

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO SILVA
ANDRÉIA SEGÓVIA CARNAZ



ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER



2021

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO SILVA
ANDRÉIA SEGÓVIA CARNAZ



ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER



2021

2021 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright da Edição © 2021 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelas autoras.

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Roger Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Revisão

Os autores

Todo o conteúdo dos artigos, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás

Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

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

S586a Silva, Áurea Fabrícia Amâncio Quirino
Assistência à saúde da mulher [livro eletrônico] / Áurea Fabrícia
Amâncio Quirino Silva, Andréia Segóvia Carnaz. – Rio de Janeiro,
RJ: e-Publicar, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-89950-30-1

DOI 10.47402/ed.ep.b20216500301

1. Mulheres – Saúde e higiene. 2. Serviços de saúde para
mulheres. 3. Enfermagem. I. Carnaz, Andréia Segóvia. II. Título.
CDD 618.9

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar

Rio de Janeiro – RJ – Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



PALAVRA DAS PROFESSORAS AUTORAS

Este material didático surgiu da necessidade acadêmica em possuir continuamente um material de fácil abordagem e consistente, na forma de tópicos básicos sobre saúde da mulher aplicada ao curso técnico de enfermagem. Trata-se de uma seleção de textos inclusos em diferentes livros e sites relacionados à saúde da mulher. É importante enfatizar que este tratado possui somente fins acadêmicos. No entanto, é extremamente satisfatório pensar que os assuntos abordados neste material poderão contribuir para a formação acadêmica e cidadã dos nossos discentes.

APRESENTAÇÃO DO COMPONENTE CURRICULAR

Caros alunos (as):

Bem-vindos ao Componente Curricular de Assistência à Saúde da Mulher que vai tratar dos aspectos relacionados à saúde das mulheres em diversos momentos do seu ciclo vital. Este material didático foi desenvolvido para aprofundar seus conhecimentos sobre estes assuntos no curso Técnico em Enfermagem do Centro Paula Souza.

Esperamos que, até o final dos seus estudos utilizando este material didático, vocês possam:

- ✓ Ampliar a compreensão sobre o sistema reprodutor feminino;
- ✓ Conhecer os aspectos básicos relacionados à gestação e o diagnóstico de gravidez;
- ✓ Identificar as mudanças fisiológicas e hormonais na gestação bem como as adaptações fisiológicas no puerpério;
- ✓ Oferecer uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada nos diferentes estágios do parto, gestação e puerpério;
- ✓ Compreender a importância do aleitamento materno nos primeiros dois anos de vida do bebê;
- ✓ Orientar o binômio nas diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal.

Vamos, então, iniciar nossa leitura?

Bons estudos!

ÍCONES UTILIZADOS NO MATERIAL DIDÁTICO



Saiba mais

Indica informações relevantes sobre o assunto abordado, podendo ser encontrada na fonte referenciada abaixo do ícone.



Hora das Mídias

Quando este ícone for apresentado em um dado capítulo significa que é o momento de assistir e comentar sobre um filme, vídeo, áudio ou podcast.



Vamos praticar

Sugestão de Atividades, no desenrolar dos estudos, com o intuito de promover o fortalecimento do ensino-aprendizagem.

leitura
complementar

Leitura Complementar

Apontará textos que provocam aprofundação do assunto em diferentes produções, além do que é demonstrado neste material didático.

SUMÁRIO

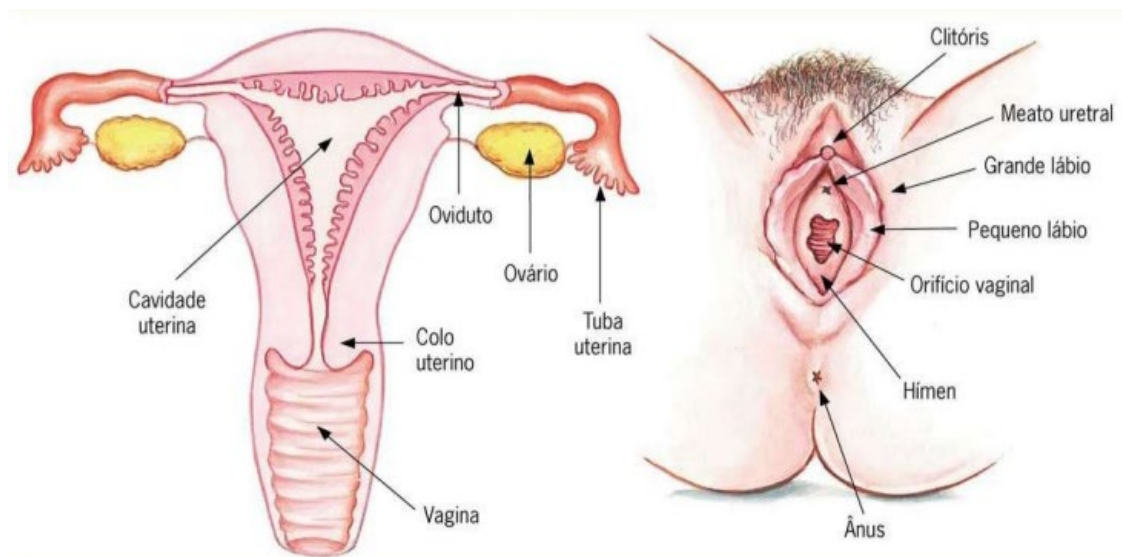
PALAVRA DAS PROFESSORAS-AUTORAS.....	5
APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA	6
ÍCONES UTILIZADOS NO MATERIAL DIDÁTICO.....	7
1 O SISTEMA REPRODUTOR FEMININO	11
2 GESTAÇÃO	12
2.1 DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ.....	15
2.2 ALTERAÇÕES NA GESTAÇÃO.....	16
2.2.1 MUDANÇAS FISIOLÓGICAS NA GESTAÇÃO.....	16
2.2.2 MUDANÇAS HORMONAIS NA GESTAÇÃO.....	23
2.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	24
2.3.1 OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	25
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	26
3.1 ADMISSÃO DA PACIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO OU CENTRO DE PARTO NORMAL.....	26
3.1.2 OBJETIVOS DE ENFERMAGEM	27
3.1.3 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM.....	27
3.1.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO ESTÁGIO.....	28
3.1.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO ESTÁGIO	29
3.1.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO ESTÁGIO.....	31
3.1.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO QUARTO ESTÁGIO DO PARTO.....	32
4 PARTO NORMAL.....	34
5 PARTO CIRÚRGICO (CESARIANA).....	34
6 PUÉRPERIO.....	36
7 ALOJAMENTO CONJUNTO.....	37
8 ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS NO PERÍODO PUERPERAL.....	39

9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUÉRPERIO.....	44
10 ALEITAMENTO MATERNO.....	45
10.1 O QUE TODAS AS FAMÍLIAS E COMUNIDADES DEVEM SABER SOBRE ALEITAMENTO MATERNO.....	46
11 A ALIMENTAÇÃO INFANTIL (0 Á 2 ANOS).....	47
11.1 DAR SOMENTE LEITE MATERNO ATÉ OS 6 MESES, SEM OFERECER ÁGUA, CHÁS OU QUALQUER OUTRO ALIMENTO.....	47
11.1.2 AO COMPLETAR 6 MESES, INTRODUIR DE FORMA LENTA E GRADUAL OUTROS ALIMENTOS, MANTENDO O LEITE MATERNO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS.....	51
REFERÊNCIAS	54
SOBRE AS AUTORAS.....	56

1. O SISTEMA REPRODUTOR FEMININO

O sistema reprodutor feminino é constituído internamente por dois ovários, duas tubas uterinas, também conhecidas como trompas de Falópio, um útero e uma vagina (Figura 1). Externamente, a vulva compreende um conjunto de órgãos que compõem a parte de fora da genitália feminina: monte pubiano, grandes e pequenos lábios, clitóris, introito vaginal e glândulas de Bartholin (Figura 1).

Figura 1: Genitália feminina interna e externa



Fonte: <https://pt.slideshare.net/mrfaita/sistema-genital-feminino-10065151>

Os órgãos que compreendem a genitália interna feminina localizam-se no interior da cavidade pélvica, que constitui uma demarcação óssea rígida com função protetora.

Anatomicamente, a pelve é composta de 4 ossos: 2 ilíacos, o sacro e o cóccix, sendo esses unidos por uma fibrocartilagem e mantidos juntos pelos ligamentos. Os ossos unem-se na parte anterior com a sínfise púbica e, posteriormente, com as articulações sacroilíacas e sacro-coccígea, conforme ilustra a Figura 2.

Os ilíacos são estruturas ósseas amplas, simétricas e alargadas para fora em cada lado da pelve. Têm o formato de uma concha e anatomicamente são divididos em 3 partes: ílio, ísquio e púbis.

- O *ílio* corresponde a parte mais larga, em forma de leque, situada no alto do ilíaco;
- O *ísquio* apresenta estrutura óssea pesada e situa-se abaixo do ílio, que forma a parte inferior do ilíaco. São essas saliências inferiores dos dois ísquios – conhecidas como

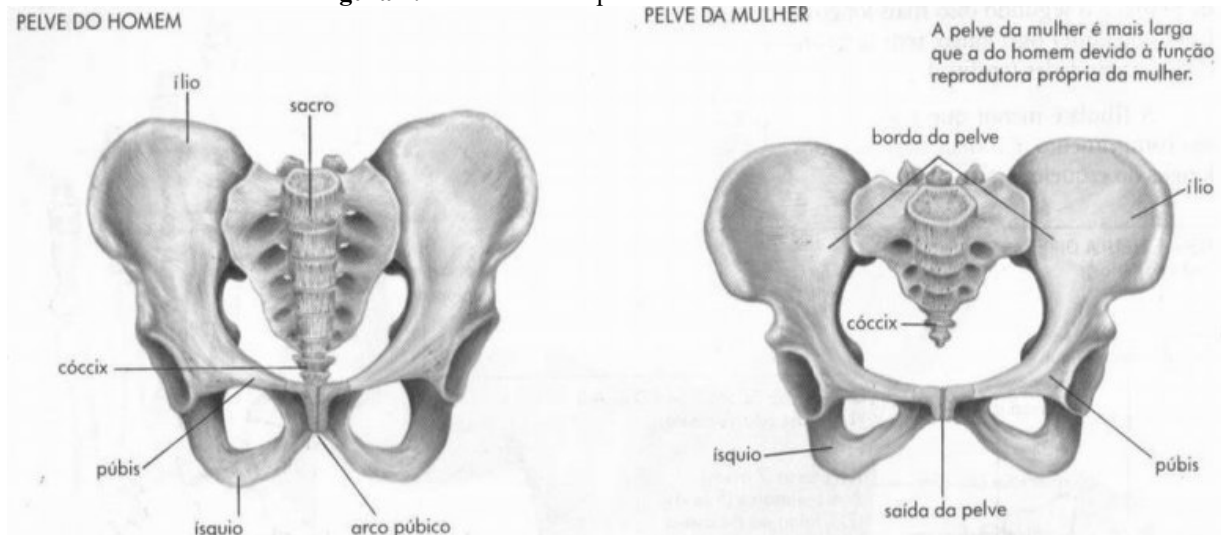
tuberosidades isquiáticas – que servem como pontos de referência para mensuração do segmento inferior da pelve. Ainda compõe a estrutura óssea do ísquio as espinhas isquiáticas, que são duas saliências ósseas pontiagudas que se projetam no interior da cavidade pélvica, tendo imensa importância no processo de parturição, quando o examinador ao realizar o toque vaginal, utiliza a espinha isquiática como ponto de referência de avaliação da progressão fetal;

- O *púbis* representa a parte anterior da pelve e representa os ossos que se unem na linha mediana por uma grossa cartilagem e por um ligamento, constituindo a junção chamada sínfise púbica;

O sacro é uma estrutura óssea formada pela fusão de cinco vértebras que se unificam em cada lado dos íliacos por meio de cartilagem e fortes ligamentos. Nele, encontra-se uma estrutura denominada promontório sacral que anatomicamente tem representações significativas no trajeto do parto;

O cóccix tem formato triangular e compõe a parte terminal da coluna vertebral. É ligado ao sacro por uma junção sacrococcígea, que em geral possibilita movimentos do cóccix para trás durante a passagem do feto por meio do canal de parto a fim de facilitar a sua descida.


Figura 2: Estrutura óssea pélvica masculina e feminina



Fonte: <https://radiologiapatologicablog.wordpress.com/2017/01/26/diferenca-da-pelve-feminina-e-masculina/>

2.GESTAÇÃO

Aproximadamente 14 dias antes da menstruação ocorre a ovulação com liberação do óvulo que será fecundado pelo espermatozoide na ampola tubária, cerca de 6 a 8 h após a atividade sexual.



- Após a fusão do material genético dos dois gametas, forma-se uma nova célula, que recebe a denominação zigoto.

- O zigoto passa por divisões sucessivas, denominadas clivagens. Cada célula originada pela divisão embrionária é chamada de blastômero, e a cada divisão são formados blastômeros menores.

- Assim, o ovo fertilizado percorre seu trajeto pela tuba uterina, seguindo em direção ao útero. Geralmente, essa fase se inicia em torno de 30 h após a fecundação.

- Inicialmente, a clivagem do zigoto dá origem a duas células denominadas blastômeros, as quais se dividem sucessivamente, culminando com a formação de uma esfera compacta de células. Em torno do 4º dia após a fecundação, já com 16 blastômeros, denomina-se mórula.

- É nesse estágio que os blastômeros se alinham e sofrem um processo de compactação (se comprimem uns contra os outros). No 5º dia após a fecundação, ocorre a formação do blastocisto, que coincide com a chegada do embrião à cavidade uterina.

- Nesta nova célula embrionária chamada blastocisto, começa a se formar um espaço cheio de líquido no interior do zigoto, de maneira a rechaçar as células centrais para a periferia, com conseqüente formação de uma ampla cavidade (blastocele). Observam-se um conjunto de células agrupadas em um dos polos (embrioblasto), que dará origem ao futuro feto, e uma camada celular externa achatada chamada trofoblasto.

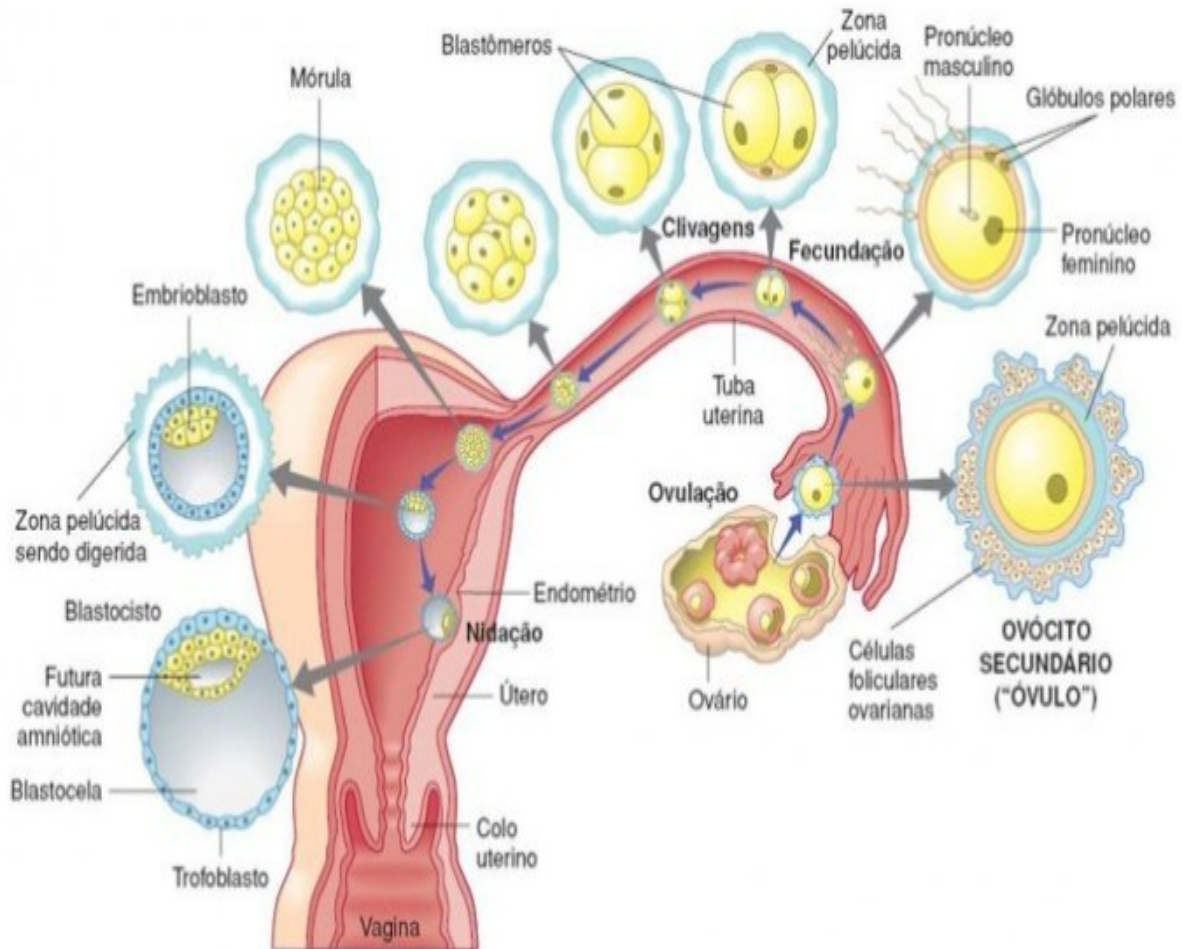
- Apesar do desenvolvimento de um novo ser já ter começado no momento da fecundação, a gravidez só se inicia, por definição, a partir do contato entre o blastocisto no endométrio, quando passará a ter íntima relação com o organismo materno.

- A implantação do blastocisto na cavidade uterina (nidação) acontece comumente na parte mais vascularizada do endométrio, isto é, no fundo e na face posterior alta do útero. O processo se inicia em torno do 6º dia após a fecundação e termina aproximadamente pelo 10º dia.

- A nidação é um processo complexo que requer uma receptividade endometrial adequada. Assim que o trofoblasto se implanta no endométrio, ele se prolifera rapidamente e se divide em duas camadas com funções distintas: o citotrofoblasto e o sinciotrofoblasto. O citotrofoblasto é uma estrutura responsável pela invasão placentária, de maneira a ancorar a placenta à decídua e ao miométrio. Já o sinciotrofoblasto é um epitélio especializado que

recobre as vilosidades placentárias, responsável pelo transporte de gases, nutrientes, metabólicos e produção de hormônios (estrogênio, progesterona, glicocorticoides, lactogênio placentário, hCG) que irão participar no controle metabólico, materno e fetal. Com todo processo favorável, inicia-se a gravidez. A Figura 3 mostra o desenvolvimento embrionário.

Figura 3: Desenvolvimento Embrionário



Fonte: <https://www.biotadofuturo.com.br/embriologia-da-fecundacao-ao-nascimento/>



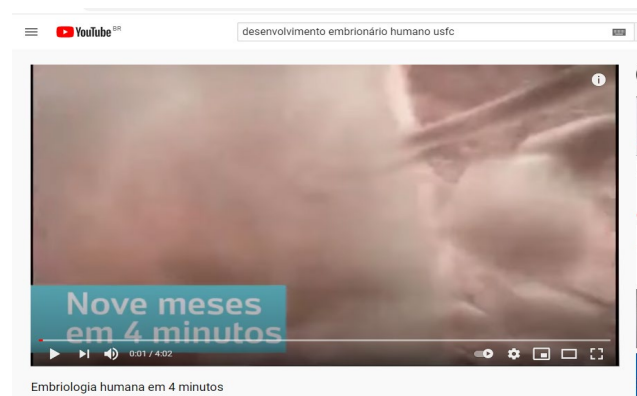
O vídeo demonstra todas as fases do desenvolvimento humano em apenas 4 minutos.

Hora das Mídias

Desenvolvimento Embrionário

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=j0ckprzQnuw>



2.1 DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

A gravidez humana é representada por inúmeras transformações que acontecem em média ao longo das 40 semanas de gestação, o que equivale aproximadamente a 280 dias.

Além do diagnóstico clínico representado pelos sinais e sintomas, existem outras maneiras de sugerir ou determinar uma gravidez, dentre elas, respectivamente, os exames hormonais e ultrassonográficos.

As diferentes formas de manifestação da gravidez podem ser classificadas em 3 grupos: presuntivos (ou presunção), probabilidade e certeza (Figura 4).

O primeiro, os achados presuntivos, representados por sinais subjetivos, normalmente observados pela própria mulher, levam-na a supor que está grávida.

Os achados de probabilidade evidenciam sinais e sintomas muito sugestivos de uma gravidez e geralmente o examinador detecta sinais indicativos ao exame físico e obstétrico ou ao realizar a leitura do exame hormonal.

Já os sinais de certeza são caracterizados por sintomas definitivos, causados especificamente pela gravidez.

Figura 4: Sinais presuntivos (ou presunção), probabilidade e certeza da Gestação

<p>MANIFESTAÇÕES NEUROVEGETATIVAS (PRESUNTIVOS)</p>	<p>digestivas: náuseas e vômitos matinais, ptialismo, sialorreia, flatulência; sensoriais: aversão a odores, cardiovascular: dispneia, palpitações, lipotimia; urinárias: nictúria, polaciúria; nerológicas: sonolência, fragilidade emocional; mamárias: aumento e hipersensibilidade da mama</p>
<p>OUTROS SINAIS</p>	<p>aumento do abdome; fadiga; movimentação no abdome (pode ser movimentos fetais ou gases); amenorreia observada pela mulher e não pelo observador externo. (Peixesoto et al., 2004)</p>
<p>SINAIS DE PROBABILIDADE</p>	<p>Envolvem o amolecimento da cérvix uterina com posterior aumento do volume. As paredes vaginais e colo ficam mais vascularizados. Referem-se a alterações de tamanho, forma, cor e consistência do útero. Abordaremos ao longo desta unidade estes sinais quando falarmos sobre toque vaginal. Ao contrário do que podemos pensar um exame positivo de gravidez não é um sinal de certeza de gestação e, sim de probabilidade. Apesar de serem bastante confiáveis podemos ter resultados falso-positivos ou falso-negativos, portanto, o resultado deve ser associado a outros sinais.</p>
<p>SINAIS DE GRAVIDEZ</p>	<p>Sinais de certeza da gestação envolvem tecnologias que assegurem a existência do feto. A partir de 10 a 12 semanas de gestação podemos auscultar os batimentos cardíacos fetais (BCF) com sonar e com estetoscópio de Pinard após 20 semanas. A ultrassonografia (USG) também é considerada para o diagnóstico de certeza de gravidez. Entre 4-5 semanas de gestação, o saco gestacional e os batimentos cardíacos podem ser observados pela USG transvaginal (ZIEGEL; CRANLEY, 1985; BRASIL, 2006a).</p>

Fonte: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/13943/mod_resource/content/3/un02/top01p02.html

2.2 ALTERAÇÕES NA GESTAÇÃO

2.2.1 MUDANÇAS FISIOLÓGICAS NA GESTAÇÃO

As alterações fisiológicas e as necessidades da gestante variam a cada etapa, ou seja, a cada trimestre, as quais são observadas pela própria gestante e por todos que a acompanham.

Veja a seguir algumas alterações correspondentes a cada fase, a cada trimestre, e os cuidados de enfermagem inerentes a cada uma, para auxiliar no controle das alterações, deixando a gestante mais tranquila e mais segura.

Primeiro Trimestre (3 a 13 semanas)

✓ *Amenorreia*

DEFINIÇÃO: É a ausência do período menstrual, o primeiro sintoma que pode ocorrer numa suspeita de gestação.

CAUSA: Ocorre quando acontece a fertilização do óvulo.

DIAGNÓSTICO: Teste de gravidez positivo, que mostra a presença do hormônio HCG (gonadotrofina coriônica humana).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar a mulher a iniciar a assistência pré-natal imediatamente. Orientá-la quanto à importância de parar de fumar. Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas. Orientar quanto à mudança no hábito alimentar.

✓ *Mal-estar matinal*

DEFINIÇÃO: Sintoma comum no início da gravidez, caracterizado pela sensação de incômodo gástrico, preferencialmente no início do dia.

CAUSA: Ocorre entre a 3ª semana até o final da 20ª semana mais ou menos, devido a um aumento dos níveis de hormônio sérico no organismo.

DIAGNÓSTICO: É feito por meio da anamnese.


ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientá-la a comer pequenas refeições como biscoitos, bolachas, iogurtes, líquidos frios, porém com maior frequência, preferencialmente a cada duas horas. Estar atenta à perda de peso, entre dois quilos ou mais. Observar a presença de dor abdominal ou hipersensibilidade. Não fazer uso de medicações como antiácidos sem orientação médica.

✓ *Alterações das mamas*

DEFINIÇÃO: Os sintomas de alterações que aparecem nas mamas são crescimento, aumento da sensibilidade e alteração da pigmentação.

CAUSA: Ocorre devido a um aumento dos níveis de estrógeno que ocorre na gravidez.



DIAGNÓSTICO: É feito por meio da anamnese e do exame físico.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar quanto ao uso de sutiã de sustentação apropriado para gestante. Evitar o uso de roupas justas, que possam comprimir as mamas.

✓ *Aumento da frequência urinária*

DEFINIÇÃO: É o aumento do número de vezes da micção, geralmente sem quantidade significativa. Apenas ocorre o aumento da perda de sensibilidade de suportar um período maior com a bexiga cheia, o que era normal aguentar fora do período da gestação. Muito comum durante todo o período gestacional.

CAUSA: O processo ocorre devido à pressão do útero sobre a bexiga, dando a sensação de bexiga cheia o tempo todo.

DIAGNÓSTICO: É feito através da anamnese.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar a gestante que no início a frequência aumenta, podendo diminuir posteriormente, conforme o aumento do útero. No final, quando a cabeça do feto se deslocar para a pelve, próximo ao final do 3o trimestre, a frequência urinária deve aumentar novamente. Orientá-la para que não "segure" a sensação de esvaziamento da bexiga.

✓ *Fadiga*


DEFINIÇÃO: É uma discreta sensação de falta de ar, sentida pela gestante a partir da 6ª semana da gestação, perdurando até o final. Sintoma comum na gravidez.

CAUSA: Ocorre devido a um aumento dos hormônios para suprir a demanda nutricional da mãe e do feto.

DIAGNÓSTICO: É feito por meio do exame físico.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar a gestante quanto à importância de repouso relativo e do sono. Durante o repouso e mesmo durante o sono deve se deitar sempre do lado esquerdo, evitando assim que



a veia cava seja comprimida, facilitando o retorno e a circulação do oxigênio. Repousar assim que sentir os primeiros sintomas da fadiga, não deixando que exercícios físicos aumentem o quadro.

Sinal de Chadwick

DEFINIÇÃO: É uma alteração na pigmentação, que aparece na região genital da gestante.

CAUSA: Ocorre devido a uma congestão vascular na mucosa da vulva, vagina e colo do útero, dando uma coloração violeta-azulada a essa região em todo o período gestacional.

DIAGNÓSTICO: Por meio do exame físico da genitália e do exame pélvico.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar a gestante que essa coloração é um processo comum na gravidez, normal, e que após o parto tende a desaparecer gradativamente.

Segundo Trimestre (14 a 27 semanas)


No segundo trimestre, as modificações são mais visíveis e entre elas destacam-se as seguintes:

Alterações do tegumento

- ✓ As mamas e os mamilos sofrem pigmentação escurecida.
- ✓ Ocorre hiperpigmentação da linha nigra no abdômen.
- ✓ As manchas escuras na face e na região frontal, conhecidas como cloasmas, nessa fase ficam mais nítidas.
- ✓ Pode ocorrer o aparecimento de prurido local ou generalizado, causado pelo hormônio estimulante de melanócitos.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar a gestante que todo esse processo de alteração da pigmentação é normal e temporário. Orientá-la a evitar banhos muito quentes e longos. Evitar loções ou perfumaria que possam irritar a pele. Hidratar a pele com produtos naturais, preferencialmente indicados



por especialistas. Evitar o uso de produtos que contenham agentes tóxicos, como tintura para tingimento dos cabelos.

Alterações da boca

- ✓ Ocorre hipertrofia da gengiva, causando edema e discreto sangramento na gengiva.
- ✓ Pode ocorrer inflamação local na gengiva.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar a gestante quanto à importância de fazer um acompanhamento ou exame clínico regularmente com um dentista de sua confiança, principalmente no segundo trimestre da gravidez. Orientá-la quanto à técnica mais adequada para escovação e higiene bucal regularmente.

Alterações nos pulmões

- ✓ A frequência respiratória aumenta, devido ao consumo de oxigênio pela mãe para suprir o feto e suas necessidades.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientá-la a reforçar os cuidados no primeiro trimestre para o sintoma de fadiga, pois nessa fase deve estar mais presente.

Alterações abdominais

- ✓ Ocorre aumento da altura do fundo uterino (AU – altura uterina), mais nitidamente a partir na 12^a semana; conforme ocorre o crescimento do feto, a AU também aumenta.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Aferir e anotar a AU em todas as consultas de pré-natal. Orientar a gestante quanto à importância desse crescimento. Orientá-la quanto à importância da boa nutrição nessa fase.

Alterações da sensibilidade abdominal

- ✓ Aparecem os primeiros movimentos do feto, o que pode ser confundido com gases.



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A gestante deve comunicar ao médico caso sinta esses movimentos, principalmente a frequência deles.

Presença das contrações de Braxton-Hicks

- ✓ Aparecem devido à expansão do útero e à preparação para o trabalho de parto.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A gestante deve ser orientada sobre as contrações curtas e irregulares e entender que não se trata de trabalho de parto prematuro, as quais podem continuar durante toda a gravidez. Orientar a gestante que o médico deve ser comunicado, principalmente se as contrações aumentarem.

Presença de batimentos cardíacos

- ✓ Os batimentos cardíacos do bebê aparecem nessa fase, porém não nitidamente. Apenas com a ajuda de um Doppler ou estetoscópio de Pinnard podemos auscultá-los.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Na hora da consulta deixar que a gestante e seu acompanhante ouçam os batimentos cardíacos do bebê, o que deixará todos mais tranquilos e confiantes.


Terceiro Trimestre (28 a 40 semanas)

Alterações dos pulmões

- ✓ Pode ocorrer dispneia, devido à pressão causada pelo feto contra o diafragma, como se fosse um aumento gradativo da fadiga no início da gestação.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A mesma orientação dada quando a paciente apresenta fadiga, pois o processo é o mesmo.



Alterações de circulação

✓ Ocorre deslocamento do coração, devido à elevação do diafragma pelo aumento do útero, podendo ocorrer aumento da frequência cardíaca, como se fossem palpitações.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar e tranquilizar a gestante que são alterações necessárias e passageiras, e que não deve se preocupar.

Alterações das mamas

✓ Ocorre aumento considerável das mamas, bem como aumento do colostro, o que antecipa o leite materno, preparando a futura mamãe para a lactação.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Estimular a gestante quanto à amamentação e sua importância para o recém-nascido. Manter o uso de utiã com sustentação apropriado para gestante.

Alterações abdominais

✓ As alterações abdominais são visíveis, estando a AU totalmente completa a partir da 36ª semana.

✓ A cabeça do bebê está voltada para baixo. É possível senti-la pela palpação.

✓ A gestante tem a sensação de que o bebê “desceu” e a “barriga está baixa”.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar a gestante que o crescimento do bebê está normal e o desenvolvimento abdominal está dentro do esperado. Tranquilizá-la quanto ao trabalho de parto. Orientá-la que a gestação está terminando, dando-lhe segurança e confiança.

Alterações de extremidades

✓ É comum a presença de edema de pés, devido à retenção de líquidos e diminuição do retorno venoso.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Tranquilizar a gestante que o edema é normal no final da gestação. Controlar a pressão com maior frequência. Repousar com os pés elevados e por um tempo maior.

Alterações do sistema musculoesquelético

✓ A gestante apresenta o famoso "andar de pato", ou seja, passos mais largos e pesados.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Orientar a gestante para que utilize calçados mais baixos e leves, que oferecem uma segurança maior para caminhar. Evitar o uso de saltos, o que pode provocar quedas.

Todos os sintomas descritos da gravidez podem ser subjetivos, variando conforme a mulher. As alterações fisiológicas são objetivas e quando detectado o batimento fetal cardíaco, tornam-se ainda mais objetivas, evidenciando a presença de um novo ser.



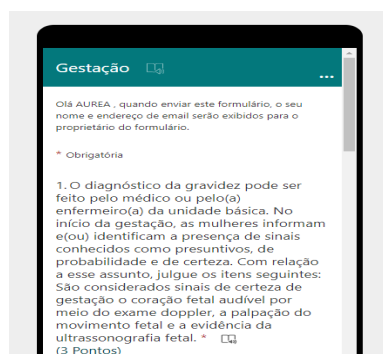
Vamos Praticar

Questionário Forms®

Disponível em:

<https://forms.office.com/r/Gu36PP66Qs>

É a hora de colocar em prática o estudo realizado. Para isso responda o Questionário sobre Gestação!



2.2.2 MUDANÇAS HORMONAIS NA GESTAÇÃO

Os hormônios sofrem alterações na gestação, que são importantes e devem ser consideradas fisiológicas. Entre eles destacam-se:

Progesterona: responsável pelo relaxamento da musculatura uterina, o crescimento das mamas, aumento da pelve para passagem do feto.

HCG (gonadotrofina coriônica humana): tem papel fundamental no início da gestação. Ele é o responsável por produzir progesterona e estrogênio suficiente para o desenvolvimento do feto, pois a placenta não consegue essa função.

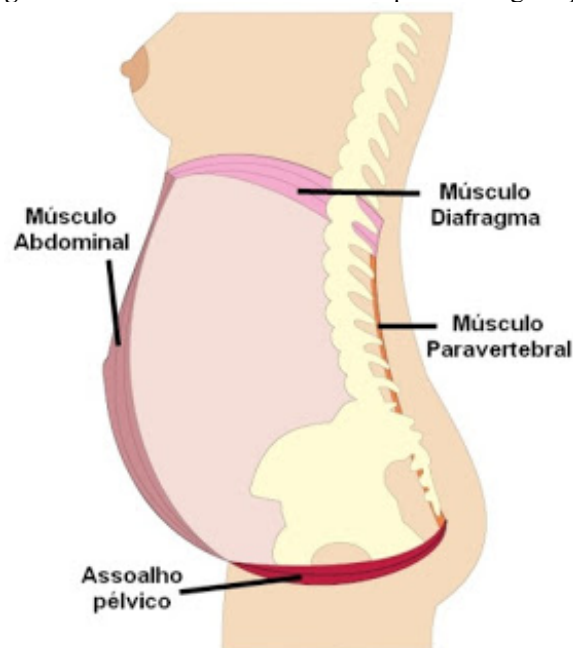
Estrogênio: responsável por promover o aumento da elasticidade da parede uterina e do canal cervical (Figura 5).

HPL (hormônio lactogênico placentário): responsável pela iniciação da produção de leite.

Somatomamotropina coriônica humana: responsável pela nutrição adequada do feto e pelo seu crescimento.

Esses hormônios sofrem alterações consideradas durante a gestação e cada um deles tem sua função adequada ao período gestacional pelo qual a mulher passa. Seus níveis devem estar adequados ao período, tornando a gestação saudável.

Figura 5: Fortalecimento do assoalho pélvico na gestação




Fonte: <http://www.renataolah.com.br/2008/06/assoalho-plvico-no-pr-parto-parto-e-ps.html>

2.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio.

Essa melhoria da qualidade, no patamar em que estamos, refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços.



É preciso potencializar os recursos humanos e materiais existentes para o progressivo enfrentamento da morbimortalidade materna e perinatal. É verdade, também, que resultados nesse campo dependem de outros fatores, relativos ao desenvolvimento econômico, social e humano de cada região, que terminam por conferir maior ou menor suporte às mulheres no momento da reprodução.

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período.

Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher.

A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde.

2.3.1 OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

- Assegurar bom desenvolvimento fetal.
- Evitar complicações futuras tanto para a gestante como para o feto.
- Proteger a saúde materna e fetal.
- Orientar os primeiros cuidados com o recém-nascido.

leitura
complementar

Leia o artigo científico intitulado:
Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Aproveite bastante!

Disponível:

https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88c_vTfs9ksLJGFs/?lang=pt




3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

As rotinas obstétricas na assistência ao parto foram sendo construídas, durante o século passado, a partir de estudos observacionais ou mesmo apenas como resultado da experiência clínica de professores e autoridades.

Nos últimos 50 anos, as mulheres, através dos movimentos sociais, vêm reivindicando mudanças na qualidade da assistência obstétrica e questionando as inúmeras intervenções que se tornaram rotina nessa prática.

O modelo biomédico tem sido criticado pelo uso intensivo e rotineiro de tecnologia sem que haja evidência dos benefícios e mesmo de que, em algumas situações, o uso indiscriminado das intervenções resulte em iatrogenia. Essas demandas foram incorporadas ao discurso da humanização da assistência ao parto, pautado pelo empoderamento das mulheres em relação à gestação e ao nascimento.

A assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto refere-se ao período em que a gestante apresenta contrações uterinas em intervalos regulares, que aumentam progressivamente em termos de frequência e intensidade, com o passar do tempo são concomitantes ao apagamento (esvaecimento) e dilatação progressiva do colo uterino.



O desafio que temos pela frente é o de revisitar cada uma das rotinas de assistência ao parto e procurar evidências científicas de que elas são, não apenas benéficas, mas principalmente seguras.

3.1 ADMISSÃO DA PACIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO OU CENTRO DE PARTO NORMAL

- ✓ A paciente é acolhida pela equipe de enfermagem, orientado-a sobre o setor e a presença dos acompanhantes, conforme Protocolo da instituição.
- ✓ O banho de aspersão é oferecido à paciente que recebe orientações sobre como proceder com a vestimenta (camisola e touca) e a seguir é direcionada ao leito.
- ✓ O enfermeiro realiza a anamnese da paciente.

3.1.2 OBJETIVOS DE ENFERMAGEM

- ✓ Acolher e apoiar a paciente em todo o trabalho de parto.
- ✓ Monitorar os sinais e sintomas da evolução do parto.
- ✓ Orientar e oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor.
- ✓ Prestar um atendimento humanizado a paciente e seu acompanhante.

3.1.3 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

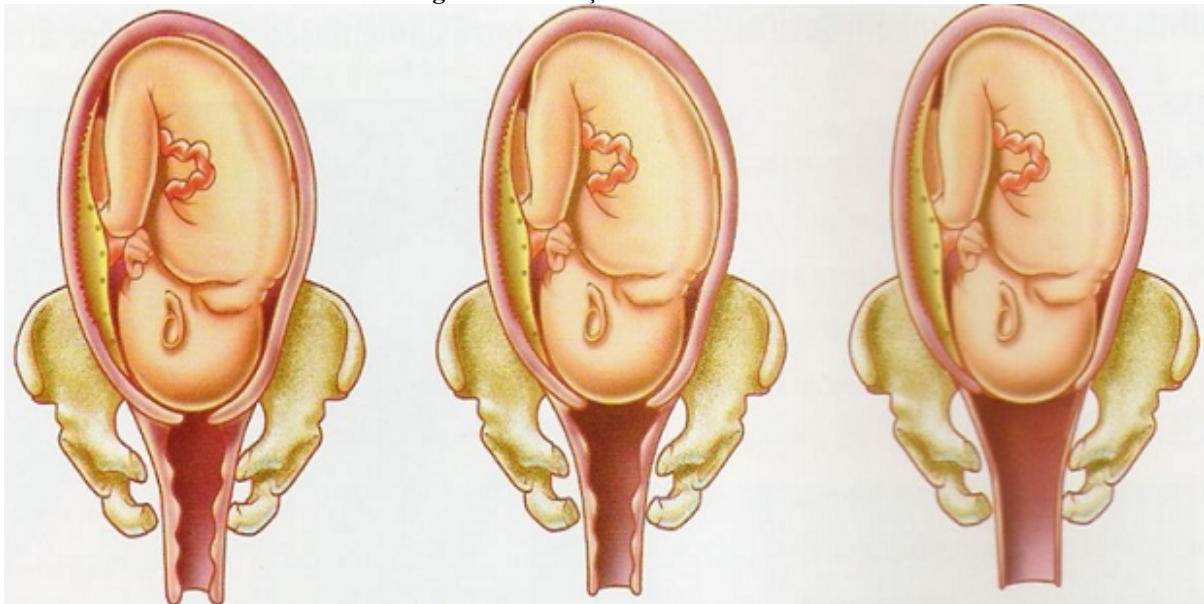
- ✓ Pré-natal.
- ✓ Queixa principal.
- ✓ Antecedência obstétrica (número de gestações, paridades e abortos).
- ✓ Avaliação obstétrica (contrações / perdas transvaginais/ movimentos fetais).
- ✓ Alergias /uso de drogas/ vítima de violência.
- ✓ História patológica atual.
- ✓ Nível de consciência.
- ✓ Avaliação das mamas / mamilos.
- ✓ Avaliação das perdas transvaginais (quantidade e características).
- ✓ Sinais vitais.

3.1.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO ESTÁGIO

O período de dilatação é dividido em duas fases: latente e ativa. A latência caracteriza-se como um período em que as contrações estão se tornando mais coordenadas, fortes e eficientes, o colo torna-se mais amolecido, flexível e elástico. Dois terços do tempo total do período de dilatação correspondem a esta fase.

A fase ativa começa quando a dilatação cervical atinge 2 a 4 cm (Figura: 6), sendo definida como a de dilatação cervical rápida. Para que ocorra a dilatação é necessário o apagamento, a descida do feto e contrações uterinas eficientes. Estas contrações encurtam o corpo uterino, tracionando longitudinalmente o segmento inferior, que se expande. A frequência da contratilidade uterina aumenta à medida que evolui o trabalho de parto, sendo maior em sua fase ativa.


Figura 6: Dilatação do Colo Uterino



Fonte: <https://www.maemequer.pt/estou-gravida/parto/trabalho-de-parto/1a-fase-do-parto-dilatacao-do-colo-do-utero/>

No primeiro estágio do parto são necessárias algumas intervenções de enfermagem específicas relacionadas a esta fase do parto:

- Estabelecer uma relação com a parturiente e seus familiares.
- Informar a parturiente e seus familiares a progressão do trabalho de parto.
- Fornecer líquidos leves conforme prescrição médica.
- Explicar todos os procedimentos durante o trabalho de parto.
- Monitorar os sinais vitais maternos.

- 
- Temperatura a cada 6 horas, exceto no caso de hipertermia ou no rompimento das membranas, que exigem a verificação a cada 2 horas e sempre que necessário.
 - Verificação de pulso e respiração.
 - Pressão Arterial a cada 6 horas, exceto no caso de hipertensão ou hipotensão, ou quando a parturiente receber medicamento que interfira na estabilidade hemodinâmica. Nestes casos o intervalo de verificação será definido pela equipe do setor.
 - Monitorar os batimentos cardíacos fetais.
 - Oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor de acordo com a aceitação da parturiente: deambulação, massagens, movimentos facilitadores do trabalho de parto, banho de aspersão, bola suíça, respiração consciente, aromaterapia, esalda pés.
 - Estimular a parturiente a uma atitude ativa com movimentação e exercícios livres durante o trabalho de parto, parto e nascimento, favorecendo as posições verticais e uso de métodos não invasivos para alívio da dor.
 - Estimular as técnicas de conforto.
 - Ajudar a parturiente a mudar de posição.
 - Orientar a paciente a caminhar, agachar, ficar semi-sentada, manter-se em decúbito lateral, auxiliar no banho de aspersão.
 - Rever e ensinar técnicas de respiração adequadas.
 - Administrar medicações prescritas, caso necessário.
 - Observar sinais e sintomas após a administração das medicações.
 - Auxiliar na analgesia, quando indicado.
 - Incentivar o esvaziamento da bexiga.

3.1.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO ESTÁGIO

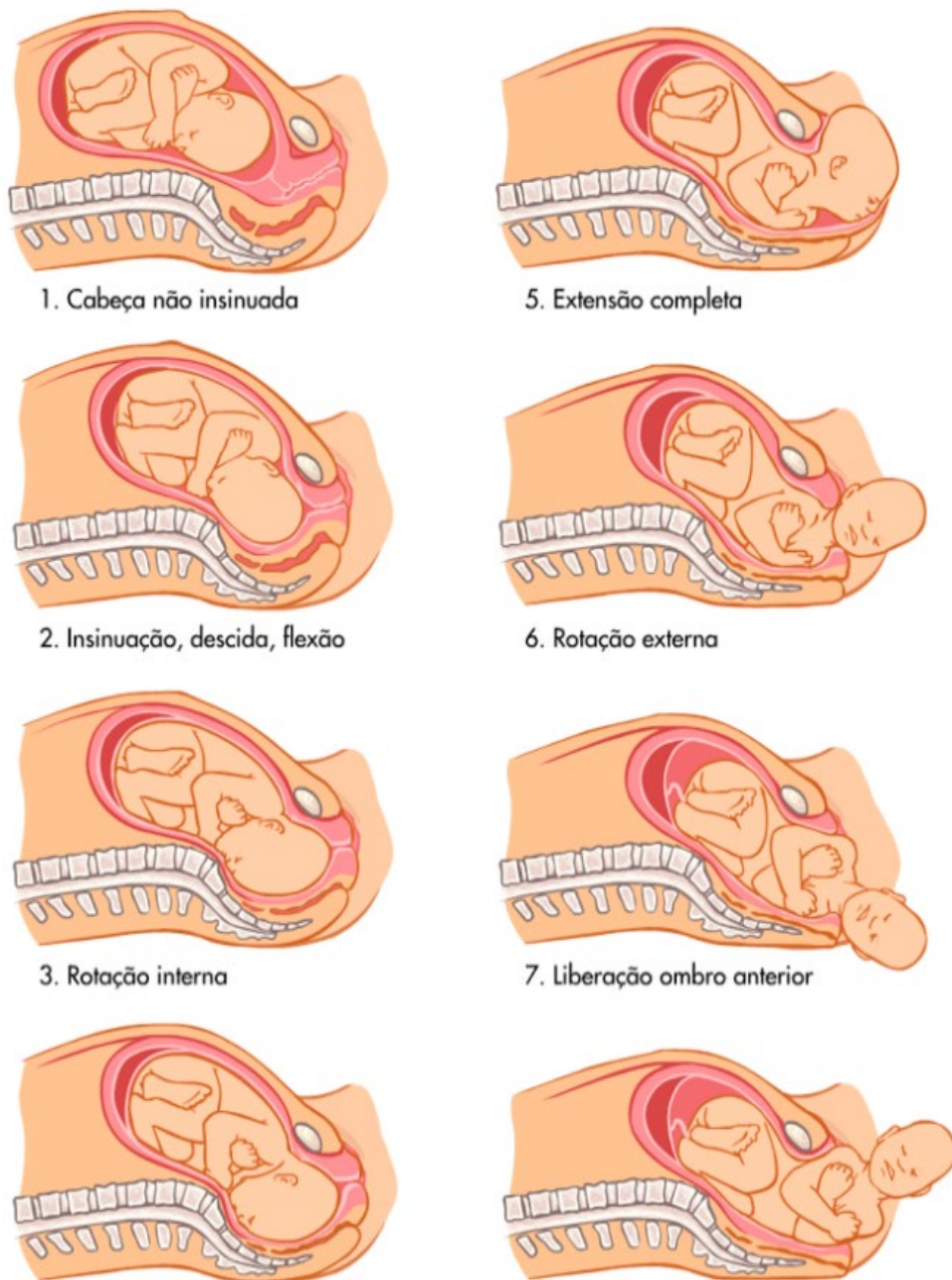
O segundo estágio (período expulsivo) inicia-se com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto. Nessa fase ocorrem os puxos maternos.

O mecanismo de parto pelo aspecto fetal envolve as seguintes fases (Figura 7):


1. Insinuação;

2. Descida da apresentação;
3. Flexão;
4. Rotação interna;
5. Extensão e desprendimento cefálico;
6. Rotação externa; e
7. Desprendimento do ovoide córmico (ombro).

Figura 7 : Período Expulsivo



Fonte: <https://saude.grancursosonline.com.br/periodo-expulsivo-trabalho-parto/>



Nesta fase são necessárias as seguintes intervenções de enfermagem:

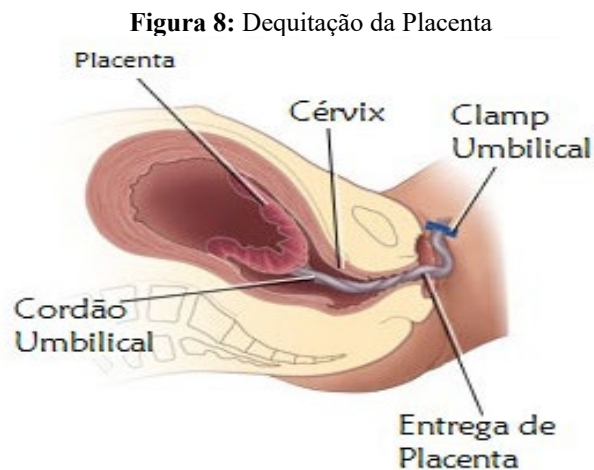
- Informar a parturiente e seus familiares sobre a progressão do trabalho de parto.
- Preparar a mesa de parto usando técnica asséptica.
- Preparar a Unidade de Calor Radiante (UCR) e os materiais para receber o RN.
- Auxiliar o profissional a se paramentar.
- Auxiliar a parturiente no posicionamento adequado.
- Higienizar a área perineal.
- Monitorar os sinais vitais maternos.
- Fornecer incentivo positivo e frequente.
- Incentivar a respiração eficaz.
- Registrar o procedimento no livro de parto do setor.
- Incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida.

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento precoce, pois está associado à menor mortalidade neonatal, ao maior período de amamentação, à melhor interação mãe-bebê e ao menor risco de hemorragia materna.

- Identificar o recém-nascido com pulseira e/ou tornozeleira, registrando o nome da mãe, prontuário data, hora do nascimento e sexo.

3.1.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO ESTÁGIO

Na 3ª fase do processo de parturição ocorre a separação e a expulsão da placenta (Figura 8).



Fonte: <https://www.passeidireto.com/arquivo/54408396/fase-dequitacao>

Este estágio constitui-se em período de grande risco materno e exige do profissional manter a vigilância dos sinais clínicos, em função da possível ocorrência de hemorragias no pós-parto, uma das grandes causas de mortalidade materna.

A incidência de casos de hemorragia pós-parto e de retenção placentária ou de restos placentários aumenta na presença de fatores predisponentes. Mesmo em gestações de baixo risco e partos normais durante o 1º e 2º estágios coexiste a possibilidade de ocorrer hemorragia severa e/ou retenção placentária. Assim, a forma a assistência prestada durante o 3º estágio poderá influenciar diretamente sobre a incidência dos casos de hemorragia e na perda sanguínea decorrida desse evento.

Para isto, algumas medidas devem ser tomadas:

- Observar sangramento. A perda de mais de 500 ml de sangue pode representar risco de choque hipovolêmico.
- Realizar a coleta do sangue do cordão para obter amostra de sangue a fim de realizar análise bioquímica e hematológica.

3.1.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO QUARTO ESTÁGIO DO PARTO

Assistência de enfermagem prestada na primeira hora após a saída da placenta; alguns autores consideram a primeira e a segunda hora após a saída da placenta. O quarto período clínico ou período de Greenberg é dividido em quatro fases típicas:

- **Miotamponagem** - acontece imediatamente após a expulsão da placenta, o útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre o pubis e a cicatriz umbilical. A retração inicial determina a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra a hemorragia;

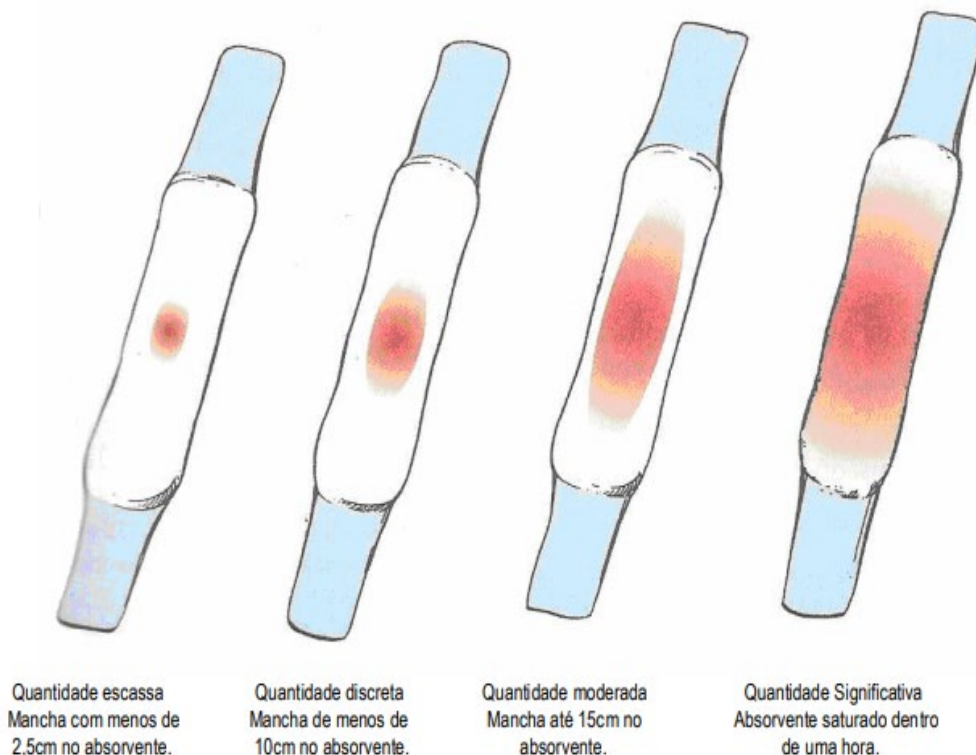
▪ **Trombotamponagem** - é a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, constituindo hematoma intrauterino que recobre, de modo contínuo, a ferida aberta no sítio placentário;

▪ **Indiferença miouterina** - o útero apresenta-se apático e do ponto de vista dinâmico passa por fases de contração e relaxamento, com o perigo de encher-se progressivamente de sangue;

▪ **Contração uterina fixa** - o útero adquire maior tonus e assim se mantém, geralmente decorrido uma hora após a dequitação. É período de risco materno, com possibilidade de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina.

A hemorragia pós-parto (HPP) é a causa mais comum de mortalidade materna quando computadas as mortes em todo o mundo, sendo responsável por 25% dessa taxa e contribuindo para a mortalidade e para a elevação dos custos no atendimento perinatal (Figura 9).

Figura 9: Avaliação do volume lóquios por quantidade presente nos absorventes (avaliação dentro de uma ou duas horas).



Fonte: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/4_perodo_do_parto.pdf

A observação deve ser redobrada nesta fase, por tratar-se do período em que, com mais frequência, ocorrem hemorragias pós-parto, principalmente por atonia ou hipotonia

uterina. É também momento adequado para promoção de ações que possibilitem o vínculo mãe/bebê, evitando-se a separação desnecessária.



Vamos Praticar

Questionário Forms®

Disponível em:

<https://forms.office.com/r/tH7H3pnfYu>

É a hora de colocar em prática em prática o estudo realizado.

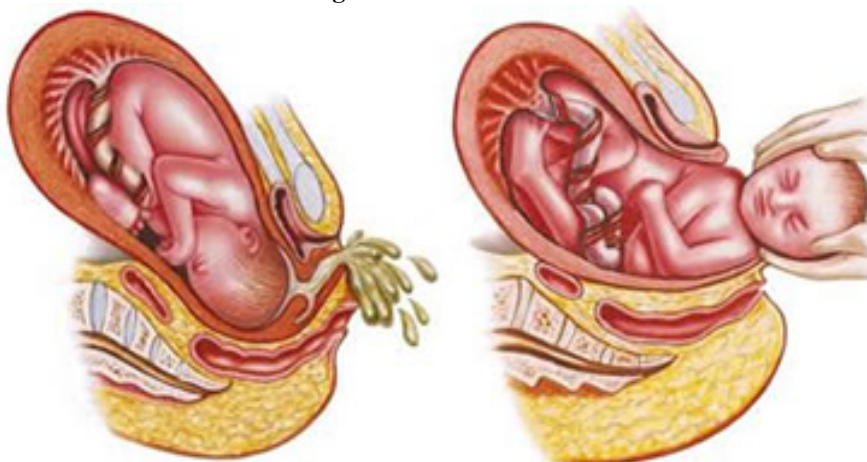
Para isso responda o Questionário sobre Assistência de Enfermagem no Trabalho de Parto e Parto

4 PARTO NORMAL


O parto normal é a forma natural de um bebê nascer e traz inúmeros benefícios para a mulher e o bebê (Figura 9).

Para a mulher, possui inúmeros benefícios e propicia uma recuperação mais rápida. Para o bebê, diminui as chances do nascimento prematuro (o trabalho de parto sinaliza que o bebê está pronto para nascer).

Figura 9: Parto Normal



Fonte: <https://alunosonline.uol.com.br/biologia/parto-normal.html>



Há menos risco de complicações, como infecções e hemorragias. Também há estímulo à produção de leite dado pelo trabalho de parto, melhor estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê, menor chance de desenvolver depressão puerperal e rápida recuperação do útero, que volta ao seu tamanho normal em um tempo mais curto.

5 PARTO CIRÚRGICO

Cesariana ou cesárea é o ato cirúrgico de consistente em incisar o abdome e a parede do útero para libertar o concepto aí desenvolvido.

Até o fim do século XIX era excepcional a prática da operação cesariana, associada à mortalidade materna de 90%.

No início do século XX, graças ao aprimoramento da técnica cirúrgica e da anestesia, houve marcante redução da mortalidade relacionada à cirurgia. Nos Estados Unidos, durante a década de 1930, a cesárea passou a representar 2 a 5% dos partos com obituário entre 2 e 3%.

Até a década 1960, estas taxas permaneceram estáveis naquele país, podendo-se apontar a operação cesariana como uma das grandes responsáveis pela redução dos óbitos maternos e perinatais.

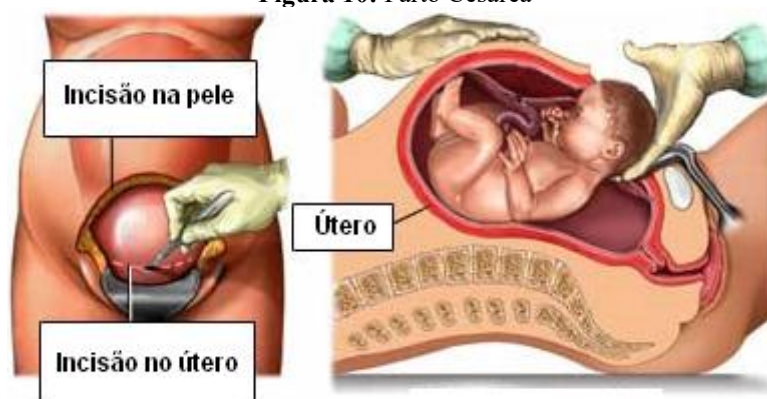
Entretanto, a partir daquela década, observou-se elevação dramática nos índices de cesariana, fenômeno constatado em todos os países ocidentais, tornando-a provavelmente a cirurgia mais praticada no mundo (Figura 10).

A segurança adquirida com a cesárea ao longo do último século acabou banalizando esse procedimento.

Contudo, a despeito da elevação constante das taxas de cesariana, não se tem observado redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Pelo contrário, análises sobre os riscos individuais de mãe e bebê de acordo com a via de parto demonstraram pior desfecho materno e neonatal associado a cesárea, além de onerar o sistema de saúde.

Figura 10: Parto Cesárea



Fonte: <https://www.oarquivo.com.br/variedades/qualidade-de-vida/3514-cesariana-x-parto-normal-parte-1.html>

É importante fazer uma avaliação das indicações, da técnica e das estratégias para redução das cesarianas de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis.

Indicações:


Múltiplas, complexas, são as indicações atuais da cesárea. No entanto, em países desenvolvidos, cerca de 85% das cirurgias decorrem de quatro indicações principais: cesárea prévia, distocia, sofrimento fetal e apresentação pélvica. No Brasil, provavelmente outras causas estão implicadas na indicação da cesárea, como a demanda das pacientes no setor privado e a hipertensão materna no setor público.

Estratégias para Redução da Cesariana:

Frente à incidência crescente da cesárea, estratégias destinadas à sua redução têm sido propostas. Essas estratégias se orientam em três vertentes, de acordo com o público-alvo e sua natureza: direcionadas aos profissionais (intervenções clínicas); direcionadas às mulheres (intervenções psicossociais); e direcionadas às instituições (intervenções estruturais). As últimas que incluem, por exemplo, a implementação de diretrizes, auditorias e educação continuada.

6 PUÉRPERIO

A saúde da mulher tem sido prioridade no Brasil desde a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980.



No entanto, os índices de morbidade e mortalidade no período gravídico-puerperal permanecem elevados.

No que se refere ao período puerperal, o Ministério da Saúde tem divulgado inúmeros programas que visam reduzir os agravos, assim como tem incentivado a instituição de condutas frente às complicações, na tentativa de alcançar práticas assistenciais qualificadas e humanizadas.

O período pós-parto, também denominado período puerperal, é considerado o intervalo entre o parto e o restabelecimento do corpo da mulher ao estado anterior à gestação. Nesse tempo, ocorrem ajustes fisiológicos logo após o parto e que decorrem por cerca 42 dias (ou 6 semanas).

Didaticamente, o puerpério é dividido em fases e pode ser:

- **Imediato:** engloba as primeiras duas horas após o parto;
- **Mediato:** segue da 2ª hora ao 10º dia pós-parto;
- **Tardio:** do 11º ao 42º dia pós-parto;
- **Remoto:** a partir do 43º dia pós-parto.

7 ALOJAMENTO CONJUNTO

Após o parto, especificamente no puerpério, quando a mulher e o recém-nascido estão estáveis e em condições satisfatórias de recuperação e adaptação, ambos seguem para o alojamento conjunto.

Conforme o Ministério da Saúde, o alojamento conjunto (Figura 11) é o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece com a mãe em um mesmo ambiente (24 h por dia) até o momento da alta hospitalar.

Esse modelo possibilita o estabelecimento de um laço afetivo que se concretiza especificamente pela amamentação, assim como pela prestação de todos os cuidados assistenciais ao recém-nascido.

Figura 11: Alojamento Conjunto



Fonte: <https://www.estrategiaconcursos.com.br/blog/alojamento-conjunto-novas-diretrizes-do-ministerio-da-saude/>

E mesmo com um curto tempo de internação na maternidade, o binômio pode receber uma assistência planejada de uma equipe multiprofissional.

Dessa maneira, seguem os principais objetivos do alojamento conjunto:

- Aumentar os índices de aleitamento materno;
- Estabelecer vínculo afetivo entre mãe e filho;
- Possibilitar aprendizado materno sobre como cuidar do recém-nascido;
- Reduzir o índice de infecções relacionadas a saúde;
- Estimular a participação do pai no cuidado com o recém-nascido;
- Possibilitar o acompanhamento da amamentação, sem rigidez de horário, visando esclarecer as dúvidas da mãe e incentivá-la nos momentos de insegurança;
- Orientar e incentivar a mãe (ou pais) na observação de seu filho, visando esclarecer dúvidas;
- Reduzir a ansiedade da mãe (ou pais) frente às experiências vivenciadas;
- Favorecer troca de experiências entre as mães.

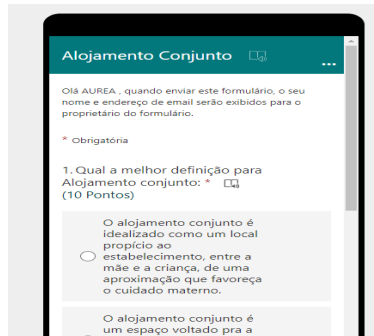


Vamos Praticar

Questionário Forms®

Disponível em:

<https://forms.office.com/r/1PVUXmq8rX>



É a hora de colocar em prática o estudo realizado. Para isso responda o Questionário sobre Alojamento Conjunto.

8 ADAPTAÇÕES FISIOLÓGICAS NO PERÍODO PUERPERAL


No decorrer do período puerperal, os órgãos e sistemas envolvidos na reprodução sofrem importantes alterações fisiológicas, a fim de retornarem aos estágios pré- gravídicos. Dentre os órgãos que estão envolvidos neste processo, citamos o útero, a mucosa vaginal e perineal. Diferentemente das demais estruturas do ciclo reprodutor, as mamas são as únicas estruturas que não sofrem um processo de involução no decorrer do período puerperal.

Mamas

As mamas são glândulas exócrinas modificadas que sofrem alterações fisiológicas durante a gravidez, no puerpério imediato e mediato.

Assim, recomenda-se que a amamentação seja estimulada com binômio (mãe e filho) ainda na sala de parto, para que ocorra a liberação de prolactina e ocitocina, hormônios importantes para o início da secreção láctea.

As mamas e mamilos não precisam ser higienizadas antes e após a amamentação, pois esta prática tende a retirar a camada de proteção da pele e favorecer o aparecimento de fissuras. A realização de massagens nas mamas antes das mamadas, assim como seu completo esvaziamento e a alternância do seio oferecido são medidas de prevenção do ingurgitamento mamário.



Em resumo, as mamas são importantes estruturas e, quando estimuladas pela sucção do recém-nascido, induzem a liberação de ocitocina, que ajuda na involução uterina. Além disso, têm a função de nutrição do recém-nascido e a transferência de anticorpos maternos.

Involução do útero

A diminuição do tamanho do útero é conhecida como involução, sendo esse processo um resultado das contrações miométriais com intervalos e forças irregulares desencadeados por hormônios uterotônicos (ocitocina).

No puerpério, o útero sofre uma rápida redução de tamanho e peso. Esse órgão pode chegar a pesar aproximadamente 1.000 g no decorrer de uma gestação a termo. No pós-parto, esse órgão tende a diminuir gradativamente, seguindo em média para a metade do seu peso gravídico na primeira semana; em duas semanas, pesa em média 300 g e, quatro semanas após o parto, pesa cerca de 100 g.

É comum o relato das pacientes referindo cólicas no período pós-parto, principalmente quando o recém-nascido realiza a sucção em seio materno, tendo em vista a ocitocina liberada pela neuro-hipófise, que além de controlar a ejeção do leite também estimula a musculatura uterina a contrair-se. Esse fenômeno é descrito como reflexo uteromamário.

No pós-parto, normalmente as multíparas costumam ter contrações mais fortes e desconfortáveis do que as primíparas. Isso acontece em virtude de a contração ser mais vigorosa, por conta desse músculo já ter perdido alguma elasticidade nas gestações anteriores. Logo, ele precisa realizar um trabalho mais intenso e ritmado para que as contrações sejam eficazes no processo de hemostasia da ferida placentária.

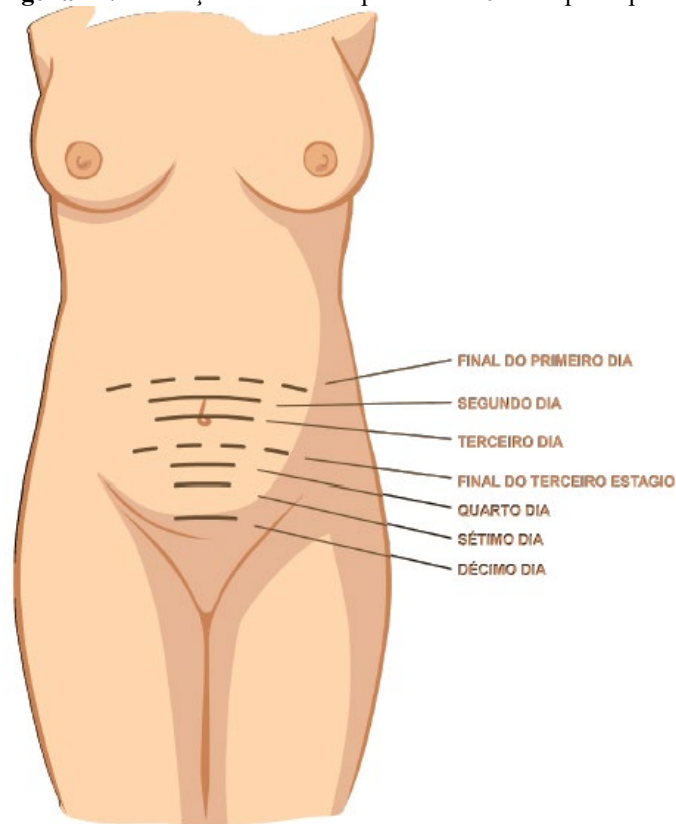
Em cada contração, as fibras musculares do miométrio realizam uma compressão dos vasos uterinos e isso contribui para a diminuição do sangramento. Assim, são de extrema importância para a equipe de enfermagem a localização e avaliação da consistência do fundo do útero, realizada por meio da palpação externa.

Durante a gestação, o fundo de útero, que em algumas situações alcança o apêndice xifoide, imediatamente após a dequitação, entra em um processo ritmado de involução e atinge a cicatriz umbilical, devendo permanecer firmemente contraído com a presença do globo de segurança de Pinard, especificamente na primeira hora do pós-parto (Figura 12).

Seguindo pelas horas e dias do pós-parto, a altura do fundo de útero diminui de maneira irregular cerca de um centímetro ao dia, e, em aproximadamente 10 a 15 dias, o

órgão torna-se novamente intrapélvico e tende a retornar a suas dimensões pré-gravídicas ao término de 4 semanas.

Figura 12: Involução uterina nos primeiros 10 dias após o parto.



Fonte: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/15334/mod_resource/content/3/un01/top01p02.html

O colo uterino

De maneira semelhante ao que ocorre com a musculatura uterina, o colo do útero também sofre um processo de involução pelas contrações no decorrer do pós-parto, quando este sofreu um processo de dilatação e apagamento viabilizando um parto via vaginal.

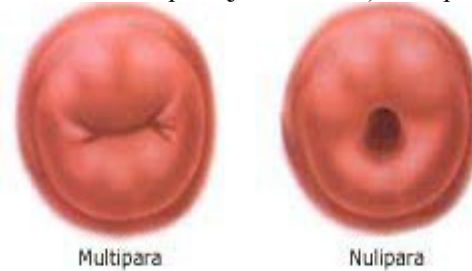
Diferentemente do corpo uterino, a reconstituição do colo é relativamente mais rápida. Ou seja, em aproximadamente 48 a 72 h após o parto o colo mantém-se contraído, mas ainda pode possibilitar a passagem de um a dois dedos exploradores.

Uma semana após, no retorno à consulta puerperal, em mulheres que tiveram partos vaginais, o tônus da musculatura do colo uterino encontra-se com o orifício mais contraído, mantendo uma abertura aproximada de um centímetro.

Embora o colo uterino que sofreu alterações plásticas no decorrer do processo de dilatação e apagamento readquira sua anatomia funcional normal em torno de 6 a 12 semanas após o parto (Figura 13), ele jamais recupera a sua conformação original, pois o orifício

externo permanece alargado e linear (como uma fenda transversa), diferente do orifício da mulher nulípara, que é circular minúsculo (aspecto puntiforme).

Figura 13: Colo do útero múltipara (já teve filhos) e nulípara (não teve filho)



Fonte: [file:///C:/Users/Aurea%20Fabricia/Downloads/slides-aula-2-igp-rs-perito-medicina-legal-gunther-ayala%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Aurea%20Fabricia/Downloads/slides-aula-2-igp-rs-perito-medicina-legal-gunther-ayala%20(2).pdf)

A mucosa vaginal e perineal

No decorrer do puerpério imediato, a vagina e o intróito vaginal reduzem gradativamente seus diâmetros e as pregas que formam a parede vaginal reaparecem gradualmente.

A aparência da mucosa perineal em situações de parto por via vaginal pode variar de acordo com a descida da apresentação fetal e o tamanho do recém-nascido; assim como do tipo de extensão da episiotomia ou da laceração do trajeto. Geralmente, os tecidos moles do períneo ficam edemaciados e com presença de equimoses.

Quando em presença de pequenas equimoses, logo após o parto estas podem ser identificadas na mucosa vaginal e perineal traumatizada. Contudo, rapidamente cicatrizam e em aproximadamente 5 a 6 dias já não são mais visíveis.

Ao constatar edema perineal, é aconselhável que se prescreva aplicação de frio (bolsa de gelo) para redução do edema e da dor, nas 24 h após o parto. Ao realizar esta técnica, a equipe de enfermagem deverá atentar para a proteção da pele com uma compressa ou toalha, com o propósito de evitar queimaduras. Outro cuidado é quanto à retirada da bolsa, quando se deve obedecer ao sentido da sínfise púbica em direção ao ânus (de frente para trás), para evitar contaminação e conseqüentemente infecção puerperal.

Lóquios

O sangramento vaginal que ocorre logo após o parto é chamado de eliminação loquial (ou lóquios). Nessa eliminação há sangue do local da placenta, partículas da decídua necrosada e muco. As modificações que surgem na cor e quantidade de lóquios se devem à cicatrização do local em que a placenta estava inserida.

Em geral, as seguintes denominações são utilizadas para descrever a quantidade do volume de lóquios eliminado:

- Escasso: o sangue aparece apenas quando a região vaginal é higienizada (enxugada);
- Moderado: a mancha do absorvente mede de 10 a 15 cm de comprimento;
- Abundante: o absorvente fica completamente saturado dentro de um período de 1 h ou menos.


Os lóquios sofrem variações de volume e de característica no decorrer do período puerperal. Logo nos primeiros 3 dias, eles são denominados lóquios rubros ou sanguinolentos, por possuírem uma coloração vermelho vivo de consistência sanguinolenta e odor semelhante ao da menstruação. Caso a eliminação loquial permaneça sanguinolenta por muito tempo ou na presença da recorrência de um fluxo vaginal vermelho vivo no puerpério mediato ou tardio, deve-se suspeitar da possibilidade de restos placentários retidos, principalmente se estiver acompanhada de subinvolução uterina.

Seguindo pelos dias consecutivos de pós-parto, geralmente os lóquios adquirem um tom de característica rósea ou acastanhada, sendo denominado serossanguinolento (Figura 14). A partir da terceira semana do pós-parto (no 21º dia em diante), a eliminação loquial adquire uma característica pálida (esbranquiçada) de tonalidade “rosa-pastel” ou amarelo-claro, sendo classificado como seroso.

Figura 14: Lóquios



Fonte: <https://resumofisioterapia.blogspot.com/2019/01/saude-da-mulher-puerperio.html?view=timeslide>



É válido ressaltar que a presença de lóquios com coloração esverdeada ou achocolatada, associado ao odor forte e desagradável, acompanhada de febre, pode estar relacionada com infecção puerperal.

Para as mulheres submetidas à cesariana, normalmente o fluxo loquial tende a ser relativamente menor em relação às mulheres que deram à luz por via vaginal. Essa situação acontece porque o conteúdo uterino foi cuidadosamente retirado durante a cirurgia. Entretanto, as fases de eliminação loquial são as mesmas descritas anteriormente.

Algumas puérperas relatam um aumento do fluxo loquial com presença de coágulos quando se levantam da posição horizontal para vertical; isso ocorre devido ao acúmulo de lóquios na cavidade uterina, quando permanecem por um longo período em repouso.

Outra situação comum relatada pelas puérperas refere-se aos períodos de amamentação em seio materno, nos quais elas referem uma eliminação loquial ligeiramente mais abundante, em virtude da contração uterina ocasionada pela liberação de ocitocina.

9 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUÉRPERIO

Avalie os dados relativos ao parto, incluindo:

- Monitorar os sinais vitais. Verifique os sinais a cada 15 min na primeira hora após o parto e a cada 30 min na segunda hora, seguindo de hora em hora nas 4 h seguintes.
- Informar-se dos anestésicos, outros fármacos e líquidos parenterais administrados durante o trabalho de parto.
- Avaliar a contração uterina – monitore a altura do fundo de útero, sua posição e seu tônus e examine-o a cada 15 min na primeira hora após o parto e a cada 30/60 min durante as 4 h seguintes.
- Avaliar abdome, trato geniturinário, incluindo-se o débito urinário.
- Avaliar a secreção vaginal (cor, volume e odor) e atentar para sangramento volumoso com emissão de coágulos.
- Examinar a episiotomia e a região perineal para detectar edema, equimose e bordas de suturas bem aproximadas.
- Observar edema de membros inferiores e atentar para a possibilidade de edema generalizado.



Vamos Praticar

É a hora de colocar em prática o estudo realizado.
Para isso responda o Questionário sobre
Assistência de Enfermagem no Puerpério

Questionário Forms®

Disponível em:

<https://forms.office.com/r/aDqSnz27C7>

10 ALEITAMENTO MATERNO

Os bebês até os seis meses de idade devem ser alimentados somente com leite materno, não precisam de chás, sucos, outros leites, nem mesmo de água. Após essa idade, deverá ser dada alimentação complementar apropriada, mas a amamentação deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais.

Amamentar os bebês imediatamente após o nascimento pode reduzir a mortalidade neonatal – aquela que acontece até o 28º dia de vida.


O aleitamento materno na primeira hora de vida é importante tanto para o bebê quanto para a mãe, pois, auxilia nas contrações uterinas, diminuindo o risco de hemorragia. E, além das questões de saúde, a amamentação fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Amamentação garante saúde ao bebê e a mãe

Bebês que são amamentados ficam menos doentes e são mais bem nutridos do que aqueles que ingerem qualquer outro tipo de alimento.

Utilizar substitutos do leite materno, como fórmulas infantis ou leite de outros animais, pode ser um grande risco para a saúde do bebê.

Quase todas as mães conseguem amamentar com sucesso. Aquelas que não possuem confiança para amamentar precisam do estímulo e do apoio prático do pai da criança, bem




como da família e dos amigos. Agentes de saúde, organizações, a mídia e os empregadores também podem oferecer o seu apoio.

Todos devem ter acesso às informações sobre os benefícios do aleitamento materno. É obrigação do governo fazer com que as pessoas tenham acesso a essas informações.

10.1 O QUE TODAS AS FAMÍLIAS E COMUNIDADES DEVEM SABER SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

- O leite materno é o melhor alimento que um bebê pode ter. É de fácil digestão e promove um melhor crescimento e desenvolvimento, além de proteger contra doenças. Mesmo em ambientes quentes e secos, o leite materno supre as necessidades de líquido de um bebê. Água e outras bebidas não são necessárias até o sexto mês de vida. Dar ao bebê outro alimento, que não o leite materno, aumenta o risco de diarreia ou outra doença.
- Existe o risco da mulher que tem HIV passar o vírus para seu bebê durante a amamentação. Mulheres que vivem com HIV/aids, ou que suspeitem ter o vírus, devem procurar auxílio médico para ser testadas, aconselhadas e orientadas sobre como proceder para evitar a contaminação da criança. A mãe com status positivo para o HIV não pode amamentar, mas o bebê pode tomar a fórmula infantil, em uma situação aconchegante, com a mesma atenção e carinho.
- Bebês recém-nascidos devem ficar perto de suas mães e devem ser amamentados na primeira hora após o parto. O colostro, o leite amarelado e grosso que a mãe produz nos primeiros dias após o nascimento, é o alimento ideal para recém-nascidos. É muito nutritivo e ajuda a proteger o bebê contra infecções. O bebê não precisa de nenhum outro alimento enquanto espera que a mãe produza mais leite.
- A amamentação frequente faz com que a mãe produza mais leite. Quase toda mãe é capaz de amamentar com sucesso. No entanto, muitas mães precisam ser encorajadas e ajudadas para que possam começar a amamentar.
- O aleitamento materno protege bebês e crianças pequenas de doenças perigosas. O leite materno é a primeira ‘vacina’ do bebê. A amamentação também é responsável por criar um laço maior entre mãe e filho.
- A utilização de mamadeiras pode levar a doenças e à morte. Se uma mulher não puder amamentar o seu filho, ele deve ser alimentado com leite materno, ou um substituto, em um



copo normal, limpo. Mesmo os recém-nascidos podem ser alimentados com um copo aberto, que pode ser limpo mais facilmente.

- A partir dos seis meses, os bebês precisam de uma alimentação variada, mas o aleitamento materno deve continuar até o segundo ano de vida da criança ou mais. O leite materno continua sendo uma importante fonte de energia, proteína e outros nutrientes, como vitamina A e ferro. O leite materno ajuda a prevenir doenças enquanto for consumido.
- A mulher que trabalha fora pode continuar a amamentar. Se não for possível estar com o filho durante as suas horas de trabalho, ela deve amamentá-lo sempre que estiverem juntos. O aleitamento frequente vai garantir a produção de leite. Quando a mulher não puder amamentar em seu local de trabalho, ela deve retirar o leite de duas a três vezes por dia e conservá-lo em um recipiente limpo.
- A mãe que amamenta precisa de uma maior quantidade de alimentos e líquidos. Assim supre suas necessidades e produz leite em quantidade e qualidade adequadas ao bebê. Ela precisa comer frutas, verduras, carnes, miúdos, legumes, feijão e arroz, que possuem os nutrientes e vitaminas de que precisa. Deve beber bastante líquido: chás, água, sucos ou leite. E não deve consumir álcool, fumo e outras drogas, nem tomar medicamentos sem receita médica.


11 A ALIMENTAÇÃO INFANTIL (0 Á 2 ANOS)

Antes dos seis meses, ela não deve oferecer complementos ao leite materno. O Leite materno é tudo que a criança precisa.

11.1 DAR SOMENTE LEITE MATERNO ATÉ OS 6 MESES, SEM OFERECER ÁGUA, CHÁS OU QUALQUER OUTRO ALIMENTO

Para que o aleitamento materno exclusivo seja bem-sucedido é importante que a mãe esteja motivada e, além disso, que o profissional de saúde saiba orientá-la e apresentar propostas para resolver os problemas mais comuns enfrentados por ela durante a amamentação. Por que as mães oferecem chás, água ou outro alimento?

Porque acham que a criança está com sede, para diminuir as cólicas, para acalmá-la a fim de que durma mais, ou porque pensam que seu leite é fraco ou pouco e não está sustentando adequadamente a criança. Nesse caso, é necessário admitir que as mães não estão tranquilas quanto a sua capacidade para amamentar. É preciso orientá-las:



▪ Que o leite dos primeiros dias pós-parto, chamado de colostro, é produzido em pequena quantidade e é o leite ideal nos primeiros dias de vida, inclusive para bebês prematuros, pelo seu alto teor de proteínas.

▪ Que o leite materno contém tudo o que o bebê necessita até o 6º mês de vida, inclusive água. Assim, a oferta de chás, sucos e água é desnecessária e pode prejudicar a sucção do bebê, fazendo com que ele mame menos leite materno, pois o volume desses líquidos irá substituí-lo. Água, chá e suco representam um meio de contaminação que pode aumentar o risco de doenças. A oferta desses líquidos em chuquinhas ou mamadeiras faz com que o bebê engula mais ar (aerofagia) propiciando desconforto abdominal pela formação de gases, e conseqüentemente, cólicas no bebê. Além disso, pode-se instalar a confusão de bicos, dificultando a pega correta da mama e aumentar os riscos de problemas ortodônticos e fonoaudiológicos.

▪ A pega errada vai prejudicar o esvaziamento total da mama, impedindo que o bebê mame o leite posterior (leite do final da mamada) que é rico em gordura, interferindo na saciedade e encurtando os intervalos entre as mamadas. Assim, a mãe pode pensar que seu leite é insuficiente e fraco.

▪ Se as mamas não são esvaziadas de modo adequado ficam ingurgitadas, o que pode diminuir a produção de leite. Isso ocorre devido ao aumento da concentração de substâncias inibidoras da produção de leite.

▪ Em média a produção de leite é de um litro por dia, assim é necessário que a mãe reponha em seu organismo a água utilizada no processo de lactação. É importante que a mãe tome mais água (filtrada e fervida) e evite a ingestão de líquidos com calorias como refrigerantes e refrescos.

▪ As mulheres que precisam se ausentar por determinados períodos, por exemplo, para o trabalho ou lazer, devem ser incentivadas a realizar a ordenha do leite materno e armazená-lo em frasco de vidro, com tampa plástica de rosca, lavado e fervido. Na geladeira, pode ser estocado por 12 horas e no congelador ou freezer por no máximo 15 dias. O leite materno deve ser descongelado e aquecido em banho maria e pode ser oferecido ao bebê em copo ou xícara, pequenos. O leite materno não pode ser descongelado em micro-ondas e não deve ser fervido.



É importante que a mãe seja orientada sobre:

✓ O leite materno contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em climas muito quentes.

✓ A oferta de água, chás ou qualquer outro alimento sólido ou líquido, aumenta a chance do bebê adoecer, além de substituir o volume de leite materno a ser ingerido, que é mais nutritivo.

✓ O tempo para esvaziamento da mama depende de cada bebê; há aquele que consegue fazê-lo em poucos minutos e aquele que o faz em trinta minutos ou mais.

✓ Ao amamentar: a) a mãe deve escolher uma posição confortável, podendo apoiar as costas em uma cadeira confortável, rede ou sofá e o bebê deve estar com o corpo bem próximo ao da mãe, todo voltado para ela. O uso de almofadas ou travesseiros pode ser útil; b) ela não deve sentir dor, se isso estiver ocorrendo, significa que a pega está errada.

✓ A mãe que amamenta precisa ser orientada a beber no mínimo um litro de água filtrada e fervida, além da sua ingestão habitual diária, considerando que são necessários aproximadamente 900 ml de água para a produção do leite. É importante também estimular o bebê a sugar corretamente e com mais frequência (inclusive durante a noite).

Sinais indicativos de que a criança está mamando de forma adequada

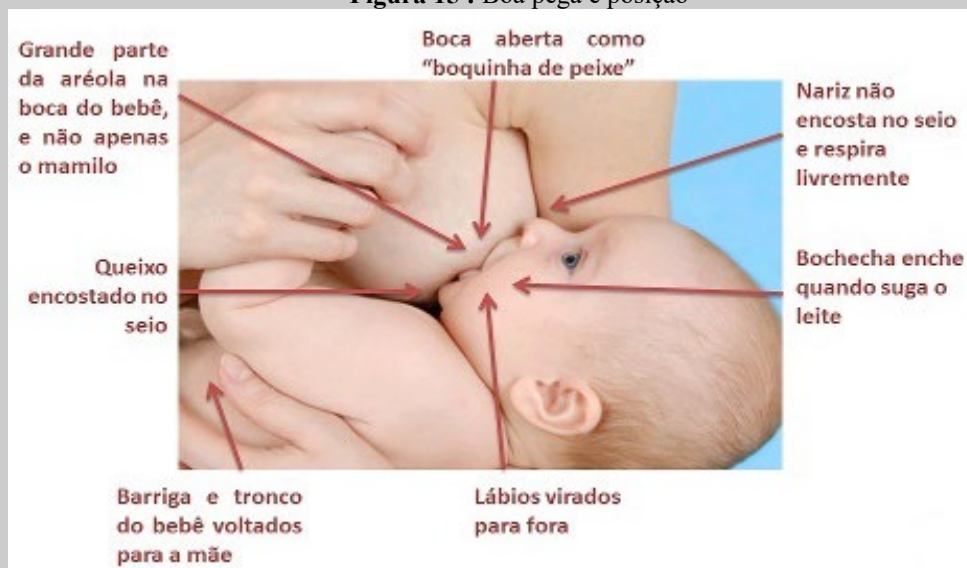
Boa posição

- O pescoço do bebê está ereto ou um pouco curvado para trás, sem estar distendido
- A boca está bem aberta
- O corpo da criança está voltado para o corpo da mãe
- A barriga do bebê está encostada na barriga da mãe
- Todo o corpo do bebê recebe sustentação
- O bebê e a mãe devem estar confortáveis (Figura 15)

Boa pega

- O queixo toca a mama
- O lábio inferior está virado para fora
- Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo
- Ao amamentar, a mãe não sente dor no mamilo (Figura 15)

Figura 15 : Boa pega e posição



Fonte: <http://boapostura.com.br/postura-correta-ao-amamentar/>

Produção versus ejeção do leite materno

A produção adequada de leite vai depender, predominantemente, da sucção do bebê (pega correta, frequência de mamadas), que estimula os níveis de prolactina (hormônio responsável pela produção do leite).

Entretanto, a produção de ocitocina, hormônio responsável pela ejeção do leite, é facilmente influenciada pela condição emocional da mãe (autoconfiança). A mãe pode referir que está com pouco leite.

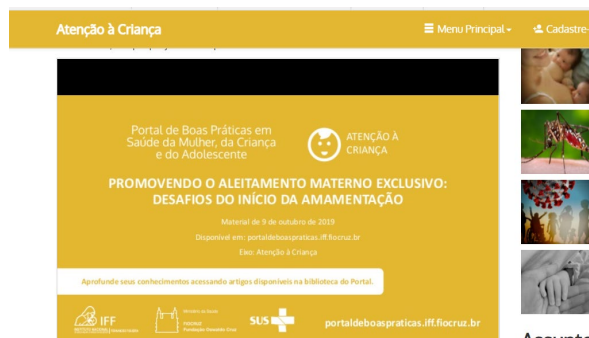
Nesses casos, geralmente, o bebê ganha menos de 20 g e molha menos de seis fraldas por dia. O profissional de saúde pode contribuir para reverter essa situação orientando a mãe a colocar a criança mais vezes no peito para amamentar inclusive durante a noite, observando se a pega do bebê está correta.



Saiba Mais

Fonte: Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)
Disponível em:
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/promovendo-o-aleitamento-materno-exclusivo-desafios-do-inicio-da-amamentacao/>

Embora o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) seja recomendado nos primeiros 6 meses de vida, ele é ainda pouco praticado em todo o mundo, incluindo o Brasil. Confira uma postagem do Instituto Fernandes Figueira (IFF/ Fiocruz) sobre a Promoção do AME



11.1.2 AO COMPLETAR 6 MESES, INTRODUIZIR DE FORMA LENTA E GRADUAL OUTROS ALIMENTOS, MANTENDO O LEITE MATERNO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS.


- A partir dos 6 meses, as necessidades nutricionais da criança já não são mais atendidas só com o leite materno, embora este ainda continue sendo uma fonte importante de calorias e nutrientes.

- A partir dessa idade, a criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos.

- Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os 2 anos ou mais. O leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.

- Com a introdução dos alimentos complementares é importante que a criança receba água nos intervalos. A água oferecida deve ser a mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida).

- A partir dos 6 meses o reflexo de protrusão da língua diminui progressivamente, o que facilita a ingestão de alimentos semissólidos; as enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes para essa nova fase; e a criança desenvolve habilidade para sentar-se, facilitando a alimentação oferecida por colher.



▪ Os alimentos complementares, especialmente preparados para a criança, são chamados de alimentos de transição. A partir dos 8 meses de idade a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família, desde que sem temperos picantes, sem alimentos industrializados, com pouco sal e oferecidos amassados, desfiados, triturados ou picados em pequenos pedaços.

▪ A introdução dos alimentos complementares deve respeitar a identidade cultural e alimentar das diversas regiões, resgatando e valorizando os alimentos regionais, ou seja, as frutas, legumes e verduras produzidas localmente.

É importante que a mãe seja orientada sobre:

✓ A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual. A mãe deve ser informada de que a criança tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimentos(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor.

✓ A alimentação deve complementar o leite materno e não o substituir. Portanto, a introdução das refeições não deve substituir as mamadas no peito.

✓ Há crianças que se adaptam facilmente e aceitam muito bem os novos alimentos. Outras precisam de mais tempo, não devendo esse fato ser motivo de ansiedade e angústia para as mães. No início da introdução dos alimentos, a quantidade que a criança ingere pode ser pequena. Após a refeição, se a criança demonstrar sinais de fome poderá ser amamentada.

✓ A partir da introdução dos alimentos complementares é importante oferecer água à criança, a mais limpa possível (tratada, filtrada e fervida).

✓ As frutas, legumes e verduras produzidas na sua região apresentam na sua composição importantes vitaminas e minerais que contribuem para o crescimento das crianças.

Tabela 1: Esquema para introdução dos alimentos complementares

Idade	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite Materno, papa de fruta*, papa salgada*
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada*
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para a alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

Fonte: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf

***Papa de fruta:** A expressão “papa de fruta” tem como objetivo salientar a consistência com que deve ser oferecido esse alimento, ou seja, amassado ou raspado.

***Papa Salgada:** Embora a expressão “papa salgada” seja utilizada diversas vezes ao longo do texto, por ser conhecida e de fácil tradução para os pais na orientação da composição da dieta da criança e para diferenciá-la das papas de frutas, é importante salientar que o objetivo do uso do termo “salgada” não é adjetivar a expressão, induzindo ao entendimento de que a papa tenha muito sal ou que seja uma preparação com utilização de leite acrescido de temperos/sal.

REFERÊNCIAS

ANDERS, Jane Cristina. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: **Enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança: parto e nascimento**, Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 113 p. ISBN: 978-85-88612-51-5

ARAÚJO, Luciane de Almeida; REIS, Adriana Teixeira. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. ISBN: 9788527721608.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Cadernos de Atenção Básica, nº 32**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72 p.

D'ÁVILA, Adelaide Maria Ferreira Campos et al. **Diretrizes Clínicas /Protocolos Clínicos. Assistência Multidisciplinar ao Parto Normal**. Colegiado da Linha de Cuidado Materno - Infantil da FHEMIG. 2020. Disponível em: http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=14808&Itemid=1000000000000 Acesso: 26 abr. 2021.

FEBRASGO. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério**. 2010. Disponível: www.febrasgo.org.br . Acesso em: 19 fev. 2021 às 08:37 hs.

GOMES, M. L. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. **Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, RJ. 2010. 168p. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-225904.pdf/1.0>. Acesso em 24 mar. 2021.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2012. 724 p. ISBN: 9788527722292.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Assistência de enfermagem materno-infantil**. – 3. ed. – São Paulo: Iátria, 2012. ISBN: 9788576140252.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério** / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: **Enfermagem na atenção à saúde materno-fetal: pré-natal**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.193 p. ISBN: 978-85-88612-50-1 Disponível em: <https://saude.grancursosonline.com.br/periodo-expulsivo-trabalho-parto/> Acesso: 18 fev. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno> Acesso: 21 fev. 2021.

SOBRE AS AUTORAS

Prof.^a Enf.^a M.^a Áurea Fabrícia Amâncio Quirino Silva



Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (2008), graduação em Pedagogia pela Faculdades Integradas Soares de Oliveira (2017), especialização em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde de União da Vitória (2010), especialização em Docência para o Ensino Profissional em Enfermagem pela Faculdade de Educação São Luís (2012), especialização em Formação Pedagógica de Docentes para Educação Profissional de Nível Médio pelo Centro Paula Souza (2016), especialização em Urgência e Emergência em Saúde pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (2017) e mestrado acadêmico em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (2015). Atualmente é professora no Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza e na Faculdade Barretos.

Tem experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: aleitamento materno, parto normal, episiotomia, seguimento na atenção primária, procura por cuidado, autocuidado, período pós-parto e saúde pública.

SOBRE AS AUTORAS

Prof^ª. Enf^ª. Esp. Andréia Segóvia Carnaz



Possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Unifafibe de Bebedouro (2005), graduação em Pedagogia pela Faculdades Integradas Soares de Oliveira (2017), especialização Enfermagem em Oncologia pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (2008), especialização Docência em Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (2009), especialização em Formação Pedagógica Para Graduados Não Licenciados pelo Centro Paula Souza (2018). Atualmente é professora do Centro Estadual de Educação Tecnológica Dr. José Luiz Viana Coutinho de Jales - SP.

Tem experiência na área de Enfermagem: UTI Neonatal / Pediátrica e Complexo Materno Infantil (Centro Obstétrico, Maternidade e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal) atuando nos seguintes eixos: aleitamento materno, assistência de enfermagem ao recém-nascido crítico, cateterismo umbilical, cateter central de inserção periférica (PICC), método canguru, parto normal e puerpério.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
[@epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO SILVA
ANDRÉIA SEGÓVIA CARNAZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER



2021



www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
[@epublicar](https://www.instagram.com/epublicar)
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

ÁUREA FABRÍCIA AMÂNCIO QUIRINO SILVA
ANDRÉIA SEGÓVIA CARNAZ

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER



2021