CONCURSO PÚBLICO PARA PROFESSOR DE MAGISTÉRIO SUPERIOR

PERFIL DE ATUAÇÃO: Ginecologia e Obstetrícia

ESPELHO DA PROVA

PONTO SORTEADO: Puerpério alterações fisiológicas, amamentação e cuidados pós-parto

TEMAS A SEREM ABORDADOS:

- Alterações fisiológicas do puerpério
- Cuidados pós-parto
- Amamentação

ESTRUTURA DE TÓPICOS QUE DEVEM CONSTAR NAS RESPOSTAS COM RESPECTIVA PONTUAÇÃO MÁXIMA POR TÓPICO:

1. Conceito de puerpério e sua duração – 0,5;
2. Classificação do puerpério conforme o tempo e as características fisiológicas encontradas – 0,5;
3. Modificações anatômicas e fisiológicas verificadas no puerpério relativas à involução uterina, detalhando aspectos do corpo uterino, istmo, colo uterino, endométrio e lóquios – 0,5;
4. Modificações dos aspectos relevantes da vagina e da vulva – 0,3;
5. Presença de tremores no pós-parto – 0,2;
6. Alterações observadas na parede abdominal no puerpério – 0,2;
7. Alterações sanguíneas e plasmáticas no puerpério – 0,3;
8. Mudanças no sistema endócrino e no peso da paciente no pós-parto – 0,2;
9. Alterações dermatológicas e nos sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo e urinário no puerpério – 0,6;
10. Alterações anatômicas e fisiológicas das mamas após o nascimento do bebê – 0,2;
11. Fisiologia da produção e ejeção do leite materno após o nascimento – 0,2.
12. Cuidados hospitalares no pós-parto, incluindo aspectos do alojamento conjunto, das medidas gerais, da dieta e da deambulação após o parto – 0,5;

13. Queixas mais frequentes no puerpério – 0,3;

14. Acompanhamento dos cuidados perineais, da avaliação da temperatura, da involução uterina e do monitoramento da função vesical – 0,4;

15. Cuidados com as mamas no pós-parto – 0,3;

16. Avaliação psicossocial e da licença-maternidade – 0,2;

17. Orientações hospitalares acerca de contracepção no pós-parto e de vacinação – 0,4;

18. Critérios e momento para alta hospitalar e cuidados domiciliares – 0,3;

19. Consultas de acompanhamento com uma e com seis semanas pós-parto – 0,2;

20. Liberação para realizar esforço físico e manter relações sexuais – 0,2;

21. Orientações acerca de contracepção, aspectos emocionais e cuidados com as mamas e com o recém-nascido – 0,4.

22. Anatomia e Fisiologia da lactação (mamogênese, lactogênese, lactopoiese e composição) – 0,5;

23. Benefícios e prevalência do aleitamento materno exclusivo – 0,4;

24. Causas de desmame precoce e estratégias para evitar que isso ocorra – 0,2;

25. Técnicas de amamentação (preparo das mamas, pega correta, ordenha e armazenamento do leite humano, banco de leite e indução da lactação e relactação) – 0,4;

26. Intercorrências mamárias locais (ingurgitamento, fissuras, traumas mamários, mastites, abscessos mamários, galactocele, hipogalactia e agalactia) – 0,4;

27. Lactação e contracepção – 0,3;

28. Uso de medicamentos na amamentação – 0,2;

29. Contraindicações para o aleitamento materno (doenças infeciosas maternas, riscos nutricionais e dietéticos durante o aleitamento materno, etc.) – 0,3;

30. Inibição da lactação – 0,2;

31. Legislação e iniciativas para incentivar a amamentação (Mãe-canguru, Hospital Amigo da Criança e Legislação trabalhista brasileira da amamentação) – 0,1;

32. Relação entre Ambiente e Musicoterapia e aleitamento materno – 0,1.

ESPELHO DA PROVA

Puerpério alterações fisiológicas, amamentação e cuidados pós-parto

1. Fisiologia do Puerpério Normal: Recuperação do Organismo Materno

A Obstetrícia é a área da Medicina que estuda os fenômenos da reprodução na mulher, englobando a gestação, o parto e o puerpério. O termo "obstetrícia" deriva do latim obstetrix, que significa "a mulher que está ao lado, assistindo a parturiente".

O puerpério, também chamado período pós-parto ou pós-natal, é a fase que sucede o parto e compreende os complexos processos fisiológicos de involução e recuperação do organismo materno após a gestação. A compreensão dessas transformações fisiológicas é crucial para distinguir o que é normal do que é patológico.

1.1. Conceito, Duração e Classificação do Puerpério

O organismo da mulher sofre alterações adaptativas desde a concepção até o puerpério, que são decorrentes de fatores hormonais e mecânicos que preparam o corpo para o parto e, em seguida, promovem o retorno gradual às condições pré-gravídicas.

Embora o puerpério seja um período de demarcação temporal imprecisa devido ao caráter gradual e progressivo das manifestações involutivas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define-o como o tempo compreendido até 6 semanas (42 dias) após o parto. Alguns estudos consideram o período que sucede o parto como as 12 semanas pós-parto, recentemente denominado "quarto trimestre".

Didaticamente, o puerpério é dividido em três fases, baseadas no tempo e nas características fisiológicas:

1. Pós-parto Imediato/mediato: Compreende do 1º ao 10º dia após o parto. Nesta fase, prevalece a crise genital, caracterizada pelos eventos catabólicos e involutivos das estruturas hiperplasiadas e/ou hipertrofiadas pela gravidez. Parte do pós-parto imediato ocorre geralmente intra-hospitalar, devido a paciente permanecer internada cerca de 24 a 48 horas pós-partos vaginais ou cesarianas.
2. Pós-parto Tardio: Estende-se do 10º ao 42º dia. É caracterizado pela transição e pela recuperação genital, com progressiva influência da lactação.
3. Pós-parto Remoto: É o período que se inicia além do 42º dia.

1.2. Modificações Anatômicas e Fisiológicas do Sistema Reprodutor

O sistema reprodutor feminino apresenta as modificações anatômicas mais exuberantes na gestação, e os complexos fenômenos regenerativos e involutivos desenrolam-se intensamente ao longo do puerpério imediato e tardio.

1.2.1. Involução Uterina (Mecanismos Fisiológicos)

O útero, que na mulher não grávida pesa cerca de 70 g e tem 10 mL de volume, pode chegar a 1.100 g e 5.000 mL no termo da gestação. Após o parto, a involução uterina é garantida pela atuação conjunta de diversos mecanismos fisiológicos, que são cruciais para prevenir a hemorragia pós-parto.

1. Retração e Contração Uterinas (Miotamponamento): Imediatamente após a expulsão da placenta, a retração e a contração uterinas são os principais responsáveis pela hemostasia da ferida placentária. A retração consiste no encurtamento das fibras contráteis miometriais (com aumento de espessura) após a redução abrupta do volume uterino. A contração oclui os vasos miometriais, fenômeno denominado miotamponamento, descrito por Pinard como ligaduras vivas. Clinicamente, o útero contraído e firme é chamado globo de segurança.

2. Trombotamponamento: Corresponde à formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, constituindo um hematoma intrauterino que recobre a ferida placentária. Esta é a segunda linha de defesa, importante antes que a contração uterina fixa seja alcançada.

3. Desaparecimento Súbito de Hormônios Placentários: O desaparecimento abrupto, em crise, dos hormônios placentários contribui para a involução.

4. Remodelamento dos Vasos Pélvicos: O calibre da circulação uterina e ovariana retorna progressivamente ao estado pré-gravídico, o que influencia o estado de isquemia do tecido miometrial hipertrofiado, além de ser influenciado pelo desaparecimento da fístula arteriovenosa da circulação uteroplacentária.

5. Reflexo Uteromamário: A estimulação dos mamilos e da árvore galactófora durante a amamentação acarreta contrações uterinas dolorosas, conhecidas como cólicas ou tortos, em virtude da liberação de ocitocina na circulação sanguínea, intensificando os eventos involutivos uterinos.

1.2.2. Modificações no Corpo Uterino

O crescimento do miométrio na segunda metade da gestação resulta primariamente do aumento no tamanho da célula (hipertrofia), que pode aumentar em dez vezes, passando de 50 µm para 500 µm. Embora o útero retorne à posição, forma e consistência pré-gestacionais após o puerpério, ele geralmente mantém tamanho pouco maior progressivamente a cada gestação.

O período de indiferença miouterina ocorre na primeira hora pós-parto (o chamado quarto período), caracterizado por fases de contração e relaxamento, sendo um momento de risco para o enchimento progressivo do útero com sangue. Normalmente, após 1 hora, o útero adquire um tônus maior e constante (contração uterina fixa).

1.2.3. Istmo e Colo Uterino

O istmo é a região estreita que conecta o corpo ao colo uterino. Durante a gestação, ele se alonga e se incorpora ao corpo uterino para constituir o segmento inferior. O segmento inferior é o local da maioria das histerotomias em cesáreas transversas e abriga a apresentação fetal. No puerpério, essa porção retorna ao seu estado pré-gravídico, embora tenha passado pelas modificações de hipertrofia, hiperplasia e alongamento das fibras musculares.

O colo uterino (cérvice), composto por tecido conjuntivo denso e fibras musculares em menor proporção, sofreu amolecimento na gestação (regra de Goodell). O muco cervical viscoso e espesso (rolha de Schröeder), que protegia o útero, é eliminado. No puerpério, o colo permanece flácido nos primeiros dias, podendo conter pequenas lacerações não sangrantes, permanecendo ditado cerca de dois a três centímetros nos primeiros dias em seu orifício cervical interno e com orifício cervical externo jamais retornando a forma habitual do pré-parto, tornando-se em fenda. O colo se reconstitui completamente ao fim do puerpério, após a reorganização estrutural completa.

1.2.4. Endométrio e Lóquios

O endométrio, que se transforma na decídua durante a gravidez (decídua basal, parietal e reflexa), sofre desprendimento das camadas compacta e esponjosa (camada funcional) após o parto. A camada basal é mantida e é a partir dela que se origina o novo endométrio após o parto.

A secreção vaginal pós-parto é chamada lóquios. A porção basal da decídua permanece mesmo após retirada da placenta, com a camada mais superficial desprendendo-se e formando a loquiação, com a camada mais profunda regenerando o endométrio. Nos primeiros dias a coloração é vermelho ou marrom-avermelhada, que se subentende como lóquios rubros. Ao passar dos dias, o corrimento alterna a cor para branco amarelado ou lóquios seroso, podendo durar até três a quatro semanas, findando com coloração branco-amarelada ou lóquios alba. O volume costuma ser de 200 a 500mL durante todo período de permanência (um mês em média), porém com 15% ainda permanecendo com loquiações mesmo seis a oito semanas de pós-parto.

1.2.5. Vagina e Vulva

A vulva e a vagina sofreram alterações vasculares intensas na gestação, apresentando coloração violácea/azulada (sinal de Jacquemier-Kluge) devido ao aumento da vascularização.

A vagina permanece ampla em período imediato, contraindo e reduzindo tamanho gradativamente, porém sem retornar ao tamanho de nuligesta, com restauração das pregas na terceira semana pós-parto. As carúnculas himenais podem ser visíveis. A vagina apresenta progressiva atrofia do epitélio escamoso de revestimento no puerpério, independentemente da lactação. A descamação vaginal atinge o seu máximo por volta do 15º dia. A partir do 25º dia, o processo regenerativo é distinto: as mulheres que amamentam tendem a ter um epitélio vaginal subatrófico, enquanto as que não amamentam apresentam um epitélio eutrófico mais rapidamente. O retorno às atividades sexuais é admitido pela maioria dos autores a partir da 4ª semana após o parto, coincidindo com o término da eliminação de lóquios.

As varicosidades da vulva, que podem ter se acentuado na gestação devido à compressão uterina, geralmente regridem no puerpério e raramente necessitam de tratamento.

1.3. Alterações Sistêmicas no Puerpério

1.3.1. Alterações na Parede Abdominal e Tegumento

A gravidez promove ruptura das fibras elásticas da pele e distensão prolongada da musculatura abdominal, provocando assim flacidez, com reorganização do tônus semanas após com atividade física como facilitador. Adendo para diástase de reto abdominal, que

pode persistir. A parede abdominal, distendida pelo crescimento uterino, apresenta as seguintes modificações:

• Diástase dos Retos Anteriores: Nas multíparas, a tonicidade da aponeurose e das fibras musculares fica comprometida, sendo comum a diástase dos retos anteriores, o que condiciona o ventre em pêndulo.

• Cicatriz Umbilical: A cicatriz umbilical, que era uma depressão, torna-se plana e, por vezes, saliente.

• Hiperpigmentação: A linha nigra (hiperpigmentação da linha alva) regride após o parto, assim como o cloasma (máscara gravídica), ambos reflexos da hiperfunção do lobo anterior da hipófise pela secreção do hormônio melanotrófico.

• Estrias: Comuns em mais de 90% das grávidas, principalmente no abdome, quadris, nádegas e mamas. Após o parto, as estrias geralmente assumem coloração menos acentuada e diminuem de espessura.

• Telangiectasias: Estas lesões vasculares, comuns em áreas drenadas pela veia cava superior, regridem em torno de três meses após o parto.

• Cabelos e Pelos: A lanugem (pelos finos) que aumenta na gestação (sinal de Halban) e o aumento da secreção sebácea e da sudorese tendem a diminuir no puerpério.

1.3.2. Alterações Sanguíneas e Plasmáticas

O volume sanguíneo materno aumenta de 30% a 50% durante a gravidez, levando à hemodiluição. No puerpério imediato, ocorre uma queda significativa no volume sanguíneo total, no volume plasmático e na massa eritrocitária. Leucocitose é comum, com valores alcançando 20.000 leucocócitos/mm³, porém sem desvio a esquerda, podendo ainda haver eosinofilia e linfopenia. O nível sérico de fibrinogênio que aumenta ao final da gestação tem implicações para o risco de tromboembolismo materno no puerpério, um período de alterações hemostáticas.

1.3.3. Presença de Tremores no Pós-Parto (Calafrios)

Pode ocorrer tremores e calafrios imediatamente após nascimento, ocorrendo em 1 a 30 minutos, durando não mais que 60 minutos, com causa multifatorial, como resposta a sangramento próprio do parto, hormonais, anestesia ou até mesmo medicamentos e êmbolos sépticos, com necessidade assim de vigiar temperatura corporal mais alta no pós-parto imediato e avaliar necessidade de investigação. Pode ocorrer assim elevação da

temperatura axilar nas primeiras horas, sem que represente qualquer infecção. Pode haver ondas de calor devido ao hipoestrogenismo após retirada da placenta causando disfunção termorreguladora hipotalâmica. As fontes disponíveis não contêm informações explícitas sobre a etiologia ou o significado clínico dos tremores ou calafrios (shivering) que são frequentemente observados no pós-parto imediato.

1.3.4. Mudanças no Sistema Endócrino

O sistema endócrino se ajusta devido ao desaparecimento súbito (em crise) dos hormônios placentários (estradiol, estriol, progesterona).

• Hipófise: O aumento do volume da hipófise (mais de 100%, principalmente no lobo anterior) devido à hiperplasia e hipertrofia dos prolactinócitos regride. A prolactina, que estava elevada no termo, permanece alta se a mulher amamentar. A quantidade absoluta de linfócitos T CD3+ aumenta transitoriamente no pós-parto.

• Ovários: O corpo lúteo gravídico, essencial nas primeiras 8 semanas, perde sua função. O retorno à atividade ovariana (ovulação) é atrasado pelo aleitamento materno devido à influência hormonal da lactação. A amenorreia pode ser mantida durante a amamentação.

• Tireoide: O volume da tireoide, que pode aumentar até 30% no 3º trimestre, retorna ao normal. Pode ocorrer o desenvolvimento de tireoidite pós-parto.

1.3.5. Mudanças no Peso da Paciente

A gestação e o pós-parto são momentos vulneráveis para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. Ocorre redução após nascimento e retirada de líquido e placenta, com acrescimento da perda após lóquios e redução do intra e extracelular, com metade do ganho de peso da gestação sendo perdida nas primeiras seis semanas após o parto.

• Perda Ponderal Imediata: A perda ponderal média decorrente do parto é de 6 kg.

• Perda Ponderal Puerperal: Ocorre uma perda adicional de 2 a 7 kg durante o puerpério, geralmente mais pronunciada nos primeiros 10 dias.

• Causas da Perda: Essa perda é atribuída ao aumento da diurese, à secreção láctea e à eliminação loquial.

• Retenção: Estima-se que 15% a 20% das mulheres retenham pelo menos 5 kg de 6 a 18 meses após o parto.

1.3.6. Alterações no Sistema Cardiovascular

O débito cardíaco materno, que se elevou progressivamente durante a gravidez, atinge seu ápice no pós-parto imediato e, posteriormente, inicia a regressão. A queda no volume sanguíneo e plasmático total é significativa. As varicosidades nos membros inferiores e na vulva, que se tornaram proeminentes devido à compressão uterina, geralmente regridem no puerpério.

1.3.7. Alterações no Sistema Respiratório

A gravidez causa elevação do diafragma (cerca de 4 cm) e aumento do ângulo subcostal (de 68 para 103°). No puerpério, o diafragma retorna à sua posição normal e os diâmetros da caixa torácica voltam ao estado pré-gravídico. O ingurgitamento e o edema da mucosa nasal regridem após o parto.

1.3.9. Alterações no Sistema Digestivo

Os órgãos abdominais desviados pelo útero (estômago, apêndice e intestinos) retornam à sua localização habitual. Sintomas como inchaço abdominal, obstipação e doença hemorroidária, comuns na gravidez, melhoram no pós-parto. A motilidade intestinal, que estava reduzida pela progesterona, normaliza com a queda hormonal.

1.3.10. Alterações no Sistema Urinário

O sistema urinário sofre dilatação de sua porção superior (hidronefrose fisiológica) em até 90% das gestantes, devido a fatores hormonais (progesterona) e mecânicos (compressão ureteral pelo útero). Essa dilatação pode persistir até 6 semanas pós-parto. A regressão da dilatação ureteral e renal resolve a estase urinária e diminui o risco de infecções do trato urinário.

1.4. Alterações Mamárias e Fisiologia da Lactação

A glândula mamária inicia sua preparação desde início da gestação, influenciada principalmente pela progesterona, prolactina, ocitocina e estrogênio. Após início da produção de leite, pode ocorrer edema de estroma ocasionando maior sensibilidade mamária, ocorrendo de 24 a 72 horas do pós-parto. As mamas são os únicos órgãos do sistema genital a se desenvolverem por completo após a gestação e o parto, e não retornam às características pré-gravídicas mesmo após o puerpério.

1.4.1. Alterações Anatômicas e Fisiológicas Mamárias

As modificações mamárias iniciam-se na gestação, estimuladas por estrógeno, progesterona e prolactina, que promovem o crescimento e desenvolvimento mamário para a lactação.

• Hipervascularização: A rede venosa sob a pele torna-se visível (rede de Haller).

• Aréolas: Ocorrem o escurecimento (hiperpigmentação da aréola primária e o surgimento da aréola secundária/sinal de Hunter), e a hipertrofia das glândulas sebáceas na aréola forma os tubérculos de Montgomery.

• Colostro: A partir da segunda metade da gravidez, é possível a visualização da saída de colostro (o primeiro leite) pelas papilas à expressão mamária.

• Capacidade: Parece não haver relação entre o volume pré-gravídico das mamas e sua capacidade de produção láctea.

1.4.2. Fisiologia da Produção e Ejeção do Leite Materno (Lactação)

O leite humano é o alimento ideal para todos os bebês com seus benefícios comprovados nas melhores evidências, sendo Padrão global. A glândula mamária inicia processo de lactogênese desde a primeira metade da gravidez, ocorrendo sob influência hormonal especialmente da prolactina, estrogênio, progesterona e até mesmo de cortisol e tiroxina, com a ocitocina agindo diretamente na expulsão do leite. Os benefícios da lactação têm impacto a curto e longo prazo no recém-nascido com benefício até mesmo para mãe, reduzindo índices de depressão e estresse. A fisiologia da lactação é dividida em três processos: Mamogênese (desenvolvimento), Lactogênese (início da lactação) e Lactopoese (manutenção).

1. Lactogênese (Produção Inicial): A produção do leite é deflagrada pelo desaparecimento súbito dos hormônios placentários (estrógenos e progesterona) após o parto. Durante a gestação, a ação da prolactina (hormônio produzido pela hipófise anterior) é bloqueada por esses altos níveis hormonais. Removido o bloqueio, a prolactina age, iniciando a secreção láctea.

2. Reflexo da Prolactina (Manutenção da Produção): A sucção do mamilo pelo recém-nascido estimula a liberação de prolactina pela hipófise anterior, que age nas células alveolares, garantindo a produção contínua de leite.

3. Reflexo da Ocitocina (Ejeção do Leite): A sucção também estimula a liberação de ocitocina endógena pela neuro-hipófise. A ocitocina provoca a contração das células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, impulsionando o leite pelos ductos mamários (reflexo de ejeção). É essa mesma ocitocina que causa as contrações uterinas dolorosas (tortos) no puerpério, auxiliando a involução uterina (reflexo uteromamário).

O aleitamento materno é fundamental para a nutrição e imunidade do recém-nascido e, na mãe, está associado à involução uterina mais rápida e ao atraso da ovulação.

2. Assistência Pós-Natal: Cuidados Hospitalares e Domiciliares no Puerpério

Em estudos qualitativos, as mulheres referem que há um foco intenso na saúde materna durante o pré-natal, mas os cuidados no pós-parto são percebidos como pouco frequentes e tardios. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda que a visita pós-parto seja abrangente, individualizada e centrada na mulher, em vez de um único encontro em 6 semanas.

2.1. Cuidado Hospitalar e Alojamento Conjunto (AC)

O período de internação hospitalar após o parto é crucial para a saúde da mãe e do recém-nascido (RN). Na primeira hora pós-parto, deve-se monitorizar:

- Lóquios;
- Tônus uterino;
- PA e FC a cada 15 minutos;
- Investigar anemia;
- Incentivar o contato pele a pele mãe-bebê;
- Promover o aleitamento;
- Acompanhar a recuperação anestésica.

Deve-se oferecer sempre apoio e segurança aos pais, já que ocorre principalmente em ambiente hospitalar. Seria esse melhor momento para instruir mãe sobre cuidados pessoais e com o bebê. Durante a internação puerperal, a mãe deve ter aferidas em intervalos regulares:

- Temperatura, PA, FC, FR.
- Deve ser realizado um exame físico geral, com avaliação de mamas, abdômen, trato urinário, região perineal e membros inferiores.
- Dieta precoce. Oferecer alimento após cerca de 2 horas.

- Após a cesárea, deve-se aguardar 6 a 8 horas. Aumentar ingesta de frutas e fibras para evitar constipação;
- Ingesta hídrica livre devido a desidratação no trabalho de parto.
- Deambulação precoce, diminuindo risco de trombose e reduzindo a constipação.
- Higienização várias vezes ao dia, em especial após micção e evacuação.

2.1.1. Critérios e Momento para Alta Hospitalar

A OMS recomenda que a puérpera e seu recém-nascido permaneçam internados por pelo menos 24 horas. As diretrizes brasileiras estabelecem esta mesma recomendação mínima de 24 horas para hospitais públicos e privados. Nos Estados Unidos, a lei federal estabelece aproximadamente 48 horas de internação para mulheres com parto vaginal não complicado e 96 horas pós-cesariana.

A OMS recomenda que a puérpera e seu bebê devam permanecer internados pelo menos por 24 horas. Não há regulamentação semelhante no Brasil, mas esses prazos servem de orientação para a maioria dos casos. Nos casos de parto vaginal não complicado, a puérpera pode receber alta em 24 horas. Já nos casos de cesárea, receberá em 48 horas.

Antes da alta, a mãe deve receber esclarecimento sobre as modificações esperadas no puerpério e orientação sobre os cuidados necessários. Também é importante orientá-la a manter o acompanhamento ambulatorial de puerpério e puericultura, após 7 a 10 dias e 42 a 45 dias, na UBS ou a qualquer momento se for necessário. Sempre deve-se informar sobre principais sinais e sintomas que sugerem complicações no puerpério: Febre ou dor; Sangramento vaginal excessivo ou fétido; Cefaleia com disúrbios visuais e/ou náuseas e vômitos; Edema ou hiperemia dos membros inferiores.

2.1.2. Alojamento Conjunto (AC)

O Alojamento Conjunto (AC) é um sistema em que o recém-nascido saudável, logo após o nascimento, permanece ao lado de sua mãe 24 horas por dia.

Importância e Vantagens do Alojamento Conjunto:

• Fortalecimento do Vínculo: O AC é fundamental para o fortalecimento do vínculo afetivo e psicológico entre a mãe e o filho.

• Aleitamento Materno: Promove o aleitamento materno exclusivo e em livre demanda. O AC facilita a alimentação guiada pelo bebê. Mulheres que permaneceram em contato pele a pele com o RN, independentemente da via de parto, tiveram maior probabilidade

de ter alta e maior sucesso na amamentação. O contato pele a pele precoce, mesmo após a cesariana, é considerado uma iniciativa simples e eficaz para favorecer o aleitamento materno.

• Monitoramento e Aprendizado: O monitoramento das mamadas é essencial para garantir a pega correta e a transferência efetiva de leite. O AC permite que a mãe e a equipe de saúde monitorem as mamadas e as necessidades do bebê, facilitando o aprendizado da mãe sobre os cuidados com o RN.

• Prevenção de Infecção: Reduz a chance de infecção cruzada (hospitalar).

Cuidados Durante o Alojamento Conjunto: A equipe de saúde deve estar preparada para:

• Monitorar as Mamadas: Fornecer auxílio imediato para dificuldades na lactação.

• Riscos Neonatais: Monitorar o RN para hipoglicemia neonatal e perda ponderal.

• Apoio Psicossocial: Avaliar o bem-estar emocional da puérpera e observar sinais de ausência de suporte familiar.

2.1.3. Cuidados Hospitalares Gerais e Medidas

A equipe de saúde hospitalar é responsável por orientar a mulher sobre as alterações evolutivas e fisiológicas esperadas ao longo do puerpério imediato e tardio.

• Sinais Vitais e Hemodinâmica: A avaliação da frequência cardíaca materna e da pressão arterial deve ocorrer em torno de 40 minutos após o parto. O cálculo do índice de choque (frequência cardíaca dividida pela pressão arterial sistólica) é importante; frequência cardíaca >105 bpm e índice de choque ≥1,0 têm alta especificidade para predizer hemorragia pós-parto.

• Avaliação da Temperatura: A temperatura no pós-parto não deve ser interpretada pelos critérios normativos estabelecidos para condições extrapuerperais. Exceto para as primeiras 24 horas (quando pode haver certa pirexia), o normal é a ausência de febre (temperatura abaixo de 38°C). A febre no puerpério (morbidade febril puerperal) pode indicar infecção.

• Involução Uterina: O útero deve ser monitorado quanto à sua altura e consistência. O útero deve apresentar o globo de segurança (consistência lenhosa permanente) para garantir o miotamponamento, que, junto com a retração uterina, é o principal responsável pela hemostasia da ferida placentária.

• Monitoramento da Função Vesical: A bexiga cheia pode deslocar o útero, falseando a avaliação da involução uterina. A ocorrência de retenção urinária e sobredistensão vesical

podem acometer até 5% dos partos vaginais. Mulheres com fatores de risco devem ter seu débito urinário monitorado. Nos casos de retenção urinária, o tratamento inicial é não invasivo com analgésicos orais, banho quente ou molhar as mãos em água fria corrente, permitindo que a paciente vá ao banheiro. Se a bexiga puder ser palpada por via abdominal, precisa ser feito um cateterismo vesical.

• Dieta: A puérpera deve ser orientada para dietas mais leves, menos gordurosas e em intervalos menores, além de evitar a ingestão de líquidos nas primeiras horas do dia.

• Deambulação: A deambulação precoce é uma medida geral de recuperação pós-parto.

2.1.4. Queixas Mais Frequentes e Perda Ponderal

A puérpera deve ser orientada sobre as alterações esperadas, como a característica dos lóquios. A média de perda ponderal decorrente do parto é de 6kg. No puerpério, ocorre perda adicional de 2 a 7kg, habitualmente mais pronunciada nos primeiros 10 dias, atribuída a maior diurese, secreção láctea e eliminação loquial.

2.1.5. Cuidados Perineais

A mulher deve ser orientada a fazer a higiene vulvar e perineal no sentido anterior-posterior. O uso da crioterapia no primeiro dia pode reduzir o desconforto local, especialmente por ocasião da realização de episiotomia ou presença de laceração extensa. A utilização de antissépticos com anestésicos locais em solução aerossol, bem como de anti-inflamatórios (oral ou retal), nos dias subsequentes ao parto, também pode ser interessante nesses casos. • Deve-se ainda observar a quantidade e o aspecto dos lóquios.

A revisão da região vulvoperineal é recomendada. Rasgaduras pequenas, se não houver hemorragia ou ruptura de extensão considerável, não requerem maiores cuidados, pois geralmente ficam muito reduzidas após a superação do edema e da congestão das primeiras 24 horas.

• Sutura de Lacerações: Decidir se há ou não necessidade de sutura de lacerações menores depende do julgamento clínico e da preferência da mulher, após ser informada que pode ter um maior tempo de cicatrização se não suturada, mas que pode ter maior sensação de bem-estar se deixada sem sutura perineal. Menos suturas, menos fios de sutura e menos tensão são princípios básicos, pois o fio de sutura é um corpo estranho e pode acarretar isquemia e dano tecidual.

• Hemorroidas: A presença de hemorroidas é frequente no período puerperal. O tratamento inclui anestésicos tópicos, banhos de assento mornos, orientações dietéticas e uso de medicações, se necessário, para evitar constipação intestinal.

2.1.6. Cuidados com as Mamas

O incentivo e a orientação ao aleitamento materno devem ser iniciados no pré-natal e continuados no puerpério.

Recomenda-se o uso de sutiãs apropriados, com alças largas e firmes, o que eleva os seios e previne acotovelamentos vasculares e ductais, responsáveis pela congestão sanguínea e pela galactoestase. Nos primeiros dias, observa-se apenas a saída de colostro e, no 3º dia do pós-parto, é comum ocorrer a apojadura, que pode levar a desconforto considerável às pacientes. É de fundamental importância orientar a pega adequada, a fim de prevenir fissuras mamilares. A presença de deformidades nos mamilos (planos ou invertidos) ou traumas, geralmente ocasionados por posicionamentos e pega inadequados, podem dificultar o processo de amamentação. O tratamento desses consiste no uso de analgésicos, do próprio leite materno ou de cremes para acelerar a cicatrização das mamas (lanolina).

• Fisiologia e "Tortos": A sucção do mamilo pelo RN estimula a liberação de prolactina (produção de leite) e ocitocina (ejeção do leite). A ocitocina liberada acarreta contrações uterinas dolorosas, identificadas pelas mulheres como cólicas ou tortos.

• Ingurgitamento Mamário: Se ocorrer, o tratamento pode incluir massagem e extração láctea.

• Anatomia: O pré-natal é o momento de informar sobre as variações anatômicas das mamas e mamilos (planos, pseudoinvertidos e invertidos verdadeiros).

2.1.7. Avaliação Psicossocial e Aspectos Emocionais

O puerpério é um período de grande vulnerabilidade emocional. A mulher vivencia labilidade emocional, depressão e ansiedade, estando voltada para as mudanças em seu corpo, autoimagem, ganho de peso e baixa autoestima, além da divisão de papéis.

• Baby Blues e DPP: O blues pós-parto (baby blues) é uma condição transitória e autolimitada, observada em cerca de 80% das mães logo após o parto. A depressão pós-parto (DPP) é uma das principais causas de morbidade materna. Mulheres com histórico

de agravos psiquiátricos, sem companheiro fixo e com pouco suporte social estão mais propensas a desenvolver DPP.

• Acolhimento: A atenção aos sinais e sintomas de depressão pós-parto e a avaliação do bem-estar emocional, com observação de sinais de violência doméstica e de ausência de suporte familiar, são importantes para o suporte da mulher nesse período. O apoio psicoemocional, com auxílio de psicólogo, é fundamental em todos os casos.

• Ideações Suicidas: As ideacões suicidas e/ou infanticidas devem ser conduzidas como emergências médicas.

2.1.8. Exames laboratoriais

Não se recomenda a avaliação de rotina de hemoglobina e hematócrito após partos não complicados. Tais exames são solicitados nos casos de anemia materna prévia ou de hemorragia. A contagem de leucócitos não é preditora de infecção iminente, pois há a leucocitose fisiológica puerperal. A avaliação laboratorial deve ser reservada para as pacientes com suspeita clínica de infecção.

2.1.9. Licença-Maternidade

As fontes disponíveis discutem a importância dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal, mas a duração e os aspectos legais da licença-maternidade devem seguir a legislação em vigor.

2.1.10. Informação e suporte

A puérpera necessita de suporte emocional e tranquilidade para garantir que ela adquira confiança e estreite os laços emocionais com o recém-nascido. Deve-se falar sobre as alterações dos lóquios, colostro, diurese, evacuações e sobre o peso. Sinais e sintomas que sugerem a presença de complicações, como febre, sangramento vaginal excessivo ou fétido, cefaleia acompanhada de disúrbios visuais e/ou náuseas e vômitos, dor intensa e/ou persistente, edema ou hiperemia dos membros inferiores precisam ser avaliados. Além disso, deve-se promover o aleitamento e incluir a figura paterna.

2.2. Cuidados Domiciliares e Consultas de Acompanhamento

O cuidado pós-parto deve ser entendido como um processo contínuo, adaptado às necessidades individuais de cada mulher.

2.2.1. Consultas de Acompanhamento

Durante as visitas, entre outras coisas, deve-se avaliar:

- Hematomas;
- Infecções;
- Cicatrização;
- Condições da episiorrafia;
- Mamas e dificuldades de amamentação;
- Alterações de humor;
- Atividade sexual e anticoncepção;
- Planos para a próxima gestação

A OMS recomenda que pelo menos quatro contatos no pós-parto sejam realizados com todas as mulheres:

1. Nas primeiras 24 horas.
2. No 3º dia (48 a 72 horas).
3. Entre os dias 7 e 14 após o parto (aproximadamente 1 semana pós-parto).
4. 6 semanas após o parto.

2.2.2. Consulta 7 a 14 dias pós-parto (Aproximadamente 1 Semana) Essa consulta é importante para assegurar a saúde da mulher e do RN, pois boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na primeira semana após o parto. Recomenda-se:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do RN.
- Apoiar a família para a amamentação.
- Avaliar a interação da mãe com o RN.
- Identificar situações de risco ou intercorrências (ex: hipertensão, hemorragia, infecção).
- Agendamento de consultas para retirada de pontos (em caso de cesariana) e de planejamento familiar.
- Reavaliar mulheres que apresentaram hipertensão durante a gravidez.

2.2.3. Consulta 6 Semanas Pós-Parto Nesta consulta, que encerra o puerpério tardio:

- Investigar as condições gerais de saúde da mulher e do RN.
- Caracterizar o padrão de amamentação.

• Avaliar o retorno do fluxo menstrual e da atividade sexual.

• Oferecer adequada orientação sobre os diferentes métodos contraceptivos.

• Revisar complicações (ex: diabetes melito gestacional [DMG] e distúrbios hipertensivos).

2.2.4. Cuidados com o Recém-Nascido e Aspectos Emocionais

A mulher se depara com novas responsabilidades, medos e interrogações em relação ao cuidado e à saúde de seu(s) filho(s). A família precisa ser orientada sobre todo esse processo. A ajuda e o apoio durante o período pós-parto, especializados ou informais, são importantes para a diminuição da carga de trabalho e para a prevenção do estresse e complicações relacionadas à saúde materno-infantil.

Durante o parto e os primeiros dias pós-natais, estabelece-se uma relação próxima entre a equipe de saúde e a mulher. Mulheres com histórico de agravos psiquiátricos pessoais ou familiares, de classes socioeconômicas desfavorecidas, sem um companheiro fixo e com pouco suporte social estão mais propensas a desenvolver depressão pós-parto. Nesse contexto, também há a disforia puerperal, também conhecida como blues pós-parto ou baby blues, uma condição transitória e autolimitada, observada em aproximadamente 80% das mães logo após o parto. A orientação sobre esses sintomas de labilidade emocional, depressão e ansiedade traz conforto e pode prevenir o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Por isso, o envolvimento de uma equipe multiprofissional, que inclui psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, na atenção pós-natal é fundamental.

2.2.5. Liberação para Esforço Físico e Relações Sexuais

Há natural diminuição da libido durante o puerpério que poder ser relacionado a redução do estrogênio atrofia do epitélio vaginal, diminuição da lubrificação, fadiga, dor, oo sangramento vaginal. Cerca de 80% das puérperas relataram o retorno à atividade sexual em torno de 6 semanas. Lubrificantes ou cremes tópicos à base de estrogênio podem ser usados para alívio dos sintomas da atrofia vaginal. Os principais fatores que afetam a retomada da satisfação sexual no puerpério, estão relacionados ao trauma da cicatrização perineal, ao ressecamento da vagina associado à lactação e aos efeitos da depressão pós-parto.

Algumas das medidas pertinentes para prevenir ou tratar a disfunção sexual do pós-parto são limitar o uso da episiotomia; reparar as lesões perineais com fios sintéticos

absorvíveis; encorajar o uso de lubrificantes vaginais, particularmente, em lactentes e abordar a depressão própria do período.

O retorno às atividades sexuais é admitido pela maioria dos autores a partir da 4ª semana após o parto. Isso coincide com a cicatrização da episiotomia e com o término da eliminação de lóquios. É importante considerar o conforto fisiológico da mulher. A puérpera vivencia alterações de libido e de vida sexual.

Quanto às atividades que demandam esforço físico excessivo na gestação devem ser reduzidas. Por isso, o retorno à atividade física é gradual.

2.2.6. Orientação sobre Contracepção no Pós-Parto

O medo de uma nova gestação é comum no puerpério. A contracepção no pós-parto é importante para prevenir a gravidez indesejada e os riscos associados ao pequeno intervalo interpartal (menos de 18 meses). A discussão sobre planejamento reprodutivo deve ser iniciada, preferencialmente, durante o pré-natal e reforçada no puerpério.

Mulheres que não amamentam podem fazer uso de anticoncepcionais de progesterona (pílulas, implantes, injeções) ou métodos de barreira (preservativo, diafragma) após 2 a 3 semanas do parto. Nelas, ovulação pode ocorrer já 25 dias após o parto.

Métodos Contraceptivos e Amamentação: É fundamental oferecer contracepção segura e adequada sem interferir no desenvolvimento da criança e estimulando o aleitamento materno.

• DIU com Cobre: Categoria 1 (sem restrições) para início imediato ou nas primeiras 48 horas após o parto, embora tenha taxa mais alta de expulsão. Caso não seja colocado de imediato, tem-se que aguardar 6 semanas para colocá-lo na cavidade uterina.

• Progestagênios Isolados (oral, injetável trimestral, implante subdérmico): A orientação é para início após seis semanas do parto. Esses métodos podem ser empregados durante o aleitamento, pois não afetam o crescimento e o desenvolvimento do RN, nem alteram o volume, a concentração de proteínas, lípides ou lactose do leite. A excreção desses hormônios pelo leite é pequena, correspondendo a menos de 1% da dose materna.

• Injeção Trimestral de Acetato de Medroxiprogesterona: Categoria 3 (desvantagem superam possíveis vantagens), porque se desconhecem os possíveis efeitos sobre o RN do progestagênio presente no leite materno.

• Métodos Combinados (Estrogênio + Progestagênio): Não devem ser indicados quando ocorrer aleitamento materno exclusivo. Para quem não amamenta, os contraceptivos

hormonais orais combinados (ACHO) devem ser iniciados somente após, pelo menos, 28 dias do parto.

• LAM (Método de Amenorreia da Lactação): Apresenta eficácia de aproximadamente 98% nos primeiros seis meses se a mulher estiver amamentando exclusivamente e em amenorreia.

2.2.7. Orientação sobre Vacinação no Puerpério

A atualização do calendário vacinal da mulher deve ser realizada na pré-concepção ou no puerpério. A consulta de revisão pós-parto é uma oportunidade para fornecer a imunização indicada.

• Vacinas de Vírus Vivos ou Vivos Atenuados: Vacinas como rubéola, sarampo e varicela-zóster não são recomendadas na gravidez. Mulheres vacinadas com vírus vivos ou vivos atenuados no puerpério devem ser aconselhadas a evitar a gravidez por pelo menos 1 mês.

• Vacinas Recomendadas: O esquema vacinal para tétano, difteria e coqueluche (dTpa) deve ser aplicado, idealmente entre 27 e 36 semanas na gestação, ou no puerpério, se necessário.

Deve-se avaliar a situação vacinal e as sorologias da mãe. Caso seja necessário, a mesma deve ser imunizada para rubéola, hepatite B, coqueluche (dTpa), covid 19, influenza. A imunização pode ser realizada no próprio hospital ou na UBS. Mulheres RhD-negativas e com RN RhD-positivo devem receber imunoglobulina anti-D, preferencialmente, até 72 horas depois do parto.

3. Aleitamento Materno: Da Fisiologia às Estratégias de Suporte e Correção de Seus Desvios

O aleitamento materno (AM) é uma prática de relevância inquestionável na saúde pública, sendo considerado a ferramenta mais acessível, eficaz e econômica para a prevenção de morbidades a curto, médio e longo prazos, e na prevenção da mortalidade infantil em âmbito mundial. O sucesso do AM depende intrinsecamente de reflexos instintivos do recém-nascido (RN), combinados com o comportamento materno, o qual deve ser encorajado e apoiado socialmente, e guiado por conhecimento e informação, fornecidos desde o pré-natal.

O obstetra, em conjunto com a equipe de saúde, tem múltiplas oportunidades de atuação, abrangendo a consulta, o pré-natal, o atendimento ao parto e o puerpério, para favorecer o aleitamento materno.

3.1. Anatomia e Fisiologia da Lactação

O desenvolvimento mamário é um processo que se estende ao longo da vida reprodutiva da mulher, mas só se completa na gravidez e no puerpério com a amamentação. A mama é o único órgão que não retorna às suas características pré-gravídicas após o término do puerpério.

A fisiologia da lactação é um processo complexo com influências neuroendocrinológicas, distinguindo-se três fases:

3.1.1. Mamogênese (Desenvolvimento)

Relaciona-se ao desenvolvimento da glândula mamária. A produção hormonal de estrógeno e progesterona (pela placenta) e de prolactina (pela hipófise materna) promove o crescimento e o desenvolvimento mamário necessários. A pele das mamas pode apresentar estrias e a hipervascularização do tecido glandular torna visível a rede venosa sob a pele, chamada de rede de Haller.

3.1.2. Lactogênese (Início da Lactação)

Refere-se ao início da lactação. Embora a secreção de colostro possa ser observada durante a gestação, o início pleno da lactação não ocorre devido ao efeito inibitório de estrogênio, progesterona e hormônio lactogênio placentário (hLP), todos de origem placentária, sobre a secreção de prolactina.

3.1.3. Lactopoese (Manutenção):

É o mecanismo de manutenção da lactação, mantido por meio do reflexo neuroendócrino da sucção no eixo hipotálamo-hipofisário.

◦ Reflexo da Prolactina (Produção): A sucção do mamilo pelo lactente inibe, por via medular, a secreção de dopamina no hipotálamo (o fator inibidor da prolactina – PIF). A prolactina, secretada pela hipófise anterior, tem sua ação plena, mantendo a secreção láctea. O pico de secreção de prolactina se relaciona com o intervalo entre o parto e a

primeira mamada e com a frequência das mamadas consecutivas, sendo que quanto menor esse intervalo, mais eficiente o estabelecimento do aleitamento materno.

◦ Reflexo da Ocitocina (Ejeção): A sucção estimula a secreção de ocitocina em pulsos pela hipófise posterior, que age nas células mioepiteliais ao redor dos ácinos e canais, promovendo sua contração e a ejeção do leite produzido. A ocitocina liberada acarreta contrações uterinas durante as mamadas, provocando dor tipo cólicas (tortos), o que auxilia a involução uterina.

3.1.4. Composição do Leite Humano

O leite humano apresenta composição nutricional ideal para o recém-nascido, com cerca de 87% de água em sua composição.

• Macronutrientes: O leite contém proteínas, lipídios e carboidratos. Os lipídios são uma fonte importante de energia, além de interferirem na maturação da mucosa intestinal e na mielinização do sistema nervoso central (esfingomielina). A maior parte da gordura do leite fica depositada nos alvéolos posteriores da mama; por isso, é necessário o esvaziamento completo das mamas para que o leite ofertado tenha maior teor de gordura.

• Imunologia: O leite é rico em imunoglobulinas que protegem o lactente de doenças, especialmente infecções e diarreia.

• Vitaminas: O leite materno é carente de vitamina K e apresenta baixas quantidades de vitamina D (cerca de 22UI/ml), sendo recomendada a suplementação dessas vitaminas pelas Academias Americana e Brasileira de Pediatria.

3.2. Benefícios e Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo

Benefícios

O AM é a ferramenta mais eficaz para a prevenção da mortalidade infantil.

• Para o Lactente: Nutricional, imunológico, gastrintestinal, psicológico, de desenvolvimento e na interação entre mãe e filho.

• Para a Mãe: Estimula a involução uterina e a contratilidade, resultando em menor sangramento no pós-parto e melhora do estresse pós-parto. Benefícios tardios incluem maior tempo de amenorreia, maior intervalo entre as gestações, e redução do risco para câncer de ovário, endométrio e mama.

Prevalência

No Brasil, a grande maioria inicia a amamentação (96%). No entanto, apenas 11% mantêm o aleitamento materno exclusivo de 4 a 6 meses; e, destas, somente 41% amamentam até o final do 1º ano de vida.

3.3. Causas de Desmame Precoce e Estratégias de Prevenção

As principais causas para o abandono do aleitamento materno estão frequentemente ligadas a intercorrências mamárias locais e ao manejo inadequado.

3.3.1. Causas de Desmame Precoce

• Ingurgitamento patológico e traumas mamilares são a principal causa de abandono do aleitamento materno.

• Técnica inadequada de amamentação, mamadas infrequentes (em horários determinados), uso de bicos artificiais e chupetas e de complementos alimentares podem predispor o aparecimento dessas complicações, geralmente levando a um esvaziamento mamário inadequado.

3.3.2. Estratégias de Prevenção e Técnicas de Amamentação

O manejo adequado é imprescindível, pois a ausência de tratamento leva frequentemente ao desmame precoce.

• Preparo das Mamas: O incentivo e a orientação devem ser iniciados no pré-natal. O exame das mamas é obrigatório. A equipe deve apoiar puérperas com mamilos planos, pseudoinvertidos e invertidos verdadeiros.

• Pega Correta e Posicionamento: O uso da técnica correta e o correto posicionamento do RN são as medidas mais eficazes na prevenção e correção das complicações. Para a pega adequada, a aréola deve estar mais visível acima da boca do lactente, com a boca bem aberta e o lábio inferior virado para fora, e o queixo tocando a mama. O RN deve manter cabeça e tronco alinhados.

• Incentivo no Parto e Puerpério: Promover o aleitamento precoce na primeira hora de vida, logo após o nascimento, ainda na sala de parto, com contato pele a pele, que é considerado uma iniciativa simples e eficaz para favorecer o aleitamento materno, mesmo após a cesariana.

• Ordenha e Armazenamento do Leite Humano, Banco de Leite, Indução e Relactação: O manejo do ingurgitamento mamário pode envolver extração láctea, havendo variações

acerca das técnicas de ordenha, o armazenamento do leite humano, o funcionamento de bancos de leite ou a indução da lactação e relactação.

3.4. Intercorrências Mamárias Locais

As intercorrências mamárias geralmente têm origem no esvaziamento mamário inadequado.

• Ingurgitamento Patológico: Ocorre geralmente entre o 3º e o 5º dia pós-parto. Clinicamente, a mama fica distendida, aumentada, extremamente dolorosa, edemaciada e brilhante, com mamilos achatados. O tratamento inclui hidratação oral e anti-inflamatórios, além de massagem e extração láctea.

• Traumas Mamilares (Fissuras): São, com o ingurgitamento, a principal causa de desmame precoce. A causa principal é a pega incorreta.

• Mastite Puerperal Aguda e Abscessos: São processos infecciosos. O tratamento inclui anti-inflamatórios e antibióticos de amplo espectro (como clindamicina, metronidazol, cefalosporinas). O aleitamento materno não deve ser interrompido como regra, exceto quando há saída de pus diretamente dos mamilos. Abscessos (em menos de 1% dos casos) podem requerer drenagem cirúrgica.

• Ducto Lactífero Bloqueado: É uma intercorrência que pode ocorrer.

• Galactocele, Hipogalactia e Agalactia: Galactocele, hipogalactia ou agalactia podem ocorrer, mas não são frequentes.

3.5. Lactação e Contracepção

O aleitamento materno apresenta um efeito contraceptivo.

3.5.1. Retorno da Fertilidade

Em mulheres que não amamentam, a ovulação pode ocorrer precocemente, por volta do 25º dia de puerpério, embora a normalização do eixo hipófise-hipotálamo geralmente ocorra entre quatro e seis semanas. No aleitamento materno exclusivo, o retorno da ovulação é atrasado pela hiperprolactinemia. A primeira menstruação pode ocorrer em média 28 semanas após o parto.

3.5.2. LAM – Método de Amenorreia da Lactação

É um método contraceptivo que tem valor no espaçamento do intervalo interpartal.

• Eficácia: Eficácia de aproximadamente 98\% nos primeiros seis meses se a puérpera amamentar exclusivamente, e estiver em amenorreia.

• Limitações: A lactação não pode ser considerada método confiável individualmente, principalmente após os primeiros 60 dias, na dependência do esquema de amamentação e suplementação alimentar. A eficácia diminui com a redução da frequência das mamadas (principalmente noturnas) e a introdução de suplementos.

3.5.3. Métodos Contraceptivos Hormonais

Os progestagênios isolados são os preferidos para o período pós-parto. A transferência dos hormônios para o recém-nascido pelo leite é pequena, correspondendo a menos de 1% da dose materna.

• Progestagênios Isolados: Podem ser empregados durante o aleitamento, pois não afetam o crescimento e o desenvolvimento do RN, nem alteram o volume ou a composição do leite. Devem ser iniciados após seis semanas do parto. A minipílula é Categoria 1 da OMS. A injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona (150 mg) deve ser iniciada após seis semanas (Categoria 1), e seu uso antes desse período deve ser evitado (Categoria 3 da OMS).

• Métodos Combinados (Estrogênio + Progestagênio): Não devem ser indicados quando ocorrer aleitamento materno exclusivo.

• Contracepção de Emergência: Com comprimidos de levonorgestrel pode ser realizada durante o aleitamento materno, quando necessária.

3.6. Uso de Medicamentos na Amamentação

O uso de medicamentos durante a amamentação exige uma avaliação criteriosa do risco-benefício. A exposição aos fármacos durante o aleitamento materno é pelo menos cerca de cinco vezes menor do que na vida intrauterina, por via placentária.

• Categorização: Os medicamentos são categorizados como seguro (S), criterioso e contraindicado durante a amamentação.

• Antitireoidianos: A droga de escolha durante a gestação e lactação é a propiltiouracila (Categoria S na lactação). O tiamazol (metimazol) e carbamizol foram associados a anomalias congênitas quando utilizados no início da gestação.

• Antifúngicos: Clotrimazol e Nistatina (uso tópico) são Categoria S na lactação. O Fluconazol é Categoria NS (não especificado) na lactação e deve ser usado se o benefício justificar o risco.

• Anti-hipertensivos: Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (captopril, enalapril, lisinopril) são classificados como Categoria S durante a lactação.

• Antieméticos: Muitas drogas antieméticas, como doxilamina, ciclizina, dimenidrinato, metoclopramida e ondansetrona, são Categoria S na lactação.

• Adoçantes: O aspartame é Categoria S na lactação, mas deve ser evitado se o neonato apresentar fenilcetonúria, pois há risco de retardo mental.

3.7. Contraindicações e Riscos Dietéticos/Nutricionais

3.7.1 Doenças Infecciosas Maternas

O aleitamento materno não deve ser interrompido em casos de processos infecciosos, como a mastite, exceto se houver saída de pus diretamente dos mamilos.

• HIV: Na gestante portadora de HIV, deve-se evitar ao máximo a prática da amniocentese no 3º trimestre, pois a maioria dos estudos verificou acréscimo da transmissão vertical, podendo ser quatro vezes maior nesse período. Deve-se oferecer apoio à mãe HIV+ no Alojamento Conjunto (AC).

• Vacinas: Vacinas de vírus vivos ou vivos atenuados (como rubéola, sarampo, varicela-zóster) não são recomendadas na gravidez. Mulheres vacinadas no puerpério devem ser aconselhadas a evitar a gravidez por pelo menos 1 mês.

3.7.2 Riscos Nutricionais e Dietéticos

• Álcool: Tolerância zero é a recomendação mais adequada para as puérperas, pois o álcool passa para o leite materno, podendo ter repercussões para o cérebro do RN ainda em desenvolvimento. Não há definição segura quanto à quantidade ou época de maior risco.

• Tabagismo/Drogas Ilícitas: O consumo materno dessas substâncias pode ser nocivo. O tabagismo está associado a desfechos adversos materno-fetais e neonatais.

• Suplementação: O uso de suplementação polivitamínica a lactantes não tem evidências de que melhore os indicadores de saúde para a mãe e seu filho. As demandas de cálcio são elevadas durante a lactação (300 a 1.000 mg/dia).

3.7.3. Inibição da Lactação

Preferencialmente, a inibição farmacológica da lactação deve-se ser feita com medicação dopaminérgica, como cabergolina ou bromocriptina. Métodos hormonais combinados (que contêm estrogênio) não devem ser indicados para esta finalidade.

3.7.4. Legislação e Iniciativas para Incentivar a Amamentação

O sucesso do AM depende de um ambiente social e institucional favorável.

Alojamento Conjunto (AC)

É um sistema onde o RN saudável permanece com a mãe 24 horas por dia.

• Vantagens: Fundamental para o fortalecimento do vínculo afetivo e para o sucesso do aleitamento materno exclusivo e em livre demanda. Promove a alimentação guiada pelo bebê e facilita o monitoramento das mamadas.

• Contato Pele a Pele: Promover o contato pele a pele precoce na primeira hora, logo após o nascimento, mesmo após a cesariana, é considerado uma iniciativa simples e eficaz para favorecer o aleitamento materno.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

As diretrizes de assistência ao parto e puerpério recomendam o abandono de rotinas hospitalares rígidas em prol da adoção de medidas que favoreçam o aleitamento, como o contato visual e pele a pele precoce e o estímulo à amamentação de acordo com "os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno".

Legislação Trabalhista Brasileira e Método Canguru

A mulher deve ser orientada sobre logística e direitos legais durante a amamentação ao retornar ao trabalho ou à escola. Contudo, não há detalhes explícitos sobre o Método Mãe-Canguru (contato pele a pele contínuo para RNs, especialmente prematuros) ou sobre a legislação trabalhista brasileira (como a licença-maternidade) nos excertos fornecidos.

3.8. Musicoterapia e Aleitamento Materno

A musicoterapia é uma intervenção que pode favorecer o aleitamento materno.

• Impacto Emocional: A musicoterapeuta pode promover positivamente o aleitamento materno e apoiar, por meio da linguagem musical, a expressão de emoções e ansiedades que atravessam as mulheres no momento do puerpério.

• Estudos: Estudos em neonatologia mostraram que ouvir música pode reduzir o estresse de pais e recém-nascidos prematuros na UTIN. Mães de lactentes estimulados com música amamentaram significativamente com mais frequência (50% versus 12,5%) e por mais tempo.

• Natureza Cultural: O ato de amamentar é social e culturalmente condicionado, e não apenas biologicamente determinado.

Documento assinado digitalmente
GEORGE ALESSANDRO MARANHAO CONRADO
Data: 20/10/2025 12:38:49-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

George Alessandro Maranhão Conrado

NOME E ASSINATURA DA COORDENAÇÃO DAS BANCAS