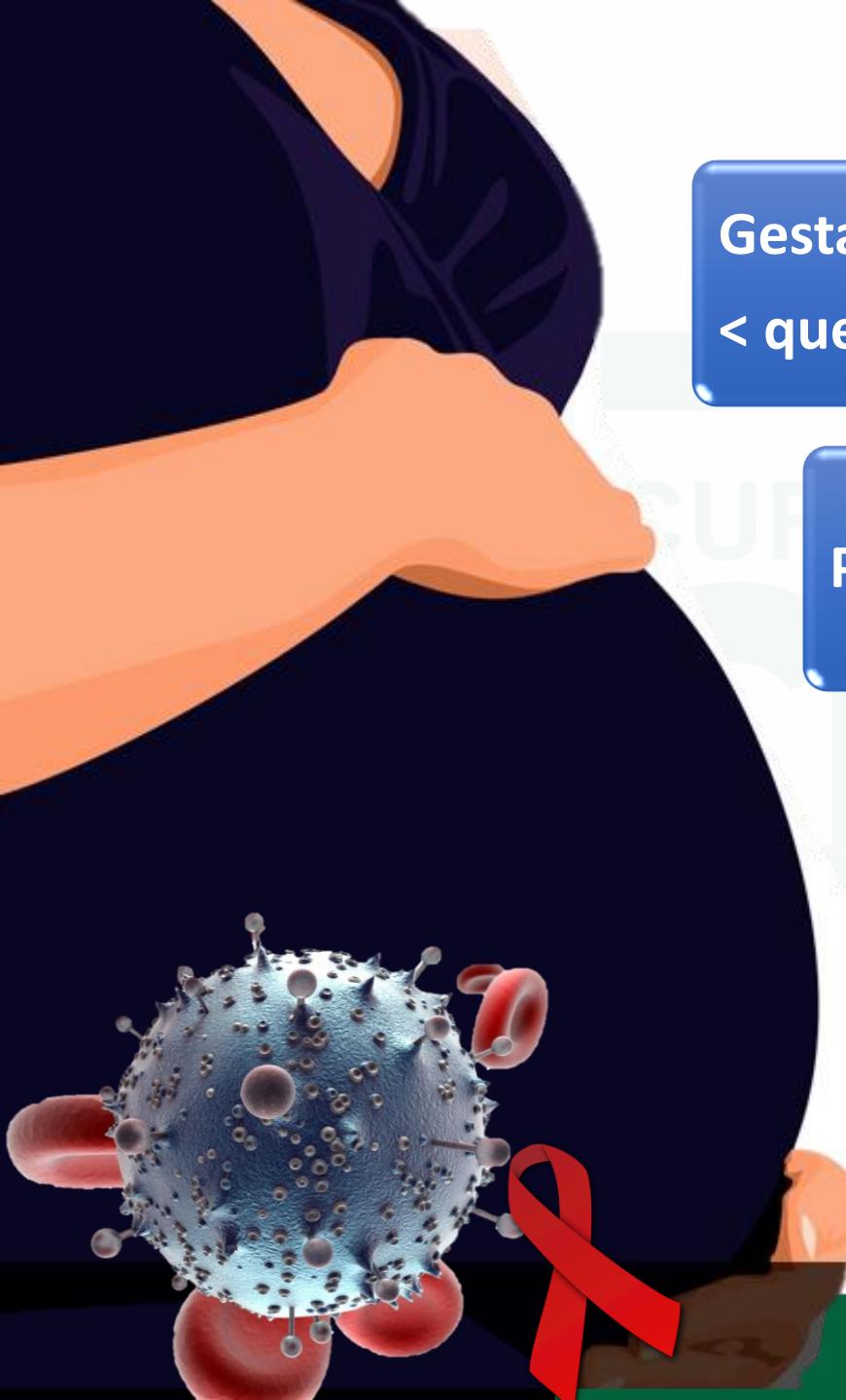
## Cuidados específicos da cesariana eletiva

- Confirmar IG de 38 semanas.
- Se houver trabalho de parto antes da realização da cesárea, avaliar dilatação cervical → se menor que 4 cm, manter indicação de cesárea e iniciar imediatamente o AZT EV por pelo menos 3 horas.
- Proceder a parto empelicado sempre que possível.
- A ligadura do cordão deve ser imediata após a retirada do feto.



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.



Gestante com CV detectável  
< que 1.000 cóp/ml na 34<sup>a</sup> sem

Parto pode ser vaginal

AZT injetável no parto



## Esquema intravenoso com Zidovudina (AZT)



Dose de ataque (2mg/kg) + dose de manutenção até clampar o cordão umbilical



Gestante com CV  
indetectável na 34<sup>a</sup> sem

Parto preferencialmente  
vaginal

Manter TARV habitual VO



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.



## 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.

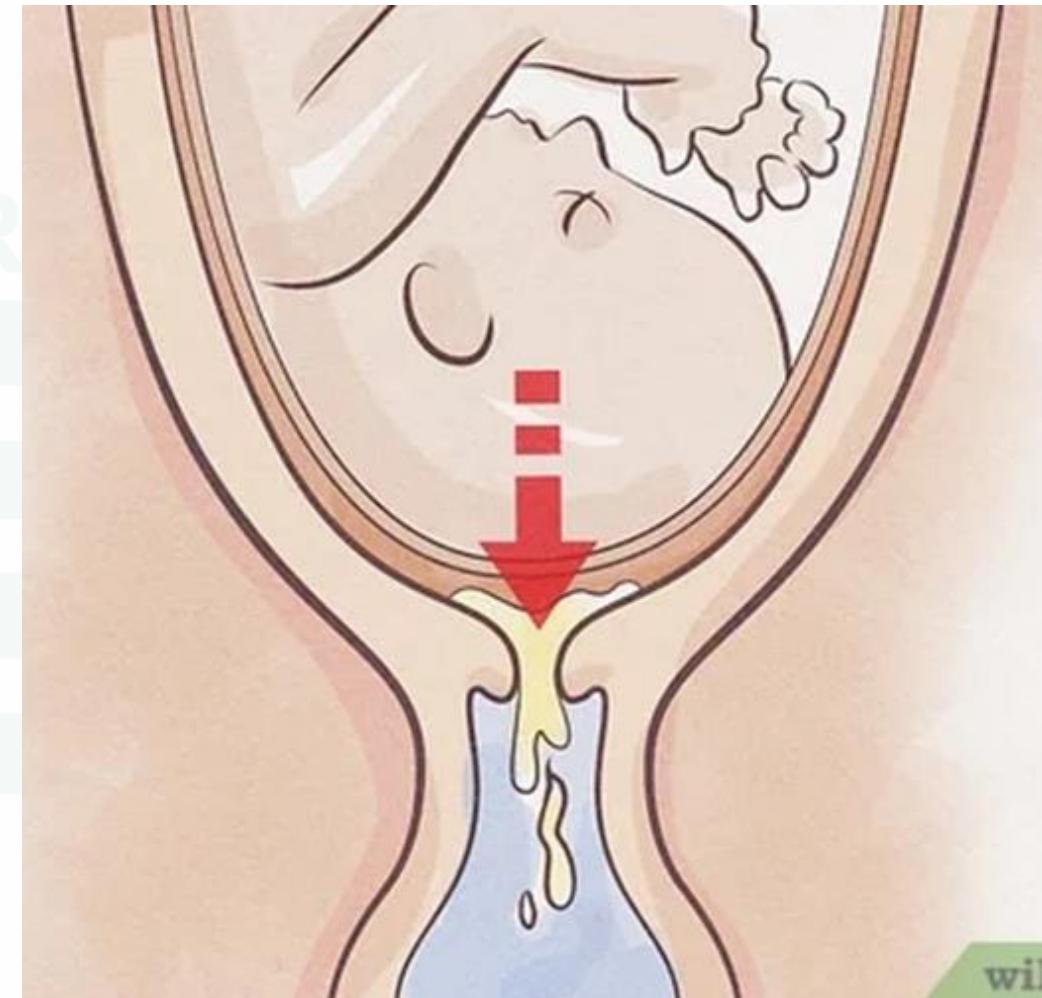


Na mulher em trabalho de parto e **corioamniorraxe prematura (CP)** → avaliar as condições de evolução do TP e o risco de complicações.

Na previsão de um **parto demorado ou distócico**, mesmo que a CV seja menor que 1.000 cópias/ mL → resolução por cesariana.

Nas condições do **colo do útero favorável** e a gestante esteja usando Tarv, com CV menor que 1.000 cópias/mL e apresentação cefálica → via vaginal.

Pode-se utilizar ocitocina e/ou misoprostol para induzir ou estimular o TP.





A resolução da **gestação com corioamniorraxe 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).



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



# ATENÇÃO

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

Bloqueio da lactação no pós-parto imediato com cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos por via oral tomados juntos em dose única.





# ATENÇÃO

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.



# ATENÇÃO

Orientação contraceptiva:  
mulheres que não amamentam  
podem voltar a ovular a partir de  
4 semanas após o parto, com  
período curto de amenorreia no  
puerpério.

# Questões



# CUIDADOS NO PERÍODO PUEPERAL



**Quadro 10: Classificação das complicações puerperais de acordo com o período puerperal de ocorrência.**

<b>Classificação</b>	<b>Período puerperal</b>
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; prostação; e comprometimento capilar; cianose de extremidades

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 atentarem-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

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).



## Aspectos emocionais do puerpério

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.

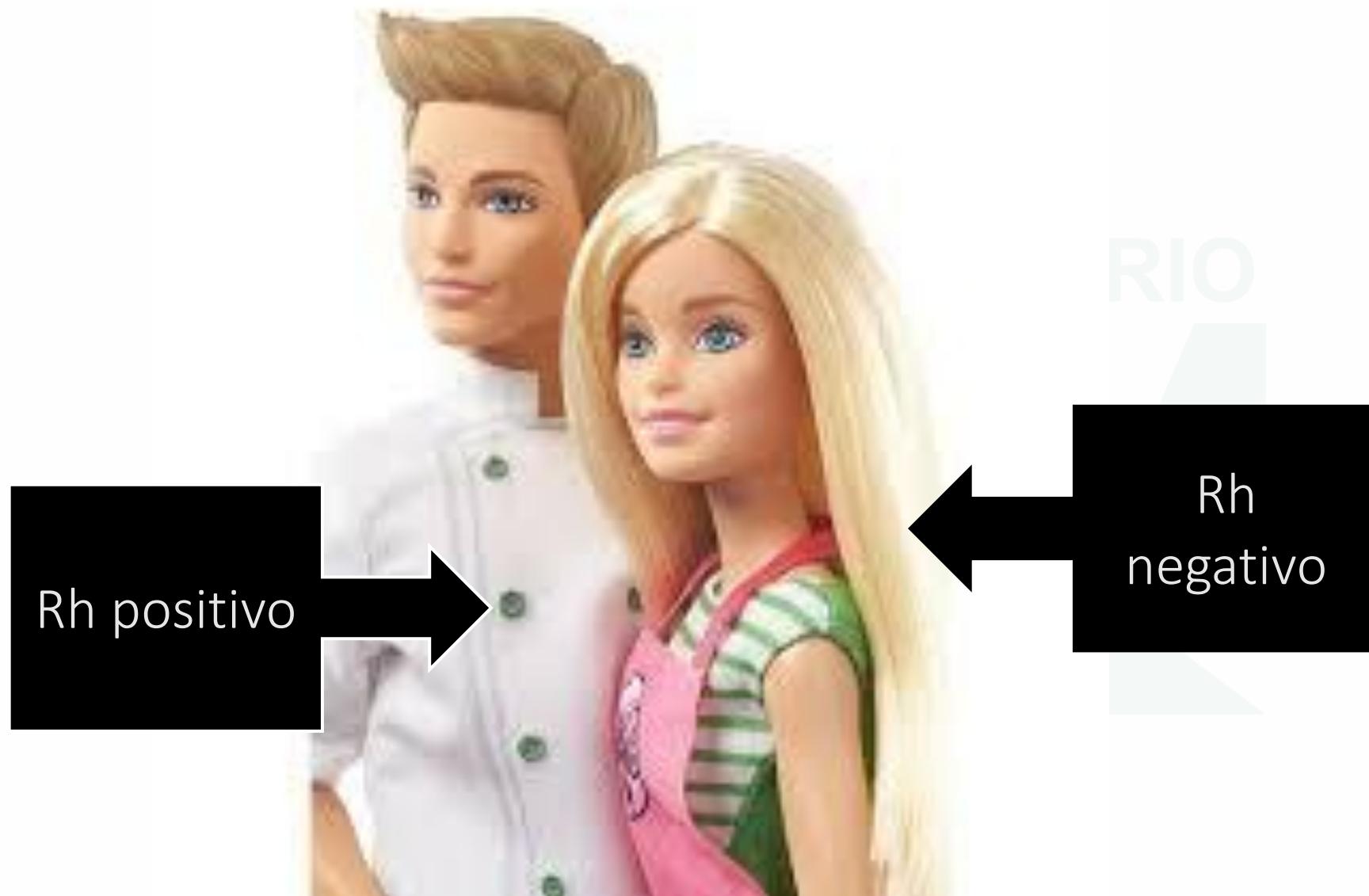


# DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

INCOMPATIBILIDADE DO FATOR Rh



Ms. Luciane Pereira





2<sup>a</sup> gestação





Será que ela foi  
sensibilizada?



Qual exame permite saber se  
a mãe com fator Rh –  
criou anticorpos contra o fator Rh +?



**COOMBS**

**Indireto**



**Direto**

COOMBS  
indireto



Mantém o  
acompanhamento  
pré-natal em baixo  
risco



COOMBS  
indireto



**ENCAMINHA PARA  
ALTO RISCO**

COOMBS  
direto



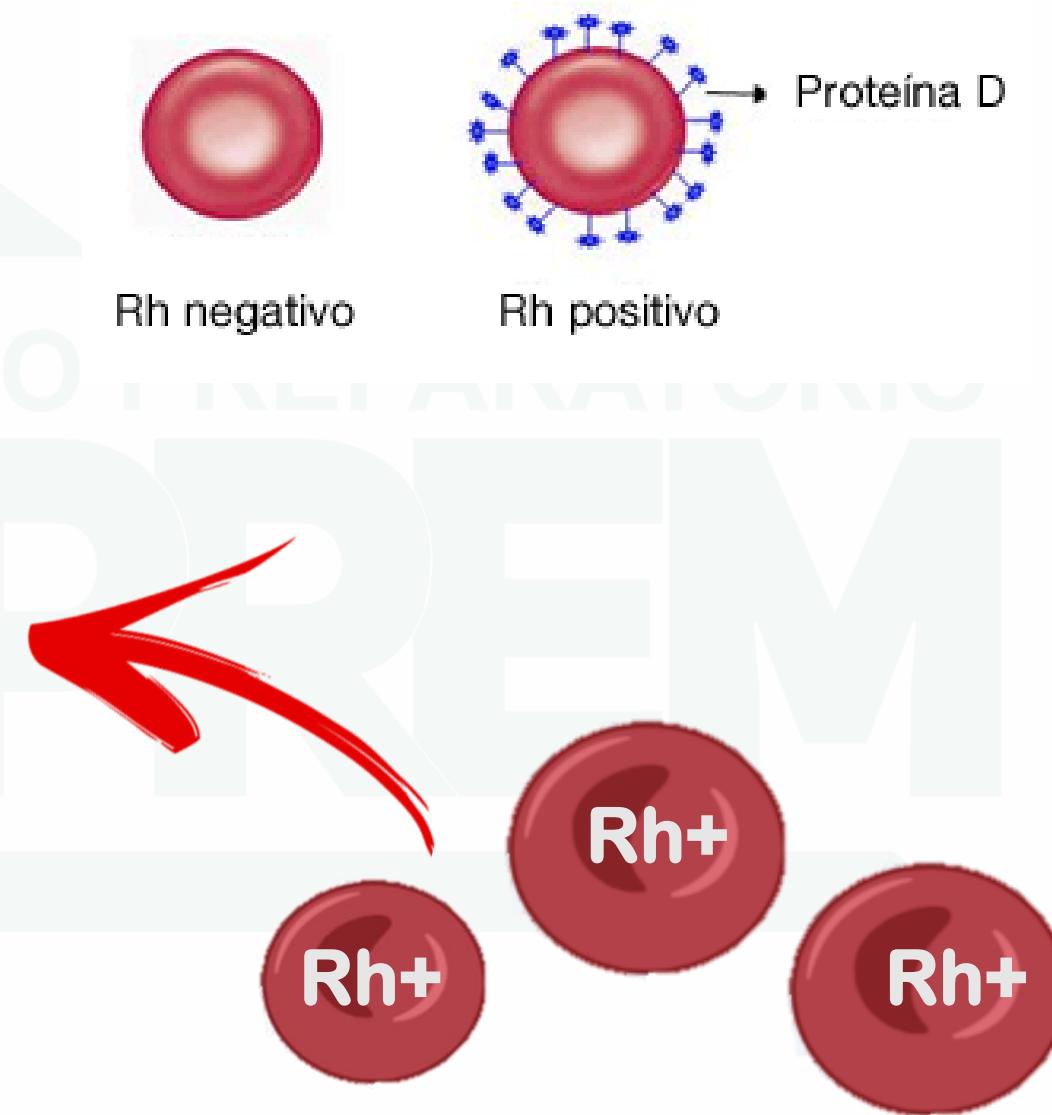
RN em  
alojamento  
conjunto



COOMBS  
direto

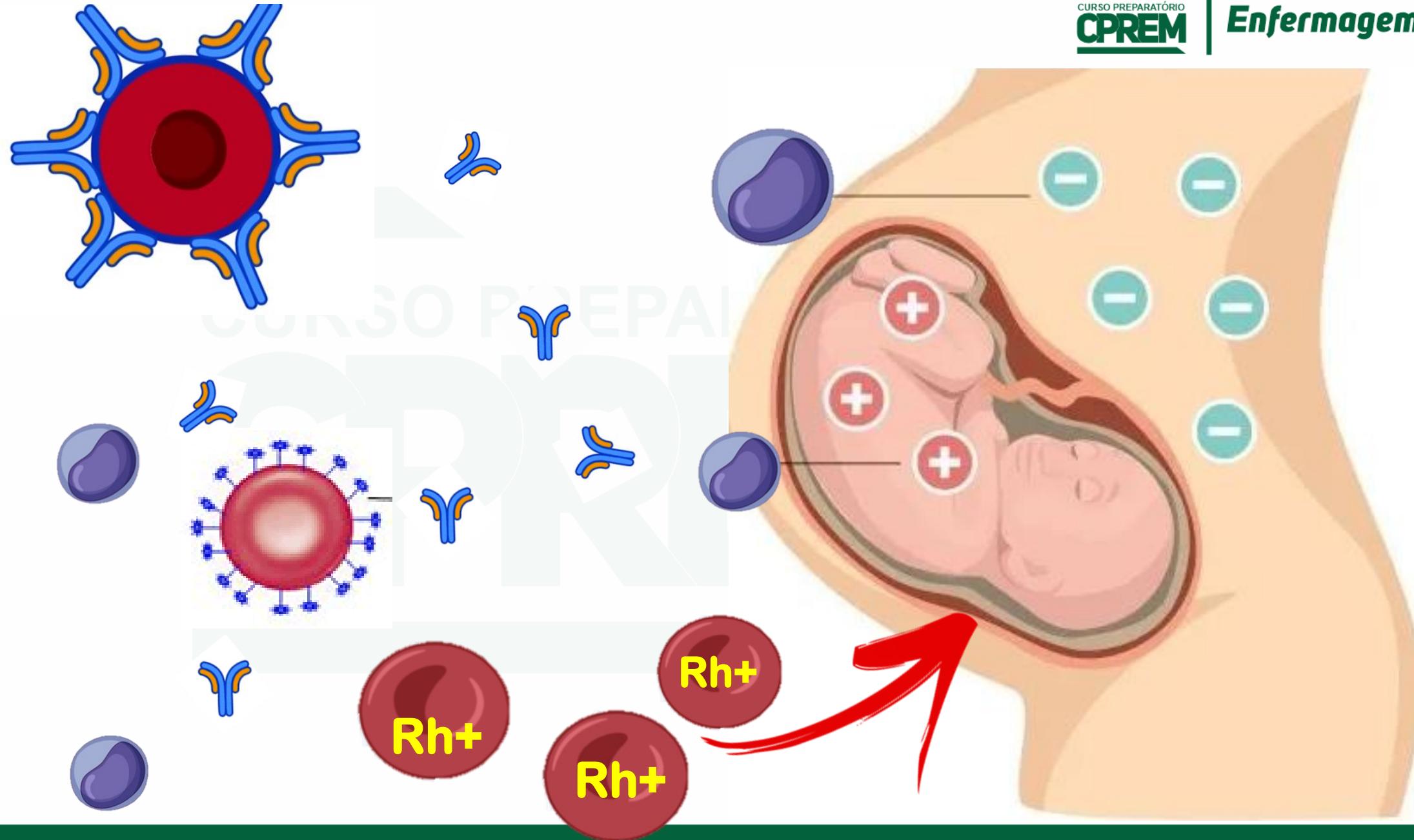


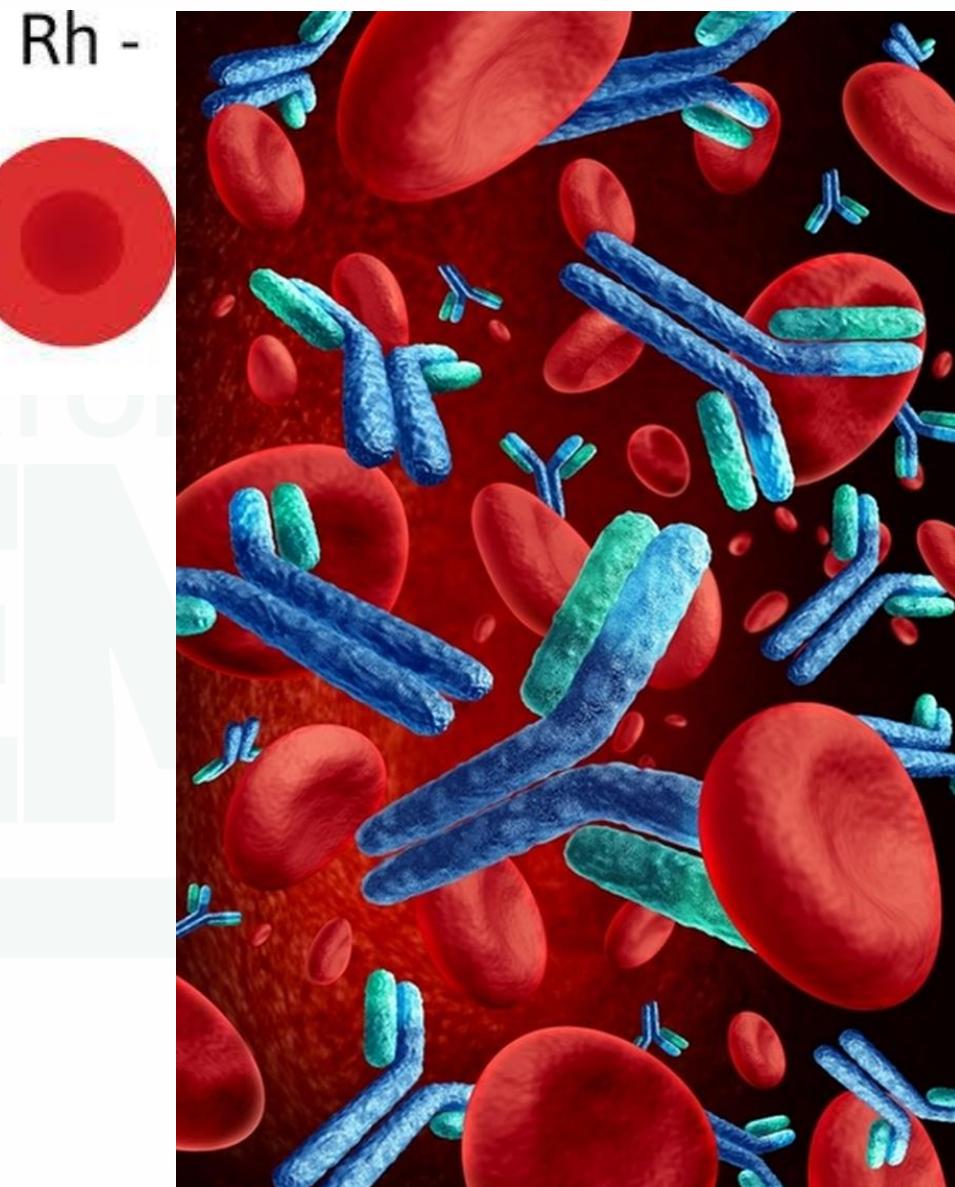
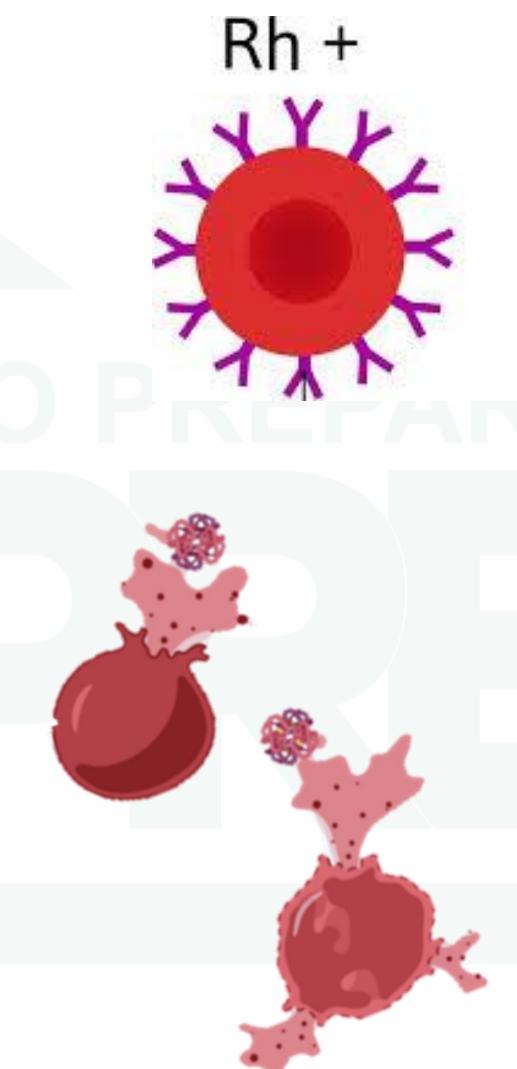
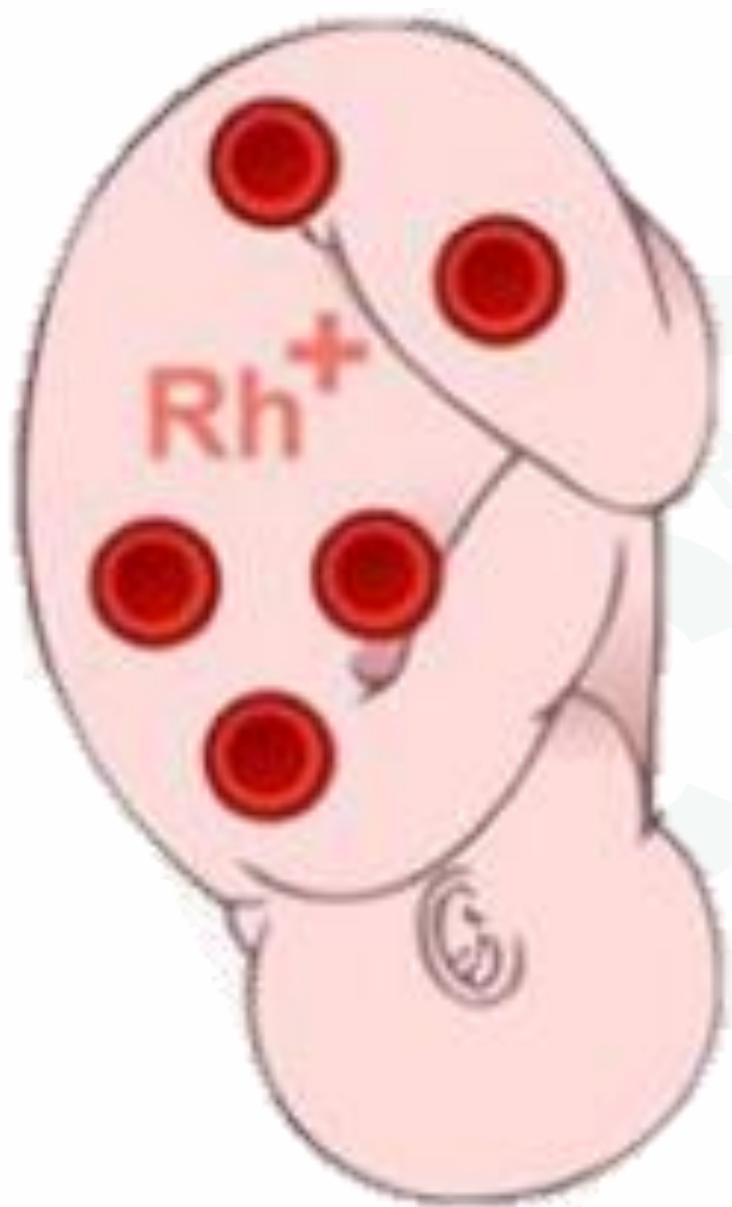
**ENCAMINHAR  
RN PARA  
UTI NEO**



Quando a hemácia fator Rh+ entra no sistema sanguíneo de uma mulher fator Rh neg, o sistema imunológico produz anticorpos para atacar as hemácias Rh+



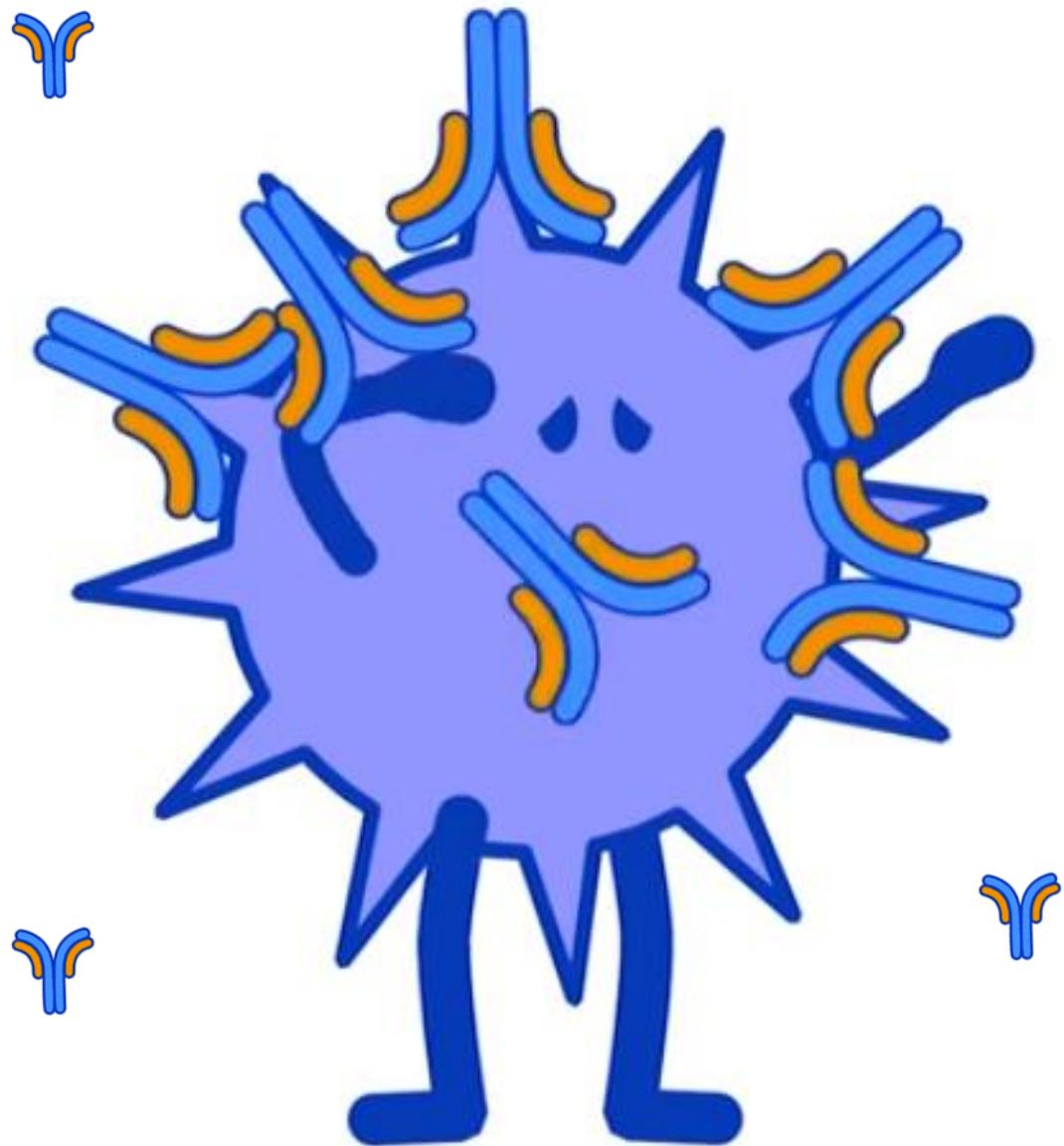




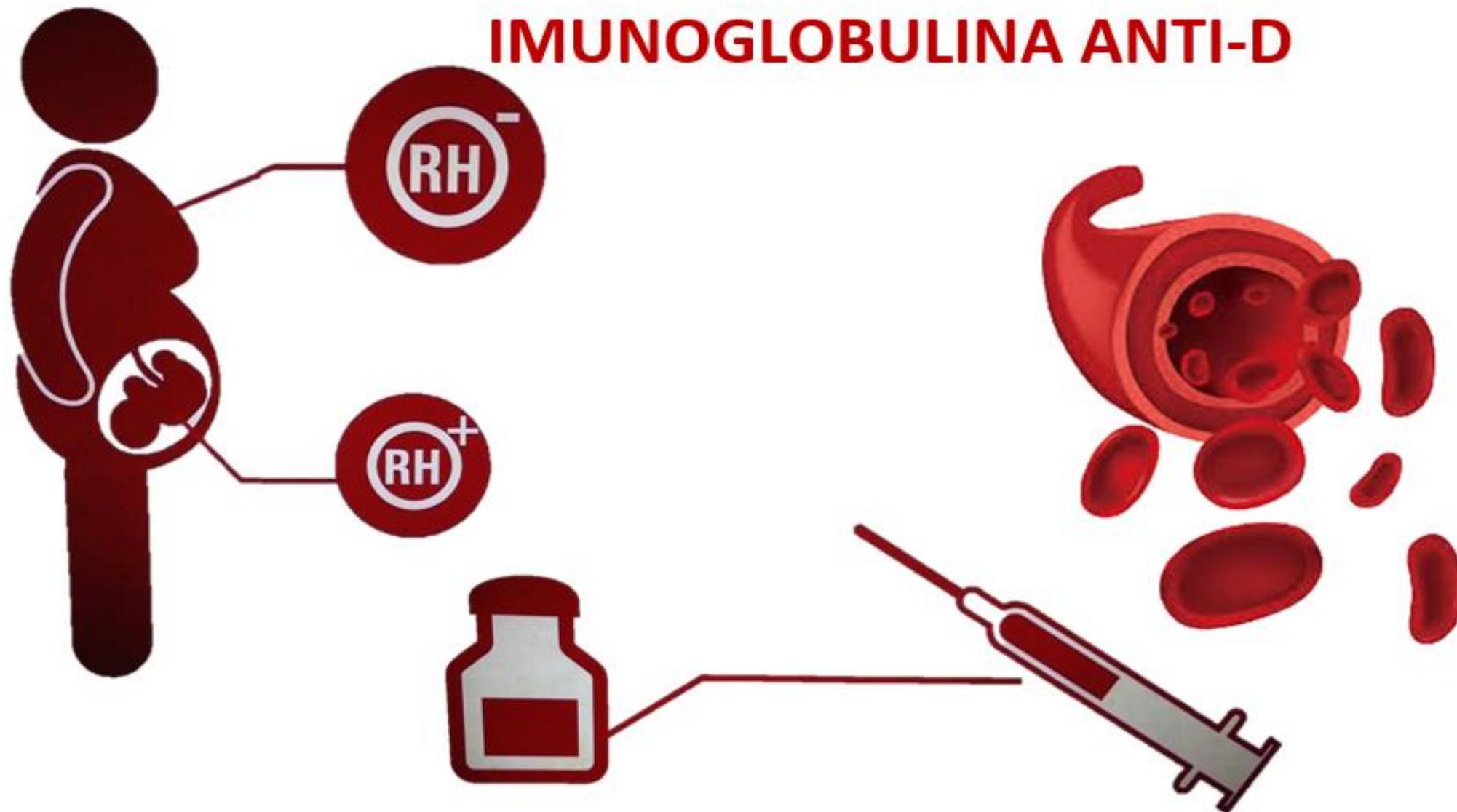


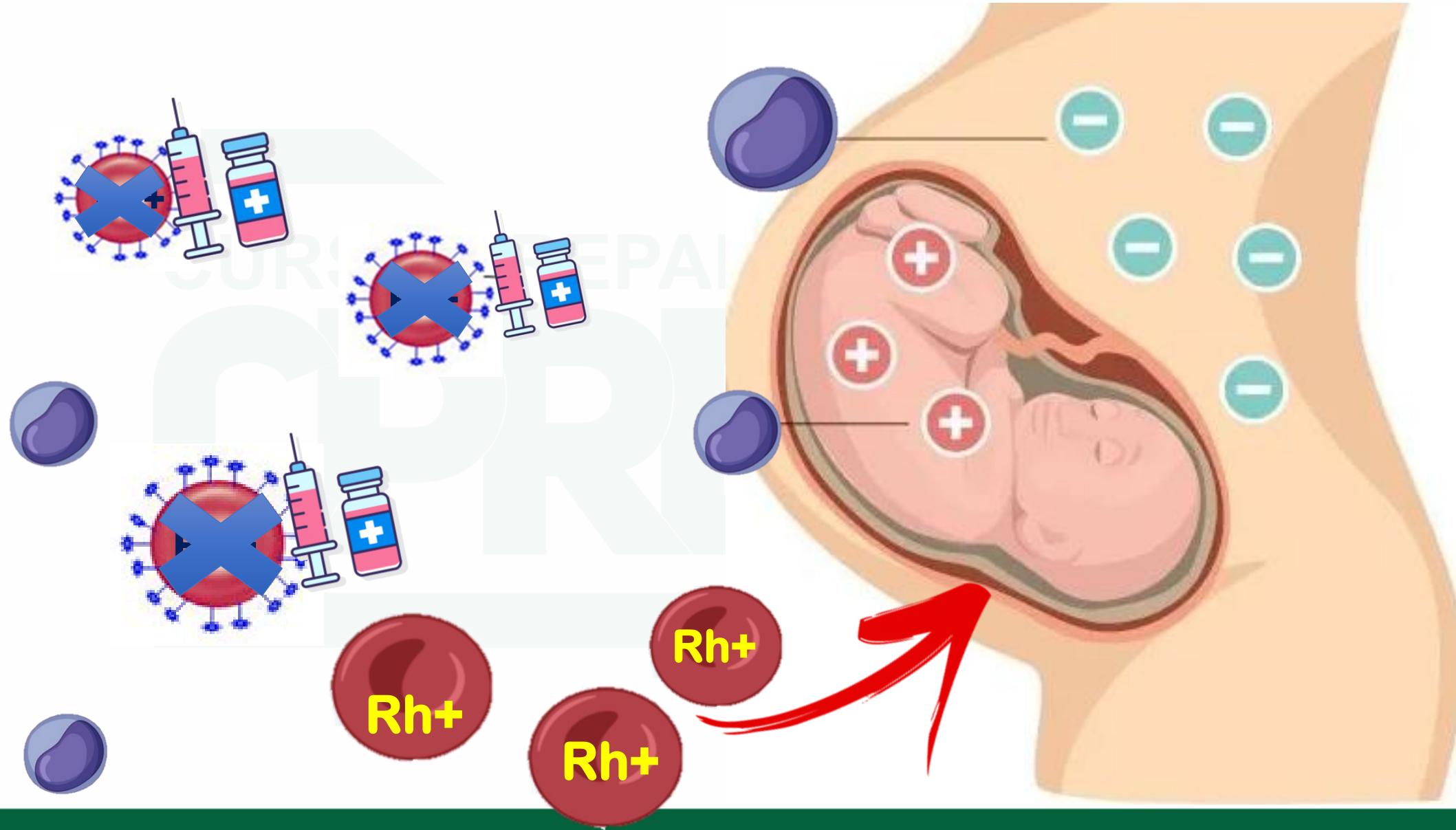
## O QUE PODE SER FEITO PARA PREVENIR ESSA SENSIBILIZAÇÃO MATERNA?





E pra que serve a  
imunoglobulina  
**ANTI-D?**





E QUANDO DEVE SER REALIZADA NA  
MÃE A IMUNOGLOBULINA?

APÓS CADA EXPOSIÇÃO



## O QUE É EXPOSIÇÃO?



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.





Quais são os prazos para  
administração?

## Prevenção da sensibilização ao fator Rh

- Na 28<sup>a</sup> 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).





REPARATÓRIO  
REIN



COOMBS  
direto



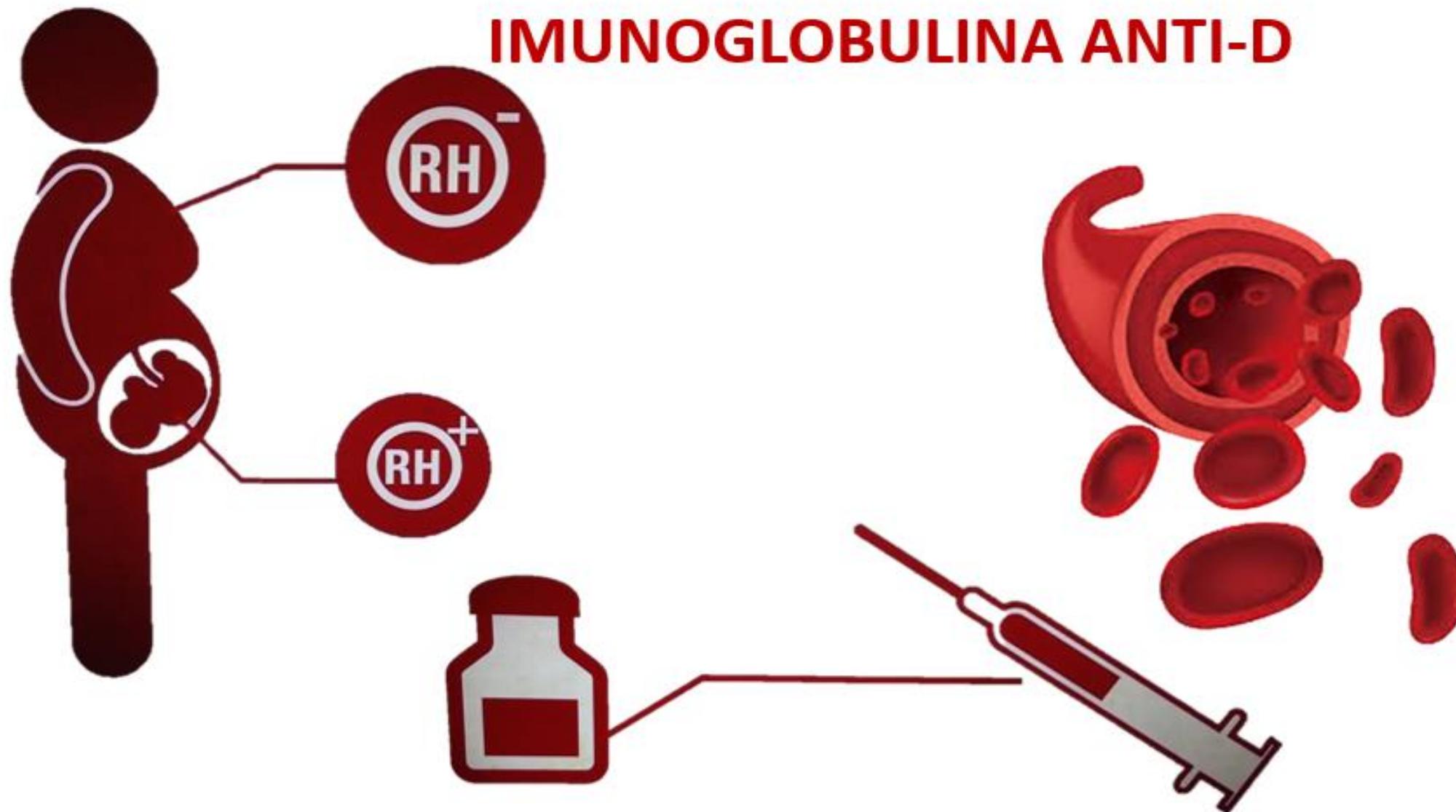
RN em  
alojamento  
conjunto

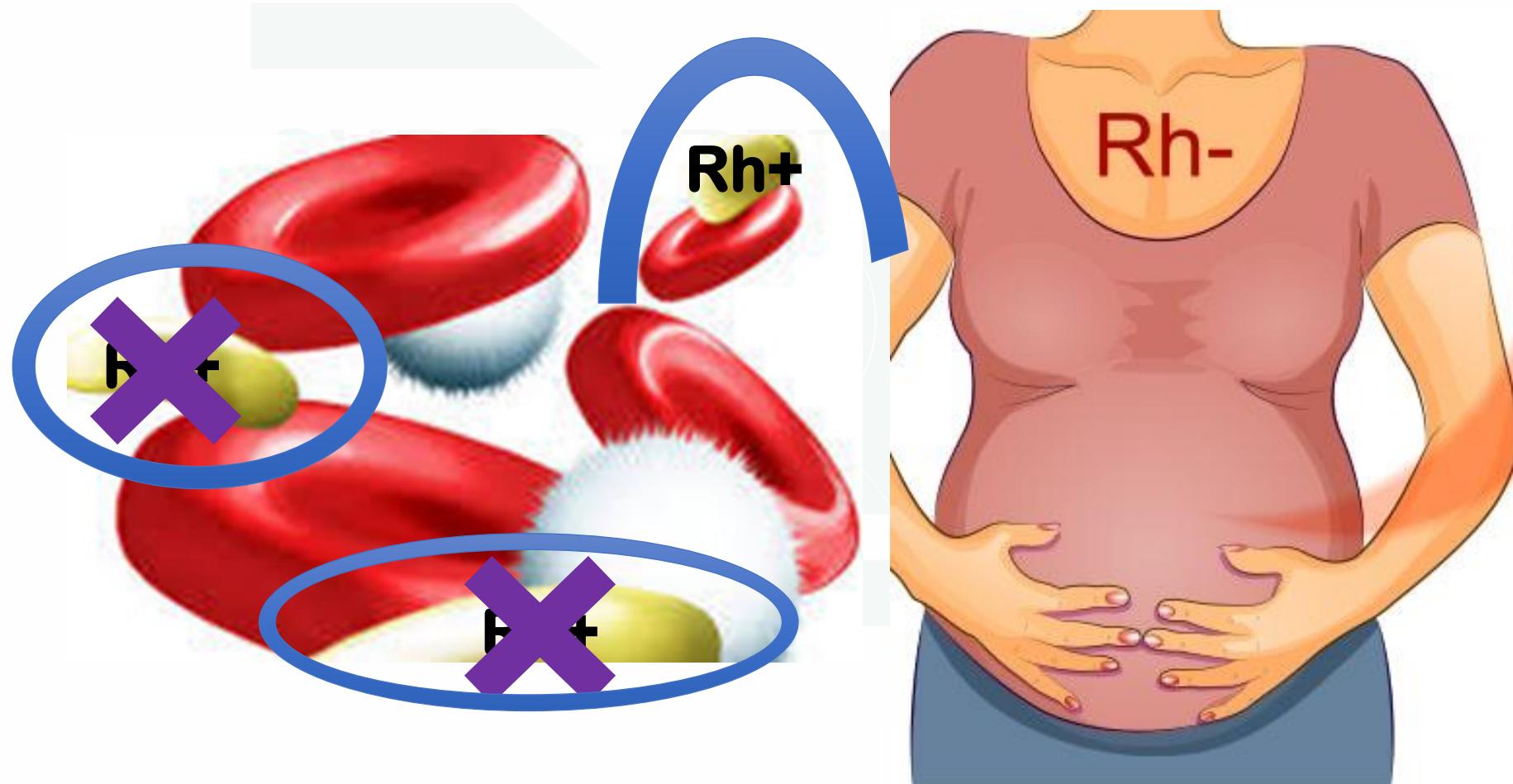


COOMBS  
direto



**ENCAMINHAR  
RN PARA  
UTI NEO**







REPARATÓRIO  
REIN



# QUESTÕES



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 coobs 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

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 coobs 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

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.

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:

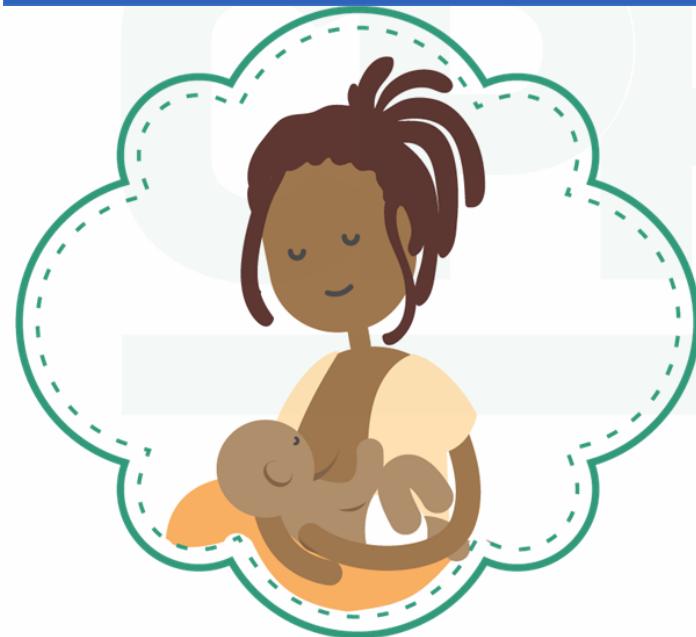
- (A)após procedimentos invasivos em mulheres gestantes, tais como, amniocentese, cordocentese, biópsia de vilo corial.
- (B)após aborto e gravidez ectópica ou mola hidatiforme.
- (C)após o parto de mulheres com Coombs indireto negativo e recém-nascidos Rh positivo.
- (D)após sangramento obstétrico (placenta 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.



# ALEITAMENTO MATERNO

## Importância do Aleitamento NATURAL

Para a LACTANTE



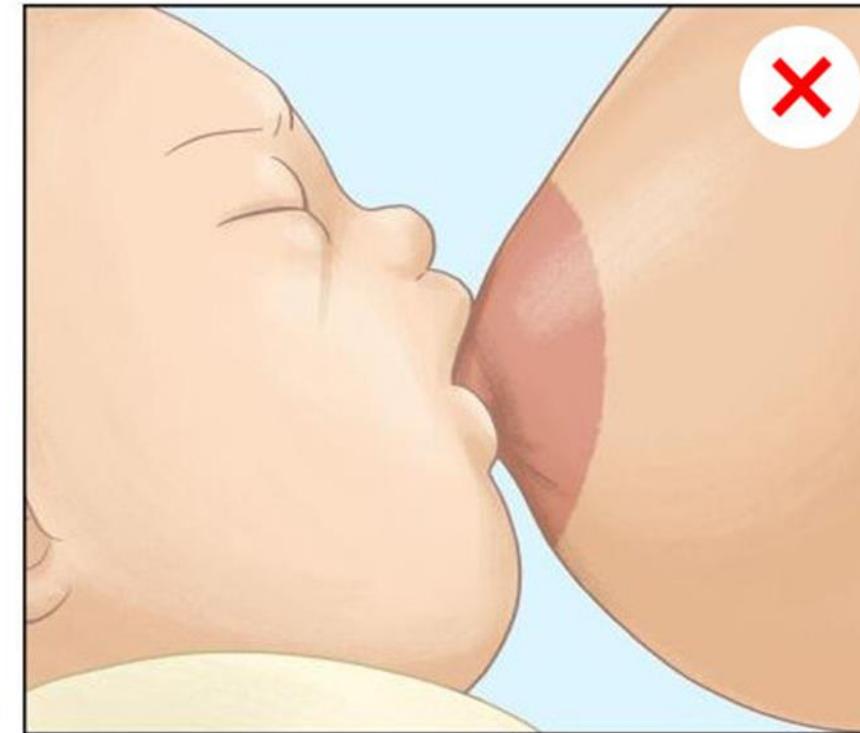
Para a criança



# Pega incorreta do mamilo



PEGA CORRETA



PEGA INCORRETA

## 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.



- **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.

## FISSURAS OU TRAUMA MAMILAR



Ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorrecta. 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

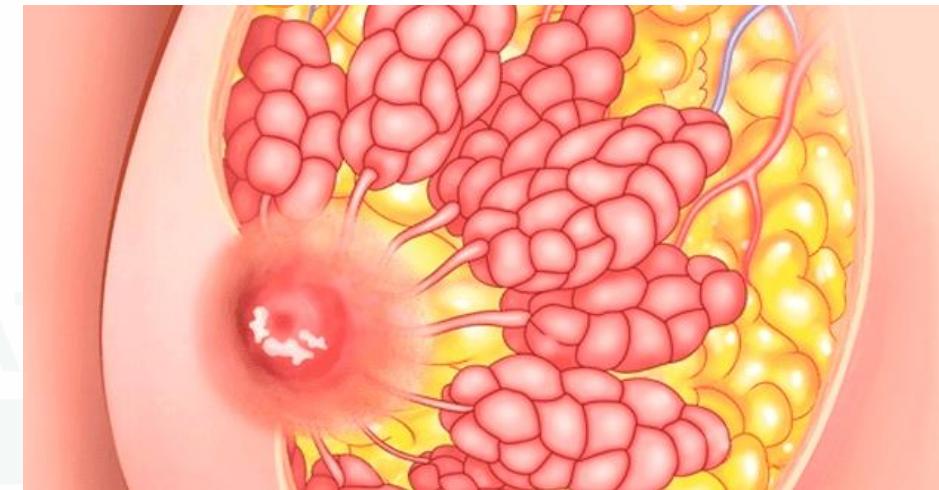
- Observar a mamada e corrigir a posição e pega, se necessário;
- Iniciar a mamada pela mama menos afetada;
- Evitar o uso de óleos, cremes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos;
  - Ordenhar um pouco de leite antes da mamada (evita que o bebê sugue com força para promover este reflexo);
  - 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 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

## 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.

# Fenômeno de Reynaud

- 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.



# Fenômeno de Reynaud

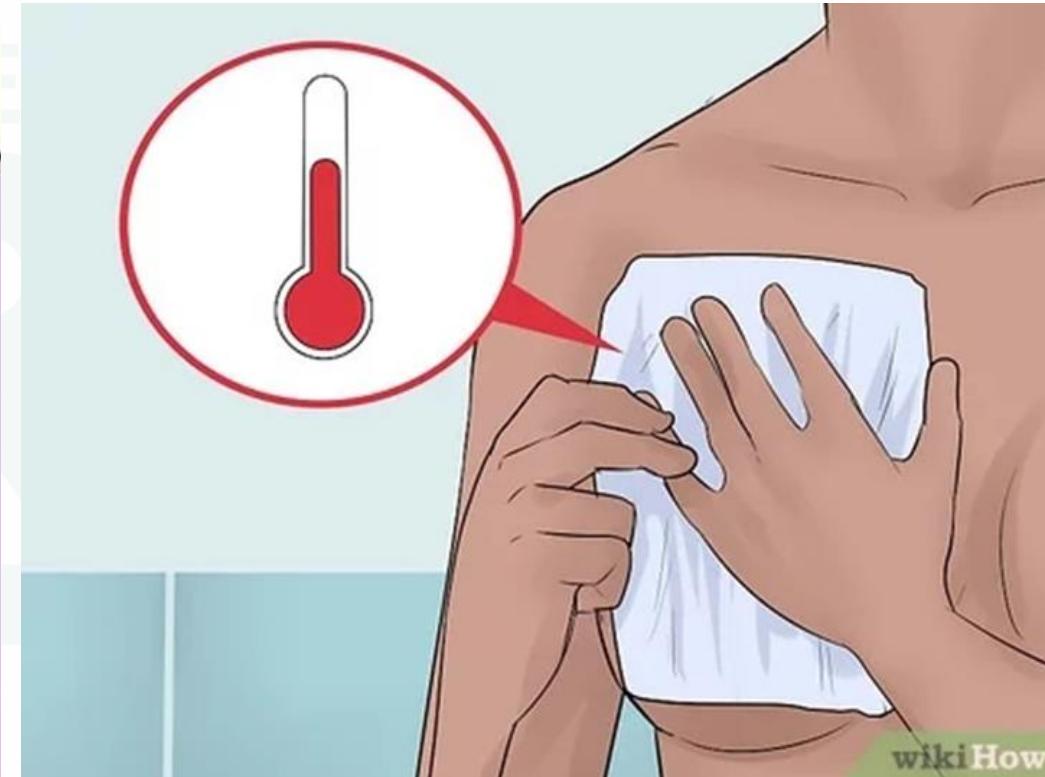


**Palidez dos mamilos (por falta de irrigação sanguínea) → palidez – cianose – coloração normal**

**Compressas mornas ajudam a aliviar a dor na maioria das vezes.**



## Aplicação de compressas frias ou mornas?



# Fenômeno de Reynaud

- 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



## 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.

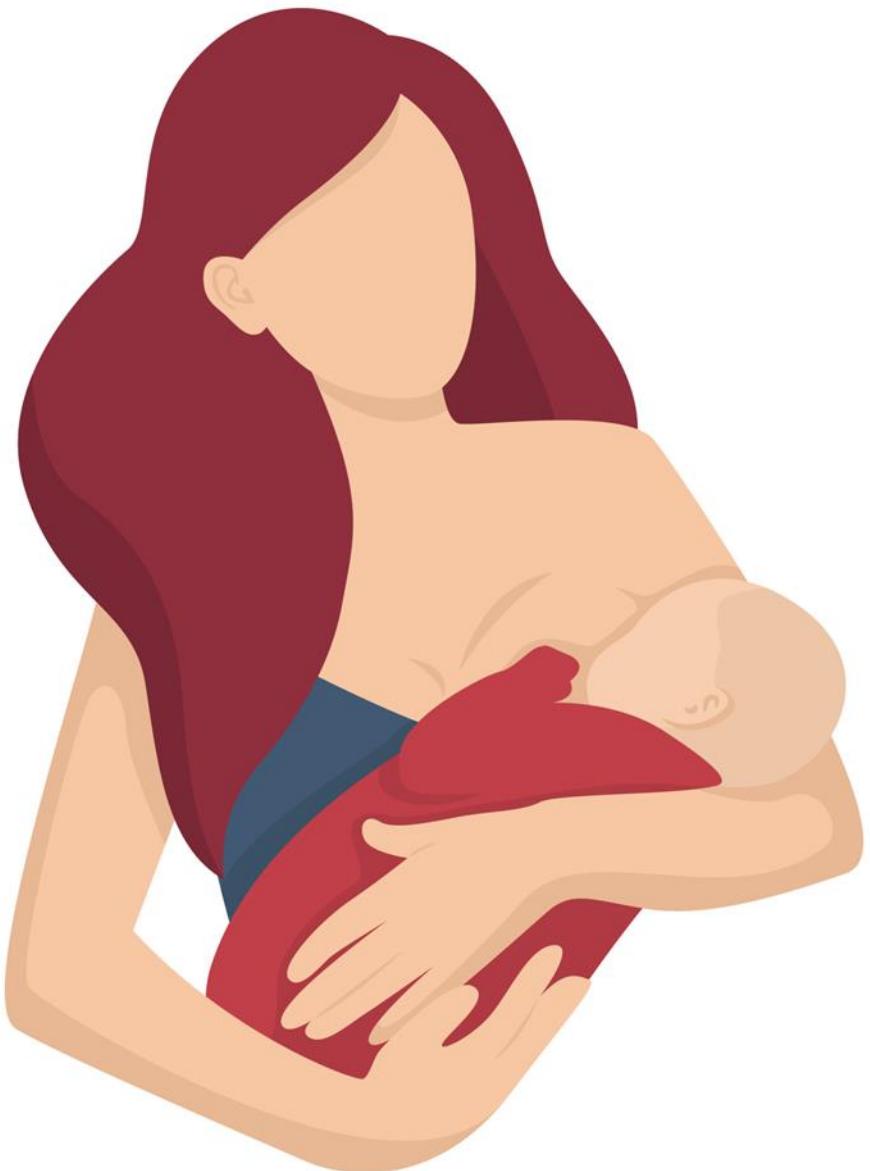
## Hipogalactia (baixa produção de leite) (GRACIA, 2019)

- 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 descance, 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

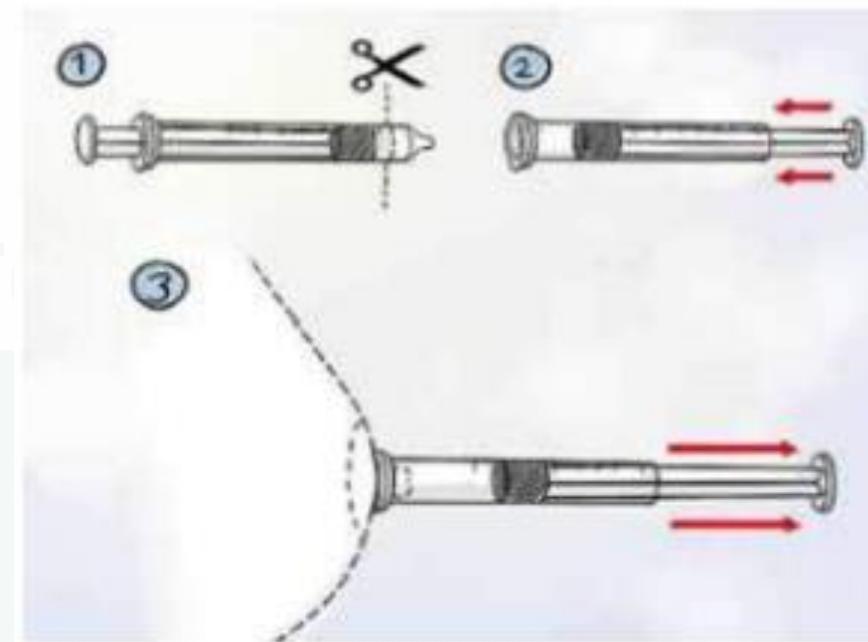


## Mamilos planos ou invertidos

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



(Fonte: BRASIL, 2015)

## 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.

- 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.



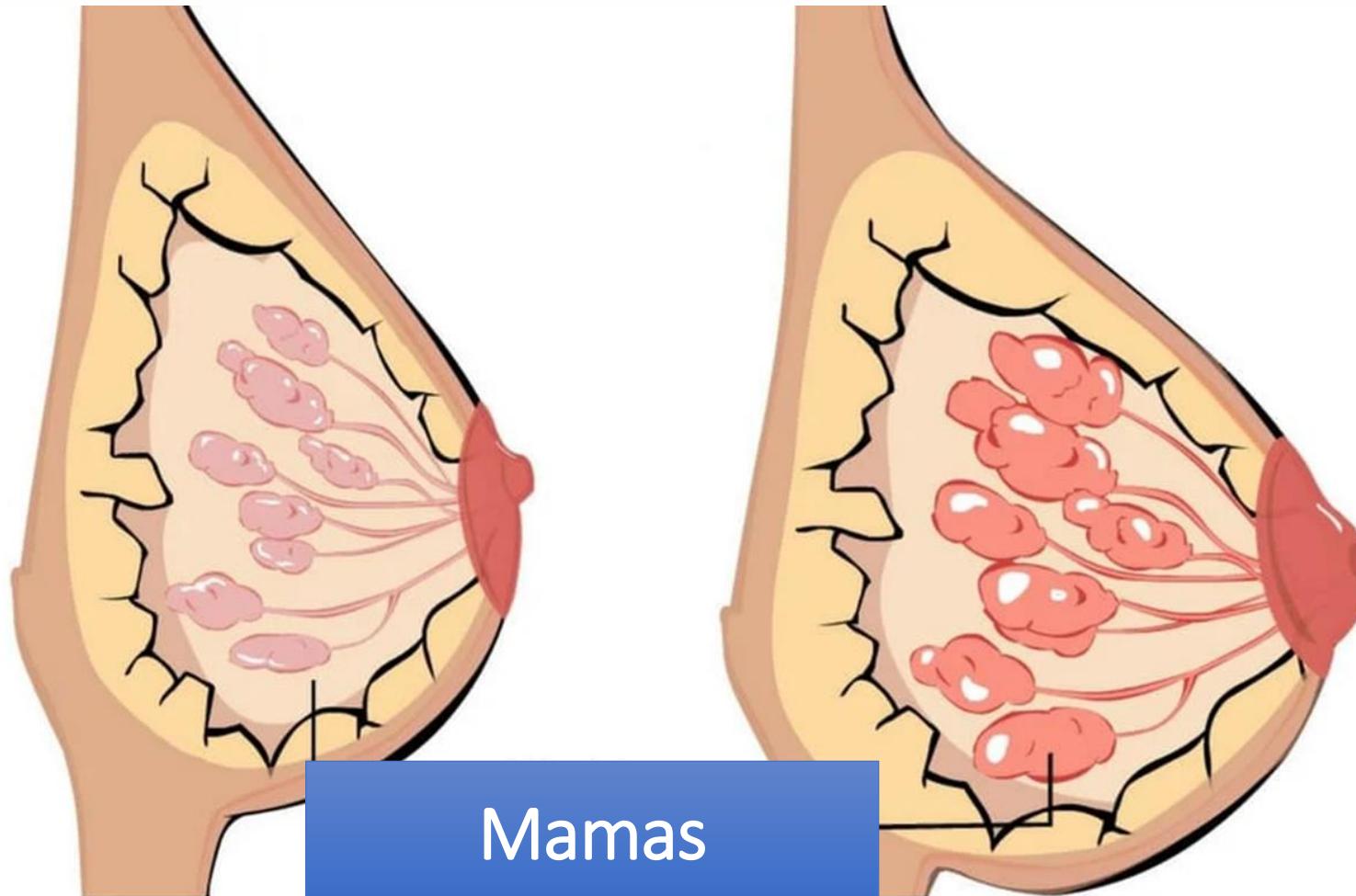
(Fonte: TAMEZ, R. N, 2013)



## Demora na descida do leite

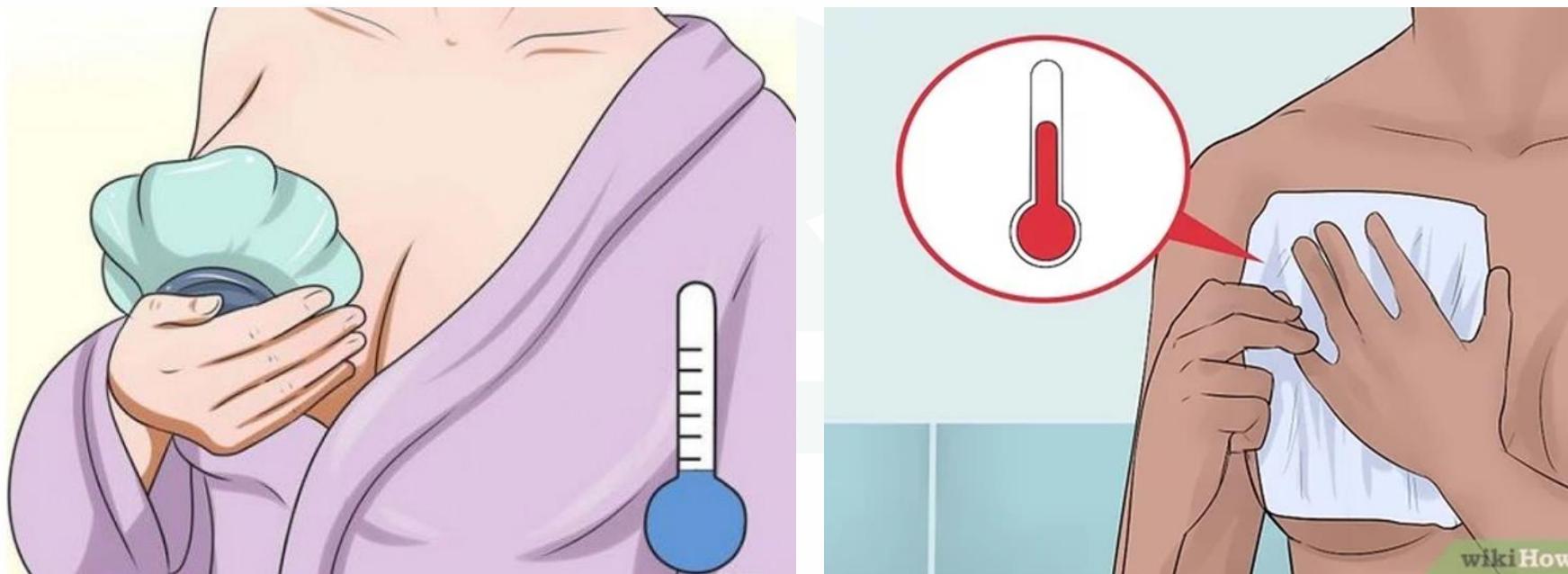
A apoadadura normalmente ocorre em média 30 horas após o parto, podendo estender este tempo no parto cesárea.

- Estimular a autoconfiança da mãe;
- Orientar medidas de estímulo como sucção frequente do bebê e a ordenha;



Mamas  
Ingurgitadas

## Aplicação de compressas frias ou mornas?



## Mamas ingurgitadas



Acontece do 3º ao 5º dia após o parto. São dolorosas, edemaciadas (com pele brilhante) e, às vezes, avermelhadas. Pode apresentar febre.

Para evitar ingurgitamento → a pega e a posição devem estar adequadas.

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.

É transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.



RECOMENDAÇÃO DA SOGRA



- 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.



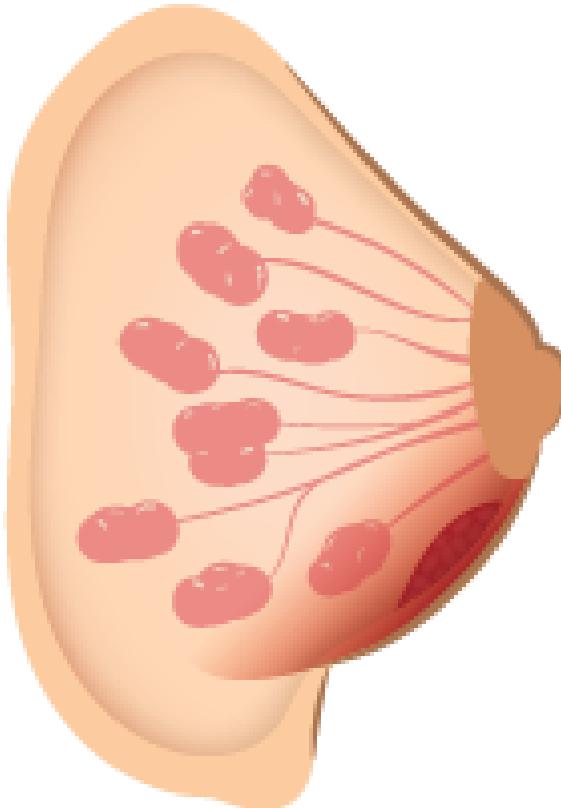
- Realizar e orientar a massagem (delicada) particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite e ordenha manual conforme Fig. 1, 2 e 3;
- Orientar a testar a flexibilidade da areola antes da mamada e caso esteja tensa,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

**Figura 1****Figura 2****Figura 3****Figura 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



# MASTITE



- É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante habitualmente a partir da 2<sup>a</sup> semana após o parto.
- Geralmente, é unilateral e pode ser consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado.
- A amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível.

Ocorre geralmente entre a 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> 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.



# AMAMENTAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS



## ALEITAMENTO MATERNO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

**É permitido amamentar na  
presença de nova gravidez?**





Crianças com malformações orofaciais  
podem sugar em seio materno?

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.

# ORIENTAÇÕES QUANTO AO SEGUIMENTO DO ALEITAMENTO MATERNO



Não é recomendado o  
aleitamento materno

Recomenda-se interrupção  
temporária

Não é preciso interromper

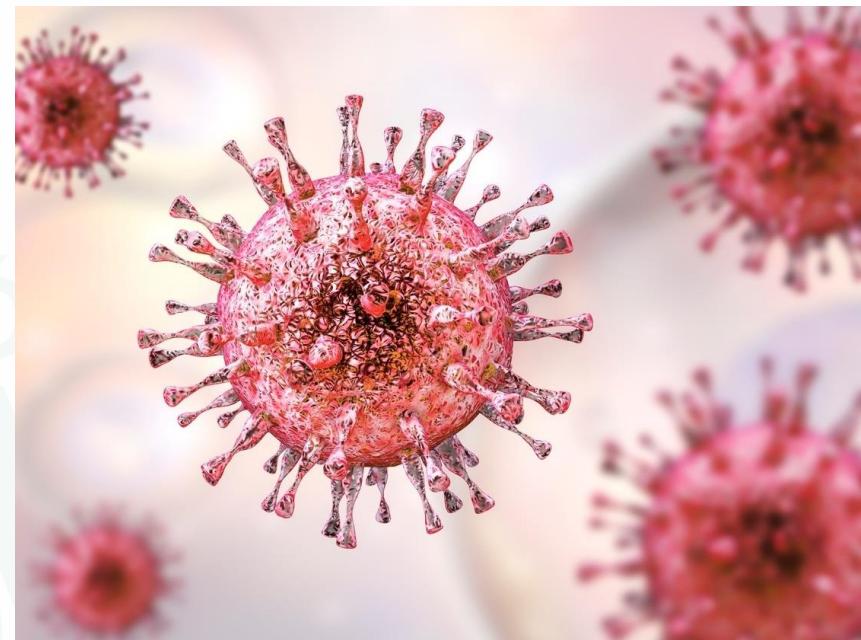
**Quadro 7: Situações que podem restringir o aleitamento materno**

<b>Contraindicações</b>	<b>Suspensão temporária</b>
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 (IgGvZ), 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.

# CITOMEGALOVÍRUS

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

- 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



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

<b>Droga</b>	<b>Período recomendado de interrupção da amamentação</b>
Anfetamina e ecstasy	24 - 36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaina 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)



O PREPARATÓRIO

Tuberculose na fase bacilífera

RN – isoniazida 10mg/kg/dia durante  
3 meses



Realizar teste tuberculínico (PPD)



Reator



Manter isoniazida por  
mais 3 meses



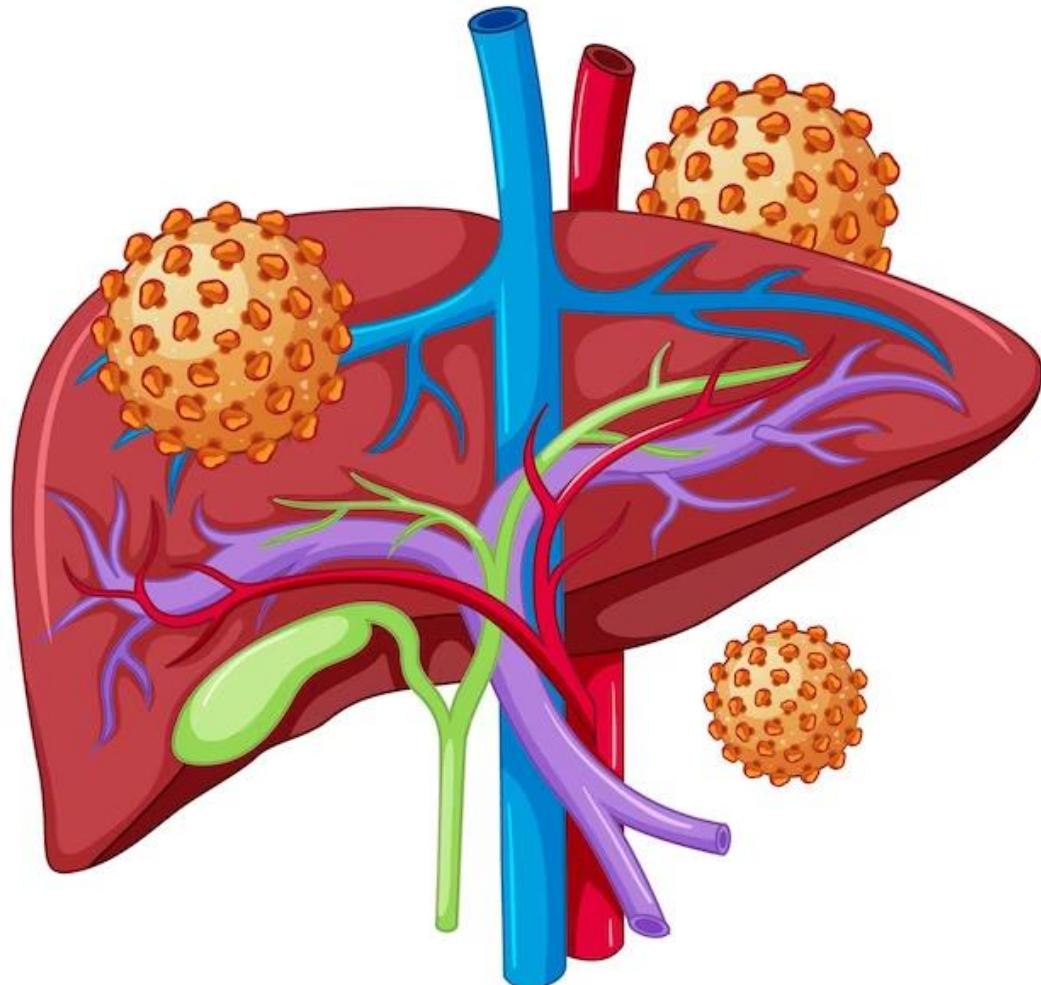
Não reator



Acriança deve receber a  
vacina BCG

## Hanseníase





Hepatite B

Hepatite C

# Não contraindica a lactação (GARCIA, 2019)

Dengue



## Uso de cigarros



consumo eventual  
moderado de álcool





## 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.

# QUESTÕES



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.

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.

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

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



**EXÉRCITO BRASILEIRO**  
ESCOLA DE SAÚDE E FORMAÇÃO COMPLEMENTAR DO EXÉRCITO

CONCURSO DE ADMISSÃO/2024

PARA MATRÍCULA NO CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS DO QUADRO COMPLEMENTAR/2025  
E NO CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS DO QUADRO DE CAPELÃES MILITARES/2025

35. Gestante, acompanhada pelo marido, procurou uma unidade de pronto atendimento de uma maternidade relatando não estar sentindo os movimentos fetais. Durante o acolhimento, o enfermeiro constatou que a idade gestacional era de 23 2/7 semanas e há cerca de 10 horas não percebia movimentos fetais. Obteve, entre outros dados objetivos, temperatura axilar = 36,9 °C, frequência respiratória = 19 movimentos/minuto, frequência cardíaca = 88 batimentos/minuto, pressão arterial = 128 x 82 mmHg. Uma vez que não foram informadas ou observadas outras intercorrências obstétricas ou traumas, de acordo com as orientações contidas no Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (MS, 2017), com base no Protocolo de Manchester, o enfermeiro deve identificar a gestante com a cor

- (A) azul.
- (B) amarela.
- (C) laranja.
- (D) vermelha.
- (E) verde.



**Manual de Acolhimento e  
Classificação de Risco  
em Obstetrícia**

# Atendimento - Classificação de Risco

VERMELHO = EMERGENTE =

**IMEDIATO**

LARANJA = MUITO URGENTE

**ATÉ 15 MINUTOS**

AMARELO = URGENTE =

**ATÉ 30 MINUTOS**

VERDE = POUCO URGENTE

**ATÉ 120 MINUTOS**

AZUL = NÃO URGENTE =

**NÃO PRIORITÁRIO**

1 DESMAIO/MAL ESTAR GERAL

2 DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

3 DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM

4 FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO

6 NÁUSEAS E VÔMITOS

7 PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES

8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

9 QUEIXAS URINÁRIAS

10 PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

11 RELATO DE CONVULSÃO

12 OUTRAS QUEIXAS/SITUAÇÕES



**Manual de Acolhimento e  
Classificação de Risco  
em Obstetrícia**

35. Gestante, acompanhada pelo marido, procurou uma unidade de pronto atendimento de uma maternidade relatando não estar sentindo os movimentos fetais. Durante o acolhimento, o enfermeiro constatou que a idade gestacional era de 23 2/7 semanas e há cerca de 10 horas não percebia movimentos fetais. Obteve, entre outros dados objetivos, temperatura axilar = 36,9 °C, frequência respiratória = 19 movimentos/minuto, frequência cardíaca = 88 batimentos/minuto, pressão arterial = 128 x 82 mmHg. Uma vez que não foram informadas ou observadas outras intercorrências obstétricas ou traumas, de acordo com as orientações contidas no Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (MS, 2017), com base no Protocolo de Manchester, o enfermeiro deve identificar a gestante com a cor

- (A) azul.
- (B) amarela.
- (C) laranja.
- (D) vermelha.
- (E) verde.

não tem AZUL

**PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL**

**RELATO DE CONVULSÃO**



não tem VERMELHO

QUEIXAS URINÁRIAS

PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



35. Gestante, acompanhada pelo marido, procurou uma unidade de pronto atendimento de uma maternidade relatando não estar sentindo os movimentos fetais. Durante o acolhimento, o enfermeiro constatou que a idade gestacional era de 23 2/7 semanas e há cerca de 10 horas não percebia movimentos fetais. Obteve, entre outros dados objetivos, temperatura axilar = 36,9 °C, frequência respiratória = 19 movimentos/minuto, frequência cardíaca = 88 batimentos/minuto, pressão arterial = 128 x 82 mmHg. Uma vez que não foram informadas ou observadas outras intercorrências obstétricas ou traumas, de acordo com as orientações contidas no Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (MS, 2017), com base no Protocolo de Manchester, o enfermeiro deve identificar a gestante com a cor

- (A) azul.
- (B) amarela.
- (C) laranja.
- (D) vermelha.
- (E) verde.

	DOR ABDOMINAL/ LOMBAR/ CONTRAÇÕES UTERINAS	FALTA DE AR/ SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	PERDA DE LIQUIDO VIA VAGINAL/ SECREÇÕES	PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL	RELATO DE CONVULSÃO	PARADA/ REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS
Vermelho	<ul style="list-style-type: none"><li>- Período expulsivo</li><li>- Prolapso de cordão umbilical</li><li>- Exteriorização de partes fetais</li><li>- Sinais de choque</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Saturação ≤ 89% em ar ambiente</li><li>- Estridor laríngea</li><li>- Sinais de Choque</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trabalho de parto (TP) em período expulsivo</li><li>- Exteriorização de partes fetais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Não responsiva</li><li>- Sinais de Choque</li><li>- Hemorragia exangue</li><li>- TP em período expulsivo</li><li>- Exteriorização de partes fetais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Não responsiva</li><li>- Convulsão em atividade</li><li>- Padrão respiratório ineficaz</li><li>- Saturação ≤ 89% em ar ambiente</li><li>- Sinais de Choque</li></ul>	-----

	<b>DOR ABDOMINAL/ LOMBAR/ CONTRAÇÕES UTERINAS</b>	<b>FALTA DE AR/ SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</b>	<b>PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL/ SECREÇÕES</b>	<b>PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL</b>	<b>RELATO DE CONVULSÃO</b>	<b>PARADA/ REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS</b>
<b>Laranja</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dor intensa 7-10/10</li><li>- Contrações intensas a cada 2 minutos</li><li>- Hipertonia uterina e/ou Sangramento genital intenso</li><li>- PAS <math>\geq</math> 160 e/ou PAD <math>\geq</math> 110 mmHg PA <math>\geq</math> 140/90 mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais)</li><li>- Perda de líquido espesso esverdeado</li><li>- Portadora de doença falciforme</li><li>- Portadora de HIV em TP (qualquer frequência ou dor)</li><li>- Pós-parto imediato</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Padrão respiratório ineficaz</li><li>- Saturação de O<sub>2</sub> <math>\geq</math> 90% e <math>\leq</math> 94% (ar ambiente) - PAS <math>\geq</math> 160 e/ou PAD <math>\geq</math> 110 mmHg</li><li>- PA <math>\geq</math> 140/90 mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais)</li><li>- Início agudo após trauma - Anemia falciforme Hipertermia <math>\geq</math> 40°C</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dor intensa 7-10/10</li><li>- Contrações intensas a cada 2 min - Perda de líquido esverdeado espesso</li><li>- PAS <math>\geq</math> 160 e/ou PAD <math>\geq</math> 110 mmHg</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Confusão/ letargia - Sangramento intenso</li><li>- PAS <math>&gt;=</math> 160 e/ou PAD <math>&gt;=</math> 110 mmHg ou - PA <math>\geq</math> 140/90 mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais)</li><li>- PA <math>\geq</math> 140/90 mmHg com sintomas (dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais)</li><li>- Portadora de HIV</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Alteração do estado mental/ comportamento - Saturação de O<sub>2</sub> <math>\geq</math> 90% e <math>\leq</math> 94% (ar ambiente)</li><li>- PAS <math>\geq</math> 160 e/ou PAD <math>\geq</math> 110 mmHg</li><li>- PA <math>\geq</math> 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais</li><li>- História de diabetes (glicemia <math>\leq</math> 50 mg/dl) Hipertermia: <math>\geq</math> 40°C</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Saturação de O<sub>2</sub> <math>\geq</math> 90% e <math>\leq</math> 94% (ar ambiente)</li><li>- PAS <math>\geq</math> 160 e/ou PAD <math>\geq</math> 110 mmHg</li><li>- PA <math>\geq</math> 140/90 mmHg com dor de cabeça, de estômago ou alterações visuais</li><li>- Hipertermia <math>\geq</math> 40°C</li><li>- Dor intensa 7-10/10</li></ul>

	<b>DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS</b>	<b>FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</b>	<b>PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES</b>	<b>PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL</b>	<b>RELATO DE CONVULSÃO</b>	<b>PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS</b>
<b>Amarelo</b>	<p>Dor moderada 4-6/10 Contrações com intervalos de 3 a 5min</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangramento moderado</li> <li>- PAS de 140 -159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas</li> <li>- Ausência de MF em gravidez <math>\geq</math> 22 semanas - Vítimas de Violência física e sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispneia moderada, consegue falar frases mais longas, - Saturação de O<sup>2</sup> <math>\geq</math> 95% em ar ambiente</li> <li>- PAS140- 159 e/ou PAD 90- 109 mmHg, sem sintomas</li> <li>- Edema unilateral de MMII ou dor em panturrilha</li> <li>- Febre: TAx 38,0°C a 39,9°C</li> <li>- Dor de garganta com placas Dor torácica moderada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor moderada 4-6/10</li> <li>- Contrações com intervalos de 3 a 5 min</li> <li>- Perda de líquido claro em grande quantidade</li> <li>- Vítimas de Violência física e sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangramento moderado</li> <li>- Dor moderada 4-6/10 - Contrações com intervalos de 3 a 5 min</li> <li>- Contrações uterinas a intervalos de 3 a 5 min - Ausência de percepção de MF em gravidez <math>\geq</math> 22 sem</li> <li>- Febre: TAx 38°C a 39,9°C Vítima de violência</li> </ul>	<p>História de perda de consciência PAS140-159 e/ou PAD 90- 109 mmHg, sem sintomas</p> <p>Qualquer valor de PA</p> <p>Febre: TAx 38,0°C a 39,9°C Pacientes imunodeprimidas (HIV) História de Trauma Febre alta =&gt; 38,6°C e =&lt;39,9°C</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relato de ausência ou redução de MF por mais de 12 h em gestação <math>\geq</math>26 semanas</li> <li>- PAS 140-159 e/ou PAD 90-109 mmHg, sem sintomas</li> </ul>

	<b>DOR ABDOMINAL/ LOMBAR/ CONTRAÇÕES UTERINAS</b>	<b>FALTA DE AR/ SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</b>	<b>PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL/ SECREÇÕES</b>	<b>PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL</b>	<b>RELATO DE CONVULSÃO</b>	<b>PARADA/ REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS</b>
<b>Verde</b>	Dor leve intensidade 1-3/10 - Febril ≤ 37,9°C  - Perda de líquido em pequena quantidade - Encaminhamento de outras unidades de saúde não enquadradas nas situações de urgência	- Obstrução nasal com secreção amarelada - Dor de garganta sem outras alterações  - Tosse produtiva, persistente - Febril ≤ 37,9°C	- Queixa atípica de perda de líquido/secreções  - Dor leve intensidade 1-3/10  Contrações com intervalo maior que 5 min  Encaminhamento do Centro de Saúde não enquadradas nas situações de urgência	Sangramento leve  Dor leve intensidade 1-3/10	T= 37,5 a 37,9°C - PAS ≤ 139 e/ou PAD ≤ 89 mmHg	<p>- Relato de ausência ou redução de MF por mais de 12 h em gestação de 22 sem e &lt;26 sem;</p> <p>- Relato de ausência ou redução de MF por menos de 12 h em gestação &gt; 22 sem.</p>

	<b>DOR ABDOMINAL/ LOMBAR/ CONTRAÇÕES UTERINAS</b>	<b>FALTA DE AR/ SINTOMAS RESPIRATÓRIOS</b>	<b>PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL/ SECREÇÕES</b>	<b>PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL</b>	<b>RELATO DE CONVULSÃO</b>	<b>PARADA/ REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS</b>
<b>azul</b>	Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde	Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde	Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde	-----	-----	Atendimento não prioritário ou Encaminhamento ao Centro de Saúde

35. Gestante, acompanhada pelo marido, procurou uma unidade de pronto atendimento de uma maternidade relatando não estar sentindo os movimentos fetais. Durante o acolhimento, o enfermeiro constatou que a idade gestacional era de 23 2/7 semanas e há cerca de 10 horas não percebia movimentos fetais. Obteve, entre outros dados objetivos, temperatura axilar = 36,9 °C, frequência respiratória = 19 movimentos/minuto, frequência cardíaca = 88 batimentos/minuto, pressão arterial = 128 x 82 mmHg. Uma vez que não foram informadas ou observadas outras intercorrências obstétricas ou traumas, de acordo com as orientações contidas no Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (MS, 2017), com base no Protocolo de Manchester, o enfermeiro deve identificar a gestante com a cor

- (A) azul.
- (B) amarela.
- (C) laranja.
- (D) vermelha.
- (E) verde.

35. Gestante, acompanhada pelo marido, procurou uma unidade de pronto atendimento de uma maternidade relatando não estar sentindo os movimentos fetais. Durante o acolhimento, o enfermeiro constatou que a idade gestacional era de 232/7 semanas e há cerca de 10 horas não percebia movimentos fetais. Obteve, entre outros dados objetivos, temperatura axilar = 36,9 °C, frequência respiratória = 19 movimentos/minuto, frequência cardíaca = 88 batimentos/minuto, pressão arterial = 128 x 82 mmHg. Uma vez que não foram informadas ou observadas outras intercorrências obstétricas ou traumas, de acordo com as orientações contidas no Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia (MS, 2017), com base no Protocolo de Manchester, o enfermeiro deve identificar a gestante com a cor

- (A) azul.
- (B) amarela.
- (C) laranja.
- (D) vermelha.
- (E) verde.

- 44.** Considere os diferentes aspectos relacionados à diabete melito na gestação e assinale a alternativa correta.
- (A) Para gestantes com glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL no 1º trimestre, deve ser solicitada a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre a 20<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semana de gestação, com avaliação da glicemia de jejum (GJ), após 1 hora (G1h) e 2 horas (G2h).
- (B) A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, e as gestantes em uso de insulina devem traçar seu perfil diariamente, com três momentos de monitorização: em jejum, 60 minutos após o almoço e 60 minutos após o jantar.
- (C) As gestantes com diabete melito devem ser orientadas que, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), o controle da glicemia tem como meta alcançar e manter os seguintes níveis de glicemia: pré-prandial entre 65-95 mg/dL, 1 h pós-prandial menor que 140 mg/dL e 2 h pós-prandial menor que 120 mg/dL.
- (D) A gestação normal é caracterizada por aumento da secreção de insulina materna e queda nos valores de glicose no jejum. Com o passar da gestação, o aumento na resistência à insulina evolui ficando bem definido na 16<sup>a</sup> semana e, caso o pâncreas materno não consiga responder às demandas na produção de insulina, instala-se a hiperglicemia materna.
- (E) As medidas não farmacológicas, incluindo a adequação nutricional e a prática de exercícios, bem como o tratamento farmacológico com antidiabéticos orais, como a metformina e glibenclamida, devem ser instituídas logo após o diagnóstico de diabete melito gestacional.

44. Considere os diferentes aspectos relacionados à diabete melito na gestação e assinale a alternativa correta.

- (A) Para gestantes com glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL no 1º trimestre, deve ser solicitada a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre a 20<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semana de gestação, com avaliação da glicemia de jejum (GJ), após 1 hora (G1h) e 2 horas (G2h).
- (B) A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, e as gestantes em uso de insulina devem traçar seu perfil diariamente, com três momentos de monitorização: em jejum, 60 minutos após o almoço e 60 minutos após o jantar.



## Controle glicêmico - automonitorização

da glicemia capilar, por glicosímetro.

Realizar o perfil glicêmico diariamente (ou pelo menos 3 vezes por semana): jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar.

Manter controle da glicemia materna.

### Níveis de normoglicemias:

- Jejum <95 mg/dL
- Uma hora pós-prandial <140 mg/dL
- Duas horas pós-prandial <120 mg/dL



- 44.** Considere os diferentes aspectos relacionados à diabete melito na gestação e assinale a alternativa correta.
- (A) Para gestantes com glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL no 1º trimestre, deve ser solicitada a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre a 20<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semana de gestação, com avaliação da glicemia de jejum (GJ), após 1 hora (G1h) e 2 horas (G2h).
- (B) A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, e as gestantes em uso de insulina devem traçar seu perfil diariamente, com três momentos de monitorização: em jejum, 60 minutos após o almoço e 60 minutos após o jantar.
- (C) As gestantes com diabete melito devem ser orientadas que, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), o controle da glicemia tem como meta alcançar e manter os seguintes níveis de glicemia: pré-prandial entre 65-95 mg/dL, 1 h pós-prandial menor que 140 mg/dL e 2 h pós-prandial menor que 120 mg/dL.
- (D) A gestação normal é caracterizada por aumento da secreção de insulina materna e queda nos valores de glicose no jejum. Com o passar da gestação, o aumento na resistência à insulina evolui ficando bem definido na 16<sup>a</sup> semana e, caso o pâncreas materno não consiga responder às demandas na produção de insulina, instala-se a hiperglicemia materna.
- (E) As medidas não farmacológicas, incluindo a adequação nutricional e a prática de exercícios, bem como o tratamento farmacológico com antidiabéticos orais, como a metformina e glibenclamida, devem ser instituídas logo após o diagnóstico de diabete melito gestacional.

Manter controle da glicemia materna.

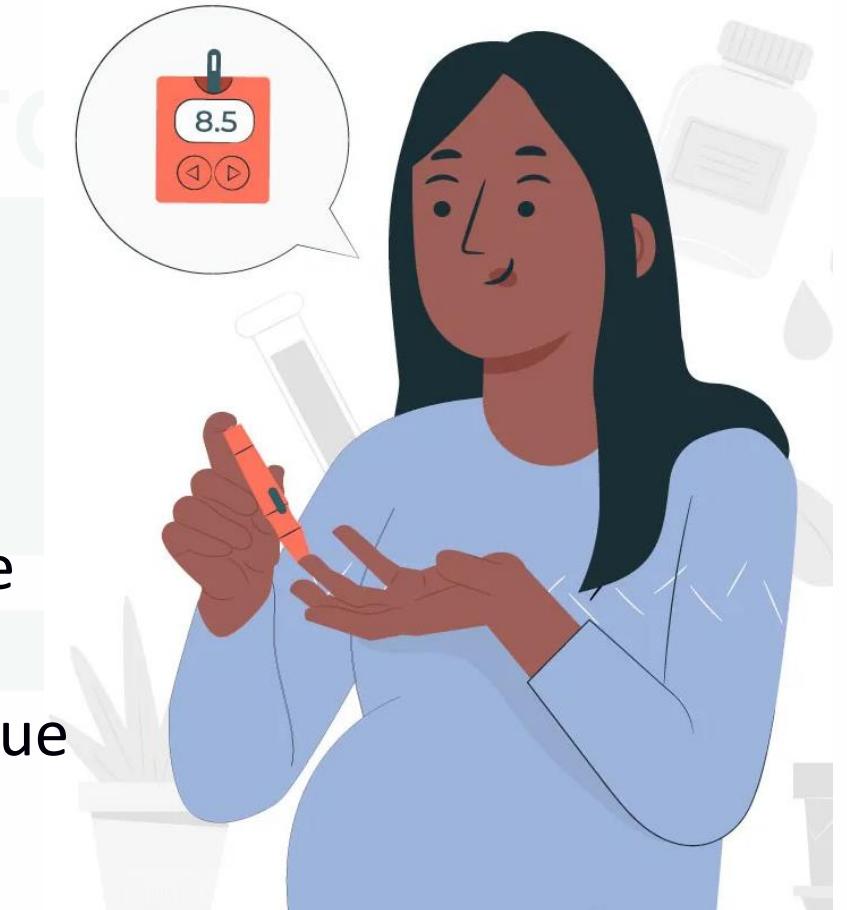
**Níveis de normoglicemia (BRASIL, 2022):**

- Jejum <95 mg/dL
- Uma hora pós-prandial <140 mg/dL
- Duas horas pós-prandial <120 mg/dL

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023):

metas de controle:

pré-prandial (antes da refeição) entre 65-95 mg/dL,  
1 hora pós-prandial (1 hora após a refeição) menor que  
140 mg/dL e  
2 horas pós-prandial (2 horas após a refeição) menor que  
120 mg/dL.



- 44.** Considere os diferentes aspectos relacionados à diabete melito na gestação e assinale a alternativa correta.
- (A) Para gestantes com glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL no 1º trimestre, deve ser solicitada a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre a 20<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semana de gestação, com avaliação da glicemia de jejum (GJ), após 1 hora (G1h) e 2 horas (G2h).
- (B) A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, e as gestantes em uso de insulina devem traçar seu perfil diariamente, com três momentos de monitorização: em jejum, 60 minutos após o almoço e 60 minutos após o jantar.
- (C) As gestantes com diabete melito devem ser orientadas que, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), o controle da glicemia tem como meta alcançar e manter os seguintes níveis de glicemia: pré-prandial entre 65-95 mg/dL, 1 h pós-prandial menor que 140 mg/dL e 2 h pós-prandial menor que 120 mg/dL.
- (D) A gestação normal é caracterizada por aumento da secreção de insulina materna e queda nos valores de glicose no jejum. Com o passar da gestação, o aumento na resistência à insulina evolui ficando bem definido na 16<sup>a</sup> semana e, caso o pâncreas materno não consiga responder às demandas na produção de insulina, instale-se a hiperglicemia materna.
- (E) As medidas não farmacológicas, incluindo a adequação nutricional e a prática de exercícios, bem como o tratamento farmacológico com antidiabéticos orais, como a metformina e glibenclamida, devem ser instituídas logo após o diagnóstico de diabete melito gestacional.

- 44.** Considere os diferentes aspectos relacionados à diabete melito na gestação e assinale a alternativa correta.
- (A) Para gestantes com glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL no 1º trimestre, deve ser solicitada a realização do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g, entre a 20<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semana de gestação, com avaliação da glicemia de jejum (GJ), após 1 hora (G1h) e 2 horas (G2h).
- (B) A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, e as gestantes em uso de insulina devem traçar seu perfil diariamente, com três momentos de monitorização: em jejum, 60 minutos após o almoço e 60 minutos após o jantar.
- (C) As gestantes com diabete melito devem ser orientadas que, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), o controle da glicemia tem como meta alcançar e manter os seguintes níveis de glicemia: pré-prandial entre 65-95 mg/dL, 1 h pós-prandial menor que 140 mg/dL e 2 h pós-prandial menor que 120 mg/dL.
- (D) A gestação normal é caracterizada por aumento da secreção de insulina materna e queda nos valores de glicose no jejum. Com o passar da gestação, o aumento na resistência à insulina evolui ficando bem definido na 16<sup>a</sup> semana e, caso o pâncreas materno não consiga responder às demandas na produção de insulina, instala-se a hiperglicemia materna.
- (E) As medidas não farmacológicas, incluindo a adequação nutricional e a prática de exercícios, bem como o tratamento farmacológico com antidiabéticos orais, como a metformina e glibenclamida, devem ser instituídas logo após o diagnóstico de diabete melito gestacional.

**45.** 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/m<sup>2</sup>)
- (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

**QUADRO 3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA HPP**

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

A hemorragia pós-parto (HPP) é definida como perda sanguínea acima de 500 mL, após o 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.

**45.** 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/m<sup>2</sup>)
- (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

**46.** De acordo com o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (MS, 2008), na perspectiva da promoção da saúde, ao conversar com as mulheres sobre alimentação saudável no climatério, o enfermeiro deve esclarecer que , por ser um potente antioxidante, \_\_\_\_\_ diminui a degradação proteica e lipídica, reduz a ateromatose e fogachos, além de atuar na manutenção dos tecidos de sustentação e pele. Tem como fonte, \_\_\_\_\_ entre outros alimentos .

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

- (A) a vitamina E ... abacate, gérmen de trigo, cereais integrais, castanhas, sementes e óleos vegetais
- (B) a vitamina D ... carne vermelha, frango, peixe, queijos, leite, manteiga, ovos
- (C) a vitamina K ... acerola, caju, goiaba, kiwi, laranja, pimentão e verduras em geral
- (D) o cobre ... semente de linhaça e azeite de oliva
- (E) o zinco ... cereais integrais, principalmente a aveia, vegetais verdes, levedura e gema de ovo

**46.** De acordo com o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (MS, 2008), na perspectiva da promoção da saúde, ao conversar com as mulheres sobre alimentação saudável no climatério, o enfermeiro deve esclarecer que , por ser um potente antioxidante, \_\_\_\_\_ diminui a degradação proteica e lipídica, reduz a ateromatose e fogachos, além de atuar na manutenção dos tecidos de sustentação e pele. Tem como fonte, \_\_\_\_\_ entre outros alimentos .

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

- (A) a vitamina E ... abacate, gérmen de trigo, cereais integrais, castanhas, sementes e óleos vegetais
- (B) a vitamina D ... carne vermelha, frango, peixe, queijos, leite, manteiga, ovos
- (C) a vitamina K ... acerola, caju, goiaba, kiwi, laranja, pimentão e verduras em geral
- (D) o cobre ... semente de linhaça e azeite de oliva
- (E) o zinco ... cereais integrais, principalmente a aveia, vegetais verdes, levedura e gema de ovo

Oliveira et al.

Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024

## Diretrizes

---

# Diretriz Brasileira sobre a Saúde Cardiovascular no Climatério e na Menopausa – 2024

*Brazilian Guideline on Menopausal Cardiovascular Health – 2024*

**RECOMENDAÇÕES ATUAIS PARA A TERAPIA HORMONAL DA MENOPAUSA**

## PRINCIPAIS CONTRAINDICAÇÕES À TERAPIA HORMONAL DA MENOPAUSA

- Sangramento vaginal inexplicado
- Doença hepática descompensada
- Antecedente pessoal de câncer estrogênio-dependente (inclui câncer de mama com ou sem receptor hormonal)
- Antecedente pessoal de doença coronariana
- Acidente vascular cerebral
- Trombose venosa profunda
- Elevado risco tromboembólico por doença adquirida ou hereditária
- Porfiria
- Lúpus eritematoso sistêmico associado a risco elevado de trombose venosa
- Antecedente pessoal de meningioma (contraindicação especialmente para o progestagênio).

# FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM MULHERES



**55.** No que diz respeito a prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e puerpério, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda:

- (A) o início da reposição volêmica imediata, por via endovenosa com soro fisiológico 0,9%, (10 mL/kg), para gestantes e puérperas até o 30º dia pós-parto, com dengue, sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço.
- (B) que, nos serviços de saúde, gestantes e puérperas, apresentando algum sinal de alarme no momento do acolhimento com classificação de risco, devem ser identificadas com a cor vermelha.
- (C) a realização da prova do laço na triagem de todas as gestantes e puérperas com suspeita de dengue, devendo ser considerada como resultado positivo a presença de 10 ou mais petéquias na área definida.
- (D) a ingestão de vitaminas do complexo B e o uso de repelentes à base de andiroba e citronela como medida complementar a outras medidas de prevenção da dengue, na fase de recuperação.
- (E) a aplicação de repelentes à base de Icaridina, DEET e “IR3535” em toda a área exposta da pele e, no caso de serem usadas roupas de tecidos finos, aplicar sobre a roupa, como medida de profilaxia contra a picada do *Aedes aegypti*.

**55.** No que diz respeito a prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e puerpério, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda:

(A) o início da reposição volêmica imediata, por via endovenosa com soro fisiológico 0,9%, (10 mL/kg), para gestantes e puérperas até o 30º dia pós-parto, com dengue, sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço.

## **Grupo B – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto sem sinais de alarme**

Gestantes ou puérperas apresentem as manifestações clínicas sugestivas ou diagnóstico de dengue e não apresentem nenhum sinal de alarme ou gravidade.

Devem ser atendidas o mais rápido possível, necessitam de vigilância e hidratação

**55.** No que diz respeito a prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e puerpério, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda:

- (A) o início da reposição volêmica imediata, por via endovenosa com soro fisiológico 0,9%, (10 mL/kg), para gestantes e puérperas até o 30º dia pós-parto, com dengue, sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço.
- (B) que, nos serviços de saúde, gestantes e puérperas, apresentando algum sinal de alarme no momento do acolhimento com classificação de risco, devem ser identificadas com a cor vermelha.

## Formação de grupos segundo a gravidade da doença

- **Grupo A:** Preenche os requisitos de dengue, mas não apresenta nenhum sinal de alarme, sem condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades.
- **Grupo B:** Dengue sem sinais de alarme, mas apresenta condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades. Se houver sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço, também se classifica nesse grupo.
- **Grupo C:** Quando houver algum sinal de alarme.
- **Grupo D:** Quando houver algum sinal de gravidade (choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos)

## Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

Azul	Grupo A	Atendimento conforme o horário de entrada
Verde	Grupo B	Prioridade
Amarelo	Grupo C	Urgência - Atendimento o mais rápido possível
Vermelho	Grupo D	Emergência - Necessidade de atendimento imediato

**55.** No que diz respeito a prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e puerpério, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda:

- (A) o início da reposição volêmica imediata, por via endovenosa com soro fisiológico 0,9%, (10 mL/kg), para gestantes e puérperas até o 30º dia pós-parto, com dengue, sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço.
- (B) que, nos serviços de saúde, gestantes e puérperas, apresentando algum sinal de alarme no momento do acolhimento com classificação de risco, devem ser identificadas com a cor vermelha.
- (C) a realização da prova do laço na triagem de todas as gestantes e puérperas com suspeita de dengue, devendo ser considerada como resultado positivo a presença de 10 ou mais petéquias na área definida.



Insuflar o manguito do esfigmomanômetro até o valor médio, manter durante cinco minutos em adultos ou três minutos em crianças;

Demarcar uma área de aproximadamente 2,5 cm x 2,5 cm abaixo 5 cm da dobra do cotovelo, delimitando-a como um quadrado na pele com caneta ou outro marcador;

Contabilizar o número de petéquias no quadrado;

Avaliar o resultado: a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças

**55.** No que diz respeito a prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e puerpério, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda:

- (A) o início da reposição volêmica imediata, por via endovenosa com soro fisiológico 0,9%, (10 mL/kg), para gestantes e puérperas até o 30º dia pós-parto, com dengue, sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço.
- (B) que, nos serviços de saúde, gestantes e puérperas, apresentando algum sinal de alarme no momento do acolhimento com classificação de risco, devem ser identificadas com a cor vermelha.
- (C) a realização da prova do laço na triagem de todas as gestantes e puérperas com suspeita de dengue, devendo ser considerada como resultado positivo a presença de 10 ou mais petéquias na área definida.
- (D) a ingestão de vitaminas do complexo B e o uso de repelentes à base de andiroba e citronela como medida complementar a outras medidas de prevenção da dengue, na fase de recuperação.

**55.** No que diz respeito a prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e puerpério, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomenda:

- (A) o início da reposição volêmica imediata, por via endovenosa com soro fisiológico 0,9%, (10 mL/kg), para gestantes e puérperas até o 30º dia pós-parto, com dengue, sem sinais de alarme, mas com sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço.
- (B) que, nos serviços de saúde, gestantes e puérperas, apresentando algum sinal de alarme no momento do acolhimento com classificação de risco, devem ser identificadas com a cor vermelha.
- (C) a realização da prova do laço na triagem de todas as gestantes e puérperas com suspeita de dengue, devendo ser considerada como resultado positivo a presença de 10 ou mais petéquias na área definida.
- (D) a ingestão de vitaminas do complexo B e o uso de repelentes à base de andiroba e citronela como medida complementar a outras medidas de prevenção da dengue, na fase de recuperação.
- (E) a aplicação de repelentes à base de Icaridina, DEET e “IR3535” em toda a área exposta da pele e, no caso de serem usadas roupas de tecidos finos, aplicar sobre a roupa, como medida de profilaxia contra a picada do *Aedes aegypti*.

Completam-se as medidas de profilaxia contra a picada do *Aedes aegypti* com o uso do repelente em toda a área exposta da pele; no caso de serem usadas roupas de tecidos finos, sugere-se utilizar o repelente sobre a roupa. Em caso de uso de creme hidratante ou protetor solar, é importante lembrar que o repelente é o último a ser aplicado. Os repelentes mais indicados para uso em gestantes são aqueles à base de "Icaridina", o "DEET" e o "IR3535".<sup>(82)</sup> Em comunidades com temperaturas mais elevadas, esses repelentes devem ser utilizados em períodos menores que o preconizado. Recomenda-se cuidado para evitar o contato desses compostos com olhos, boca e nariz. A ingestão de vitaminas do complexo B, bem como o uso de repelentes à base de andiroba e citronela, não é eficaz como repelente, e seu uso não é recomendado para essa finalidade.

## PUBLICAÇÃO E REDE SOCIAL



# Instagram



@prof.luciane.pereira