

## Enfermagem na saúde da mulher

### Assistência de enfermagem à mulher no parto, puerpério, aleitamento materno e cuidados ao RN

#### 1. Assistência de Enfermagem ao trabalho de parto e parto

As mulheres **devem receber as seguintes informações sobre o local de parto:**

- Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendam deverão estabelecer uma relação de intimidade com estas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.
- Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.
- As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher.

#### Dieta durante o trabalho de parto

- Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água. As que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.
- As mulheres que receberem opióides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos. Medidas de assepsia para o parto vaginal
- Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas únicas não necessariamente estéreis, são apropriadas para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais.

**Avaliação do bem-estar fetal** - Realizar a ausculta imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única.

#### **Manejo da dor no trabalho de parto**

##### **Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto**

- Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto.
- A injeção de água estéril não deve ser usada para alívio da dor no parto.
- A estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido.
- A acupuntura e a hipnose pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado e disponível para tal.
- Apoiar que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher durante o trabalho de parto.

- Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se deve coibir as mulheres que desejarem usar audio-analgesia e aromaterapia durante o trabalho de parto.

**Analgesia inalatória** - O óxido nitroso a 50% em veículo específico pode ser oferecido para alívio da dor no trabalho de parto, quando possível e disponível, mas informar às mulheres que elas podem apresentar náuseas, tonteiras, vômitos e alteração da memória.

**Analgesia intramuscular e endovenosa: OPIÓIDES** - informar sobre o alívio limitado da dor e dos efeitos colaterais significativos para ela (náuseas, sonolência e tonteira) assim como para a criança (depressão respiratória ao nascer e sonolência que pode durar vários dias). Também podem interferir negativamente na amamentação.

### **Analgesia regional**

- A analgesia peridural e a analgesia combinada raqui – peridural (RPC) constituem técnicas igualmente eficazes para alívio da dor de parto.
- Quando se pretende fornecer alívio rápido da dor, sem elevação da dose de anestésico, a **via intratecal** é a técnica de escolha.
- Toda gestante após analgesia regional deve ser avaliada quanto à ocorrência de Hipotensão arterial, sendo a necessidade de hidratação e/ou suporte com drogas vasoativas avaliada individualmente.
- Após constatado 10 cm de dilatação, devem ser estabelecidas estratégias para que o nascimento **ocorra em até 4 horas**.
- Toda gestante **submetida a analgesia de parto** deverá estar com monitorização básica previamente instalada (Pressão Arterial Não Invasiva - PANI **a cada 5 minutos e oximetria de pulso**).
- **Se após 30 minutos do início da analgesia ou dose de resgate for constatada efetividade, o anestesiolegista deverá considerar falha técnica.**
- Toda parturiente submetida a início de analgesia regional ou doses adicionais de resgate, seja qual for a técnica, **deve ser submetida a ausculta intermitente da FCF de 5 em 5 minutos por no mínimo 30 minutos**.

### **Ruptura prematura de membranas (RPM) no termo**

- Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente. Se houver dúvida, realizar um exame especular. Evitar toque vaginal na ausência de contrações.
- Até que a indução do trabalho de parto seja iniciada ou se a conduta expectante for escolhida pela gestante para além de 24 horas:
  - não realizar coleta de swab vaginal-anal e dosagem da proteína C-reativa materna.
  - para detectar qualquer infecção, aconselhar a mulher a medir sua temperatura a cada 4 horas durante o período de observação e comunicar imediatamente qualquer alteração na cor ou cheiro das perdas vaginais.
  - informar à paciente que tomar banho não está associado com um aumento da infecção, mas ter relações sexuais pode estar.
- Avaliar a movimentação fetal e a frequência cardíaca fetal na consulta inicial e depois a cada 24 horas, enquanto a paciente não entrar em trabalho de parto

- Se o trabalho de parto não se iniciar dentro de 24 horas a paciente deve ser aconselhada a ter o parto onde haja acesso a serviços neonatais.

## **Eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto**

- A monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, deve ser utilizada para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto; na ausência de disponibilidade da monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, a ausculta fetal intermitente, pode ser usada na monitorização do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto;
- Considerar a realização de amnioinfusão diante da eliminação de mecônio moderado a espesso durante o trabalho de parto se não houver disponibilidade de monitoração eletrônica fetal contínua;
- Não se aconselha a realização de cesariana apenas para a eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, exceto em protocolos de investigação.

### **1.1. Assistência no primeiro período do parto**

#### **Definição e duração das fases do primeiro período do trabalho de parto**

- Para fins desta diretriz, utilizar as seguintes definições de trabalho de parto:
  - Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto – um período não necessariamente contínuo quando: o há contrações uterinas dolorosas E há alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm.
  - Trabalho de parto estabelecido – quando: o há contrações uterinas regulares E o há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.
- A duração do trabalho de parto ativo pode variar:
  - Nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas.
  - Nas multíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas.

#### **Observações e monitoração no primeiro período do parto**

- Registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:
  - Frequência das contrações uterinas e pulso - de 1 em 1 hora
  - Temperatura e PA e exame vaginal de 4 em 4 horas
  - Frequência da diurese
- Transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital ou solicitar assistência de médico obstetra
  - **Observações da mulher:**
    - ✓ Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo
    - ✓ PA sistólica  $\geq 160$  mmHg OU PA diastólica  $\geq 110$  mmHg em uma única medida
    - ✓ PA sistólica  $\geq 140$  mmHg OU diastólica  $\geq 90$  mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo
    - ✓ Proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg ou diastólica  $\geq 90$  mmHg 40
    - ✓ Temperatura de  $38^{\circ}\text{C}$  ou mais em uma única medida OU  $37,5^{\circ}\text{C}$  ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo

- ✓ Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão o
- Presença de mecônio significativo
- ✓ Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações
- ✓ Progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto o Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional
- ✓ Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada
- ✓ Placenta retida o Lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado
- **Observações fetais:**
  - ✓ Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão
  - ✓ Situação transversa ou oblíqua
  - ✓ Apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara
  - ✓ Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia
  - ✓ Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio
  - ✓ Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm
  - ✓ Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

## **Intervenções e medidas de rotina no 1º período do parto**

- O enema, a tricotomia pubiana e perineal não devem ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto
- A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.
- As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto.

## **Falha de progresso no 1º período do trabalho de parto**

- Se houver suspeita de falha de progresso no trabalho de parto considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo:
  - dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas para as primíparas
  - dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as multíparas
  - descida e rotação do pólo cefálico
  - mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.
- Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras.

## **1.2. Assistência no 2º período do parto**

### **Ambiente de assistência, posições e imersão em água**

- Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A

mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios

- Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.
- Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.
- Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, o puxo deve ser adiado por pelo menos 1 hora ou mais, se a mulher o desejar, exceto se a mulher quiser realizar o puxo ou a cabeça do bebê estiver visível. Após 1 hora a mulher deve ser incentivada ativamente para realizar o puxo durante as contrações.
- A manobra de Kristeller não deve ser realizada

## **Definição e duração do 2º período do trabalho de parto**

- **Fase inicial ou passiva:** dilatação total do colo sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve.
- **Fase ativa:** dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero na ausência das contrações de expulsão.

## **Falha de progresso no 2º período do parto**

- Para as nulíparas, suspeitar de prolongamento, se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.
- Para as múltiparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos de segundo estágio ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.
- Após a avaliação obstétrica inicial, manter a revisão a cada 15-30 minutos.

## **Cuidados com o períneo**

- Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto.
- Considerar aplicação de compressas mornas no períneo no segundo estágio do parto.
- Não se recomenda a aplicação de spray de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto.
- Tanto a técnica de 'mãos sobre' (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de 'mãos prontas' (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.
- Se a técnica de 'mãos sobre' for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar à mulher para não empurrar nesse momento.
- Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo. Se 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. Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia.

**1.3. 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.

- O manejo ativo do terceiro período - intervenções com os seguintes componentes: uso rotineiro de drogas uterotônicas, clampamento e secção precoce do cordão umbilical, tração controlada do cordão após sinais de separação placentária.

→ Para o manejo ativo administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança. Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão. Não realizar a secção do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal. A tração controlada do cordão, como parte do manejo ativo, só deve ser realizada após administração de ocitocina e sinais de separação da placenta. Não use injeção de ocitocina na veia umbilical rotineiramente.

- O manejo fisiológico do terceiro período do parto envolve um pacote de cuidados: sem uso rotineiro de uterotônicos, clampamento do cordão após parar a pulsação e expulsão da placenta por esforço materno. Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos de manejo ativo ou 60 minutos de manejo fisiológico.

→ Mudar do manejo expectante para o manejo ativo se ocorrer: Hemorragia / A placenta não dequitou 1 hora após o parto

**Cuidados com o períneo**

- O trauma perineal ou genital deve ser definido como aquele provocado por episiotomia ou lacerações, da seguinte maneira:
  - Primeiro grau – lesão apenas da pele e mucosas
  - Segundo grau – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal
  - Terceiro grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal:
    - ✓ 3a – laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal
    - ✓ 3b – laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal
    - ✓ 3c – laceração do esfíncter anal interno.
  - Quarto grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal.

**1. CUIDADOS NO PERÍODO PUERPERAL**

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

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

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

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

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

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

Como **complicações puerperais tardias**, as mais comuns são: incontinência urinária; dispareunia; incontinência de fezes ou gases; cistocele; prolapso; e rotura de períneo. No caso das complicações tardias 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 (GARCIA, 2019).

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

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

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

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

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

✓ Ações relacionadas à puérpera - Anamnese:

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

**As condições da gestação:**

- ✓ As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- ✓ Os dados do parto (data; tipo de parto; se parto cesárea, qual indicação deste tipo de parto);
- ✓ Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização de Rh);
- ✓ Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou o parto;



- ✓ O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).

**Pergunte a ela como se sente e indague questões sobre:**

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

**Avaliação clínico-ginecológica:**

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

**Condutas:** Oriente a puérpera sobre:

- ✓ Higiene, alimentação, atividades físicas;
- ✓ Atividade sexual, informando-a a respeito de prevenção de DST/Aids;
- ✓ Cuidados com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);



- ✓ Prescreva suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- ✓ É importante orientar que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção.
- ✓ Consulta puerperal (até 42 dias)

## QUESTÕES

### 1. (EsFCEX 2023) De acordo com as recomendações apresentadas na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto (MS, 2016), no 3º período do parto

- (A) o clameamento 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.

### 2. (UFF 2017 – Res Enf Multiprofissional) O manejo do terceiro estágio do parto envolve duas escolhas: a conduta expectante e a ativa. É consenso na enfermagem obstétrica a conduta expectante caracterizada por envolver a espera vigilante que prima pela:

- (A) manipulação ativa da dequitação, praticando o campleamento tardio do cordão umbilical e intervindo somente no tratamento das complicações.
- (B) manipulação ativa da dequitação, praticando o campleamento precoce do cordão umbilical para prevenir as complicações hemorrágicas puerperais.
- (C) manipulação ativa da dequitação, praticando o campleamento tardio do cordão umbilical e para prevenir as complicações hemorrágicas aplicar metilergonovina IM.
- (D) dequitação fisiológica, praticando o campleamento tardio do cordão umbilical e intervindo somente no tratamento das complicações, caso ocorram.

## 2. ASPECTOS EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO

GARCIA (2019)

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

controláveis, envolvendo uma multifatorialidade e situações de vulnerabilidade, tais como:

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

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

Aspectos emocionais do puerpério (BRASIL, 2013)			
	Tristeza puerperal (também chamada de Baby blues ou Maternity blues)	Depressão puerperal (também chamado de depressão pós-parto)	Transtorno psicótico puerperal
<b>CONCEITOS</b>	Alteração psíquica <u>leve e transitória</u>	Transtorno psíquico de <u>moderado a severo</u> , com início insidioso.	Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de <u>perturbações mentais graves</u> .
<b>PREVALÊNCIA</b>	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2%
<b>MANIFESTAÇÃO</b>	Inicia-se no 3º até 4º dia do puerpério.	<u>Início insidioso</u> da 2ª a 3ª semana do puerpério	<u>Início abrupto</u> nas 2 ou 3 semanas após o parto.
<b>SINTOMAS</b>	Choro, flutuações de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, <u>dificuldade de concentração</u> ,	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, <u>anorexia</u> , náuseas, distúrbios de sono, <u>insônia inicial e pesadelos</u> , ideias	Confusão mental, <u>alucinações ou delírios</u> , agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia:

	<b><u>ansiedade relacionada ao bebê.</u></b>	suicidas, perda do interesse sexual.	sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas
<b>CURSO E PROGNÓSTICO</b>	Remissão espontânea de uma semana a 10 dias	Desenvolve-se lentamente em semanas, atingindo assim um limiar; o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce das intervenções no quadro.

## **QUESTÕES**

- (EBSERH/MA – 2015) No puerpério, os sintomas que incluem quadro alucinatório delirante, grave e agudo; delírios que envolvem os filhos, estado confusional e comportamento desorganizado, havendo risco para a própria mulher e para o bebê, sendo necessário encaminhamento para especialista em saúde mental, são definidos como
  - psicose refratária.
  - psicose persecutória.
  - psicose puerperal.**
  - psicose delirante.
  - psicose neonatal.
- (EBSERH) Paciente, no terceiro dia de puerpério, apresentou choro, flutuações de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração e ansiedade relacionada ao bebê. Diante deste quadro, pode-se considerar que a paciente apresenta
  - tristeza puerperal, também chamada de baby blues.**
  - depressão puerperal, também chamada de depressão pós-parto.
  - transtorno psicótico puerperal.
  - transtorno obsessivo compulsivo puerperal.
  - síndrome de Capgras.
- (EBSERH/HU-UFJF 2015) A puérpera apresenta um estado de fragilidade e hiperemotividade transitória (choro fácil, irritabilidade, tristeza ou hipersensibilidade) que não é considerado depressão pós-parto. O manejo adequado inclui uma orientação sobre a sua frequência e transitoriedade, o estímulo à manifestação de sentimentos e a aceitação de apoio. O enunciado refere-se
  - à depressão gestacional.
  - a transtorno de ansiedade.
  - à esquizofrenia puerperal.
  - a transtorno afetivo bipolar.

(E) a baby blues.

### 3. ALOISOIMUNIZAÇÃO - DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

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

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

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

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

- Anemia fetal intraútero.
- Hiperbilirrubinemia do RN.

#### Diagnóstico laboratorial

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

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

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

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

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

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

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

#### Prevenção da sensibilização ao fator Rh

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

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

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

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

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

## **QUESTÕES**

6. (CEPUERJ/ Res. Enf - 2005) A prevenção da sensibilidade pelo fator Rh pode ser realizada nas primeiras 72 horas de pós-parto com a administração de imunoglobulina humana anti-D em mães Rh negativo com:

- (A) Variante DU negativo, com parto de recém-nascido Rh negativo, com coombs indireto positivo
- (B) Variante DU positivo, com parto de recém-nascidos Rh positivo, com coombs indireto negativo
- (C) Coombs indireto positivo, com parto de recém-nascido Rh negativo, com coombs direto positivo
- (D) Coombs indireto negativo, com parto de recém-nascido Rh positivo, com coombs direto negativo**

7. (IFF Saúde da Mulher 2014) A aloimunização materno-fetal permanece afetando cerca de 05 a cada 1.000 gestações, mesmo que com a divulgação/ conhecimento da recomendação em relação à profilaxia com imunoglobulina anti-D. A aloimunização Rh confere riscos de hidropsia e óbito fetal ou neonatal. Desta forma, é medida preventiva, da sensibilização pelo fator Rh, a administração de imunoglobulina anti-D, em mulheres Rh negativo e deve ser realizada nas seguintes situações, EXCETO:

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

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

## 4. Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

### 4.1. Pega incorreta do mamilo

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

### 4.2. 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.

### 4.3. Fissuras (rachaduras)

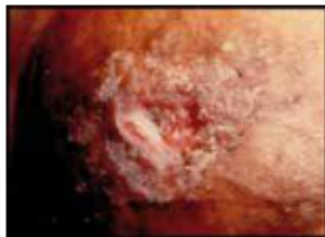
Ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. Os hábitos de manter as mamas secas, não usar sabonetes, cremes ou pomadas também ajudam na prevenção. Recomenda-se tratar as fissuras com o leite materno do fim das mamadas, com o banho de sol e a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

**Quadro 6: Condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério**

Alterações	Descrição / manifestações	Condutas / orientações de enfermagem
Traumas Mamilares  (BRASIL, 2015; FLORIANÓPOLIS, 2016; PEREIRA <i>et. al</i> , 2012; MORAIS & THOMSON, 2006)	<p><b>Fissuras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pequena (até 3 mm): dor e desconforto apenas no início das primeiras sugadas;</li> <li>• Média (até 6 mm): dor desde o início e demora para desaparecer;</li> <li>• Grande (maior que 6 mm): dor intensa durante toda a mamada e pode ou não ter sangramento.</li> </ul> <p>(PEREIRA <i>et. al</i>, 2012; VINHA, 2002)</p>  <p>(Fonte: BRASIL, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a mamada e corrigir a posição e pega, se necessário;</li> <li>• Iniciar a mamada pela mama menos afetada;</li> <li>• Evitar o uso de óleos, cremes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos;</li> <li>• Ordenhar um pouco de leite antes da mamada (evita que o bebê sugue com força para promover este reflexo);</li> <li>• Alternar diferentes posições de mamadas para reduzir a pressão dos tecidos danificados;</li> <li>• Amamentar em livre demanda;</li> <li>• Não utilizar bombas tira-leite;</li> <li>• Observar no RN a presença de freio lingual curto;</li> </ul>



mamada.



(Fonte: VINHA, 2002)

## Escoriação

- Maior prevalência em mamilos semi-protusos;
- 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.

- 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 (BRASIL, 2015; GIUGLIANI, 2003; GIUGLIANI, 2004);

- Recomendar o tratamento úmido com a aplicação de leite ordenhado nos mamilos antes e após as mamadas. Nos Estados Unidos, tem sido utilizada a lanolina, embora sejam limitados os estudos sobre sua eficácia, tanto nacionais quanto internacionais (GIUGLIANI, 2003; GIUGLIANI, 2004);



(Fonte: VINHA, 2002)

## Vesículas

- Caracterizada por ardência nos mamilos.



- Nos casos de fissuras grandes ou outros traumas que causem muita dor e/ou sangramento, deve-se suspender a amamentação por 48h a 72h no mamilo traumatizado. Após a suspensão oferecer a mama comprometida por 5 min. com aumento gradativo a cada dia:

- **1º dia:** amamentar somente 3 vezes ao dia, não excedendo 5 minutos de mamada. Em seguida, realizar a ordenha manual e oferecer o leite ordenhado para a criança. (PEREIRA *et. al*, 2012; VINHA, 2002);

- **2º dia:** se não ocorrer a reincidência do trauma e, na ausência de dor, aumentar de 3 em 3 horas e continuar a não exceder o tempo de 5 minutos. (PEREIRA *et. al*, 2012; VINHA, 2002);

- Após recuperação do trauma orientar a amamentação em livre demanda;

- Se necessário, o enfermeiro deverá prescrever: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas (BRASIL, 2016);

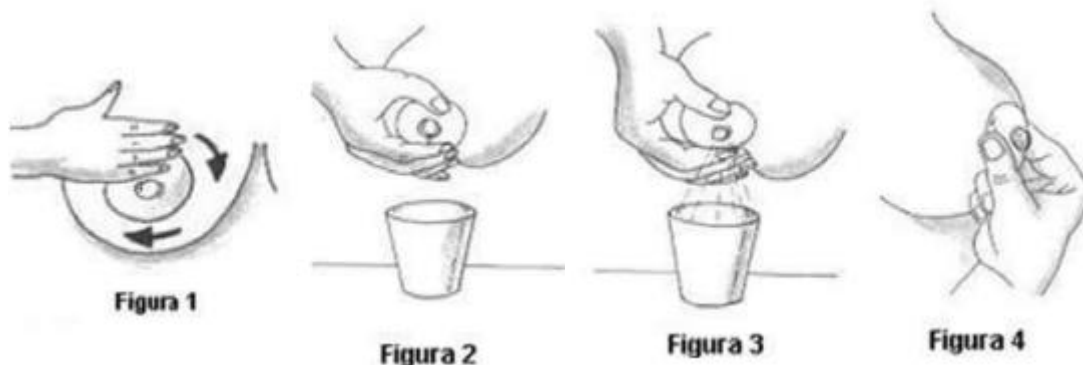
- Agendar retorno na unidade de saúde.

## 4.4. Mamas ingurgitadas

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

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

- **Ingurgitamento Fisiológico:** Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade;
- **Ingurgitamento Patológico:** Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas edemaciadas e brilhantes.
- Realizar e orientar a massagem (delicada) particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite e ordenha manual conforme Fig. 1, 2 e 3;
- Orientar a testar a flexibilidade da aréola antes da mamada e caso esteja tensa, proceder a massagem e a ordenha do complexo mamilo-areolar (Fig. 4);



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

## 4.5. Mastite

É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, é unilateral e pode ser consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado. Tal situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado.

A amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível. De igual forma, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas (BRASIL, 2013)

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

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

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

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

#### 4.6. Fenômeno de Raynaud (GARCIA, 2019)

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

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

#### 4.7. 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.

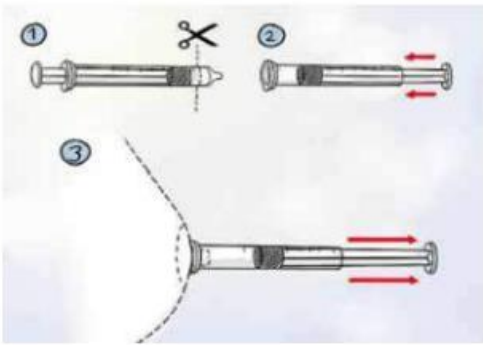

- Orientar que é um fenômeno transitório (primeiras 48 horas) e a melhora acontece após o esvaziamento das mamas com ordenha manual;
- Ocorre com mais frequência em mulheres acima de 35 anos e primíparas adolescentes.

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

- A mãe pode estar insegura e sofrendo pressão de pessoas próximas, que traduzem o choro do bebê e as mamadas frequentes (inerentes ao comportamento normal em recém-nascidos) em sinais de fome;
- A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro;
- A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome;

- Crianças que recebem suplemento, sugará menos o peito e, como consequência, haverá menor produção de leite.
- Orientar a mãe que a descida do leite costuma ocorrer entre o 2º e 3º dia pós parto, antes disso, a mulher produz em média 40 à 160 ml de colostro nas primeiras 48hs, quantidade suficiente para saciar a fome do RN;
- Orientar que o volume de leite produzido na lactação varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz em média 800 a 1.000 ml de leite por dia;
- Observar os sinais do bebê quando há insuficiência de leite: ficar inquieto na mama, chorar muito, querer mamar com muita frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. Observar:
  - Ganho de peso que deve ser maior ou igual a 20g/dia;
  - Número de micções: no mínimo 6 a 8 vezes ao dia;
  - Sinais clínicos de desidratação: turgor da pele diminuído, fontanela deprimida;
  - Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados;
  - Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
  - Após a mamada, ordenhar o leite residual;
  - Aumentar ingestão de líquidos;
  - Contraindicar consumo de álcool;
  - Estimular que a puérpera descanse, se possível, acionar rede de apoio;
  - Caso estas medidas não tenham êxito, orienta-se realizar a relactação;
  - Caso estas medidas não farmacológicas não funcionem pode ser útil o uso de galactogogos;
  - O Enfermeiro poderá prescrever domperidona 10 a 20 mg, 3 a 4 vezes ao dia, por 3 a 8 semanas (BRASIL, 2015). A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.



<p>Mamilos planos ou invertidos (BRASIL, 2015)</p>	<p>Podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois grande parte dos RNs fazem o “bico” com a aréola.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a confiança e empoderar a mãe;</li> <li>• Ajudar a mãe a favorecer a pega correta;</li> <li>• Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;</li> <li>• 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);</li> </ul>  <p>(Fonte: BRASIL, 2015)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomenda-se esta técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar;</li> <li>• O mamilo deve ser mantido em sucção por cerca de 30 a 60 segundos ou menos, se houver desconforto.</li> </ul>
<p>Bebê que não suga ou tem sucção fraca (BRASIL, 2016)</p>	<p><b>Possíveis causas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar em determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo);</li> <li>• Pressão na cabeça do bebê ao ser apoiado;</li> <li>• Não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem manter a pega;</li> <li>• Não abre a boca suficientemente;</li> <li>• Alguma diferença entre as mamas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento);</li> <li>• Mãe com dificuldade para posicioná-lo adequadamente em um dos lados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a ordenha manual para estimular a mama, em média 5 vezes ao dia;</li> <li>• Suspender o uso de chupeta ou mamadeira;</li> <li>• Estimular o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e mole;</li> <li>• 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;</li> </ul>  <p>(Fonte: Fiocruz, 2019)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendar retorno do RN na unidade para avaliar ganho de peso.</li> </ul>

<p>Demora na descida do leite</p> <p>(BRASIL, 2016)</p>	<p>A amamentação normalmente ocorre em média 30 horas após o parto, podendo estender este tempo no parto cesáreo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a autoconfiança da mãe;</li> <li>• Orientar medidas de estímulo como sucção frequente do bebê e a ordenha;</li> <li>• Realizar a <b>relactação</b> que consiste em uma sonda conectada a um recipiente (pode ser um copo ou pote) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira, o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.</li> </ul>  <p>(Fonte: TAMEZ, R. N, 2013)</p>
---	---	--

## 4.9. AMAMENTAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS (Garcia, 2009)

### Nova gravidez

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

### Gemelaridade

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

### Crianças com malformações orofaciais

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

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

#### **4.10. Contraindicações da amamentação:**

Neonatais:

- alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade.

Maternas:

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

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

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

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

- ✓ O risco de transmissão do HIV pelo leite materno é elevado (entre 7% a 22%) e renova-se a cada exposição (mamada). A transmissão ocorre tanto pelas mães sintomáticas quanto pelas assintomáticas.
- ✓ O risco de transmissão do HTLV1 e do HTLV2 (vírus linfotrófico humano de células T) pela amamentação é variável e bastante alto, sendo mais preocupante pelo HTLV1
- ✓ Após o parto, a lactação deverá ser inibida mecanicamente (enfaixamento das mamas ou uso de sutiã apertado) e recomenda-se o uso da cabergolina como inibidor de lactação, respeitando-se as suas contraindicações. A amamentação cruzada (aleitamento da criança por outra nutriz) está formalmente contraindicada.
- ✓ A criança deverá ser alimentada com fórmula infantil durante os seis primeiros meses de vida, além de necessitar posteriormente da introdução de outros alimentos, conforme orientação do “Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses Que Não Podem Ser Amamentadas” (BRASIL, 2004).



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

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

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

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

**Não contraindica a lactação** (GARCIA, 2019)

- **Tuberculose:** recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o RN deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses (prescrição médica);
- **Hanseníase:** por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;
- **Hepatite B:** a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;
- **Hepatite C:** a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é

importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;

- **Dengue:** há no leite materno um fator protetor que protege a criança;
- **Tabagismo:** os benefícios do leite materno para a criança superam os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. Contudo, o profissional de saúde deve buscar desencorajar o uso de tabaco pela mãe, alertando sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a possível diminuição da produção e da ejeção do leite. Para reduzir danos à criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a fumar após as mamadas e a não fumarem no ambiente em que a criança se encontra;
- **Consumo de álcool:** assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerir álcool. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3g/kg de peso pode reduzir a produção láctea. O álcool pode modificar o odor e o sabor do leite materno, levando à recusa pelo lactente.

## QUESTÕES

10. (EBSERH – AOCP 2015) Em relação às dificuldades com o aleitamento materno, assinale a alternativa INCORRETA.

- (A) Recomenda-se tratar as fissuras com pomadas específicas ou cascas de banana. O banho de sol deve ser evitado, pois é importante manter as mamas sempre úmidas.
- (B) Na presença de mastite, a amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível. De igual forma, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.
- (C) As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (com pele brilhante) e, às vezes, avermelhadas. Nestas situações, a mulher também pode apresentar febre.
- (D) Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para a amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente.
- (E) A mastite é um processo inflamatório ou infeccioso, geralmente é unilateral e pode ser consequente de um ingurgitamento indevidamente tratado.

11. (EBSERH 2017) Puérpera chega à unidade, com seu bebê de colo com um mês de vida, reclamando de muita dor na mama direita já há 10 dias. Refere conseguir amamentar apenas na mama esquerda. Ao exame físico, apresenta mama direita dura, com rubor, hiperemia e um processo inflamatório e infeccioso próximo ao mamilo. A partir dessa avaliação, qual é o diagnóstico dessa puérpera?

- (A) Fissura mamária.
- (B) Mama ingurgitada.
- (C) Mastite.
- (D) Mamilo invertido.
- (E) Tubérculo de Montgomery

## 5. CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

- Realizar o índice de Apgar ao 1º e 5º minutos de vida, rotineiramente
- Coletar sangue de cordão para análise de pH em recém-nascidos com alterações clínicas tais como respiração irregular e tônus diminuído. Não fazer a coleta de maneira rotineira e universal.
- Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável. Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.
- Realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal.
- A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido. O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento. Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina.
- Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica. A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade. Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses. A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia. Para recém-nascidos em regime de aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena.
- Estimular as mulheres a ter contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento.
- Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.
- Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.
- Registrar a circunferência cefálica, temperatura corporal e peso imediatamente após a primeira hora de vida.
- Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência.
- Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento.

- Se houver mecônio significativo e o recém-nascido não apresentar respiração, frequência cardíaca e tônus normais, este deve ser assistido segundo diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal, incluindo realização precoce de laringoscopia e sucção sob visão direta.
- Se houver mecônio significativo e a criança estiver saudável, esta deve ser observada em uma unidade com acesso imediato a um neonatologista. Essas observações devem ser realizadas com 1 e 2 horas de vida e depois de 2 em 2 horas por 12 horas.
- Se não houver mecônio significativo, observar o recém-nascido com 1 e 2 horas de vida em todos os locais de parto.
- Se qualquer um dos seguintes sinais forem observados, com qualquer grau de mecônio, o recém-nascido deve ser avaliado:
  - ✓ frequência respiratória > 60 ipm
  - ✓ presença de gemidos
  - ✓ frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm
  - ✓ enchimento capilar acima de 3 segundos
  - ✓ temperatura corporal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ou  $37,5^{\circ}\text{C}$  em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo o saturação de oxigênio < 95% (a medida da saturação de oxigênio é opcional após mecônio não significativo)
  - ✓ presença de cianose central confirmada pela oximetria de pulso se disponível

Triagem neonatal	<p><b>Teste do pezinho</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomenda-se, para RN a termos, que seja coletada a primeira amostra na Atenção Básica entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido;</li> <li>A unidade de saúde deve manter esquema de registro de coleta e resultados de todos os exames do teste do pezinho;</li> <li>É de extrema importância que a equipe de enfermagem conheça o laboratório de referência que realiza os exames, bem como as normas e orientações para 2ª e 3ª coleta do teste do pezinho, nos casos de RN prematuros, uso de corticoide pela mãe (<math>\leq 15</math> dias antes do parto) e nos casos em que o RN necessitou de transfusão sanguínea.</li> </ul> <p><b>Teste da orelhinha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser realizado em todos os bebês nascidos ainda na maternidade cumprindo o pressuposto da lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010.</li> </ul> <p><b>Teste do olhinho</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aprovado pela lei 12.551 de 05/03/2007, deve ser realizado ainda na maternidade em todos os RN com a finalidade de diagnóstico clínico de retinopatia da prematuridade, catarata e glaucoma congênitos, infecções, traumas de parto e cegueira.</li> </ul> <p><b>Teste do coraçãozinho</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aprovado pelo DL 7.646 de 21/12/2011, deve ser realizado em todos os recém-nascidos ainda nas maternidades com até 48h de vida;</li> <li>Todos estes testes devem ter seus resultados informados na ficha de contra-referência do RN ou relatório de alta fornecido pela maternidade e anotados no prontuário do RN na A.B.</li> </ul> <p><b>Teste da linguinha</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A lei nº 13.002/14 publicada no DOU de 23/06/14 torna obrigatória a realização deste em recém nascidos e deve ser realizado na maternidade. O teste consiste na avaliação do frênulo da língua no RN para verificar futuros problemas na amamentação, dentição e língua presa. Os procedimentos a serem realizados podem ser a frenectomia ou frenotomia.</li> </ul>
------------------	--

GARCIA (2019)

- Banho de sol

Recomendado 2 vezes ao dia sendo no período da manhã até as 9h e a tarde após as 16h nas posições ventral e dorsal, com duração de 10 a 15 minutos em cada horário

- Higiene corporal
  - Periodicidade: Um banho diariamente ou mais vezes se houver sujidade aparente com temperatura da água entre 36 e 37º, sendo céfalo-caudal, evitando correntes de ar no ambiente;
  - Utilizar sabonete neutro
- Coto umbilical  
limpeza com cotonete e álcool 70% após a higiene corporal e todas as trocas de fraldas, no sentido de dentro do umbigo para fora
- Eliminações fisiológicas - Observar 8 a 12 eliminações diárias.

### **Ações relacionadas ao recém-nascido (BRASIL, 2013)**

- ✓ Agende as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para o seguimento da criança: no 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida.

Critérios para a identificação de fatores de risco para o recém-nascido:

#### **Critérios principais:**

- Baixo peso ao nascer (menor do que 2.500g);
- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento;
- História de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família (assim como histórico de RN de mãe portadora de HIV);
- História de morte de criança, aborto ou malformações congênicas por sífilis congênita.

Critérios associados (dois ou mais dos critérios mostrados a seguir):

- Família residente em área de risco;
- RN de mãe adolescente (com menos de 16 anos de idade);
- RN de mãe analfabeta;
- RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado da criança;
- RN de família sem fonte de renda;
- RN manifestamente indesejado.

Caso sejam identificados alguns desses critérios, solicite a avaliação médica.

### **QUESTÕES**

12. (Luciane de Almeida / 2018) De acordo com o Manual Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (BRASIL, 2017) a profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido. Com relação a esse cuidado imediato, marque a alternativa incorreta:

- (A) O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser realizado em até 1 hora após o nascimento.
- (B) Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal.

- (C) A tetraciclina a 1% pode ser utilizada como alternativa para realização da profilaxia da oftalmia neonatal.
- (D) A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina.

13. (Luciane Pereira 2024) Após o nascimento, como cuidado imediato, todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica. De acordo com o Manual Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (BRASIL, 2017), assinale a alternativa que representa a resposta incorreta:

- (A) A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg.
- (B) A dose oral de vitamina K é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia.
- (C) A dose oral de vitamina K é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguido de 1mg/semana durante os 3 primeiros meses.
- (D) Para recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena.

14. (UERJ Res Enf Geral 2018) Na profilaxia da oftalmia neonatal e da doença hemorrágica, o Ministério da Saúde recomenda o uso, respectivamente, de:

- (A) iodopovidona e vitamina K por via oral na dose de 1mg
- (B) pomada de Tetraciclina a 1% e vitamina K por via oral na dose de 2mg
- (C) nitrato de prata a 1% e vitamina K por via intramuscular na dose de 2mg
- (D) pomada de eritromicina a 0,5% e vitamina K por via intramuscular na dose de 1mg

## **REFERENCIAL**

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

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

## **GABARITO**

1-C	2-D	3-C	4-A	5-E	6-D	7-E	8-B	9-B	10-A
11-C	12-A	13-C	14-D						